

Strukturreform

PFLEGE und TEILHABE

Rolf Hoberg, Thomas Klie, Gerd Künzel

IMPRESSUM

POLITIKENTWURF FÜR EINE NACHHALTIGE SICHERUNG VON PFLEGE UND TEILHABE

Strukturreform PFLEGE und TEILHABE

NOVEMBER 2013

Redaktion: Arbeitsgruppe Strukturreform PFLEGE und TEILHABE

Dr. Fritz Baur, Münster; Werner Hesse, Berlin;

Dr. Rolf Hoberg, Stuttgart; Prof. Dr. Thomas Klie, Freiburg;

Gerd Künzel, Potsdam; Dr. Thomas Meysen, Heidelberg

Beratende Gäste:

Prof. Dr. Andreas Büscher, Hochschule Osnabrück

Dr. Harry Fuchs, Düsseldorf

Ulrich Kuhn, Netzwerk Soziales Neu Gestalten (SONG), Meckenbeuren

Prof. Dr. Heinz Rothgang, Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen

Prof. Dr. Felix Welti, Universität Kassel

Die Kosten und Finanzfolgen der hier vorgeschlagenen Strukturreform PFLEGE und TEILHABE sind in einer ergänzenden Publikation dokumentiert:

Ökonomische Expertise: Verlagerung der Finanzierungskompetenz für Medizinische Behandlungspflege in Pflegeheimen von der Pflege- in die Krankenversicherung

Von Heinz Rothgang und Rolf Müller

PDF/Download unter www.agp-freiburg.de

Gefördert durch die **Robert Bosch Stiftung**

Sonderbereich Zukunftsfragen der Gesundheitsversorgung | www.bosch-stiftung.de

Bereichsleiterin: Dr. Almut Satrapa-Schill

Koordination und Kontakt



AGP

Sozialforschung
Social Research

AGP Sozialforschung an der Ev. Hochschule Freiburg | www.agp-freiburg.de

Prof. Dr. Thomas Klie | klie@eh-freiburg.de

Herstellung: GRIESHABER Redaktion + Medien, Bonn

Fotos: © wueStenfUXX; Fontom; simonsdog; yemaija; willma...;

Mr. Nico; sör alex / photocase.com

Auflage: 1.000 Exemplare

FEL-Verlag, Freiburg, ISBN-Nr. 978-3-932650-60-4

© Alle Rechte liegen bei der Arbeitsgruppe Strukturreform PFLEGE und TEILHABE

Inhaltsverzeichnis

Teil I	6
Reformpaket	6
1. Vorbemerkung	6
2. Defizitanalyse	7
2.1 Von den Menschen unmittelbar erlebte Defizite	8
2.1.1 Fehlende Aufmerksamkeit	8
2.1.2 Unzureichender Schutz vulnerabler Personen	8
2.1.3 Unzureichende Abklärung	8
2.1.4 Nicht abgestimmte Leistungen	9
2.1.5 Sozialhilfeabhängigkeit	9
2.2 Ursachen der Defizite	9
2.2.1 Fehlender Bezug auf einen sozialen Raum	9
2.2.2 Mangelnde Präventions- und Rehabilitationsorientierung	9
2.2.3 Fehlende Versorgungsplanung und Leistungskoordination	9
2.2.4 Widersprüchliche Steuerungslogik der Leistungsgesetze	10
2.2.5 Starres, unübersichtliches und unzureichendes Leistungsrecht	10
2.2.6 Fiskalische Fehlanreize	10
3. Die zentralen Reformperspektiven	10
3.1 CURE und CARE	11
3.2 Neuordnung des Leistungsrechts	12
3.3 Integrierte Steuerung vor Ort	13
4. Die Reformbausteine im Einzelnen	14
4.1 Pflege und Pflegebedürftigkeit im SGB I definiert	14
4.2 Grundleistungen der TEILHABE	14
4.3 Neue Abgrenzung der Leistungsgesetze	15
4.3.1 Ausgleich von Teilhabeeinschränkungen durch das Bundesleistungsgesetz	15
4.3.2 Die Sozialhilfe bleibt nachrangig zuständig	15
4.3.3 Verlagerung der Behandlungspflege in stationären Einrichtungen in das SGB V	15
4.3.4 Pflegeprozesssteuerung als Leistung der GKV	15
4.3.5 Regiekosten unabhängig von der Form der PFLEGE	16
4.3.6 Vereinheitlichung der Leistungen für Pflegehilfsmittel im ambulanten und stationären Bereich	16
4.4 Basis-Eigenleistungen	16
4.5 Leistungsträgerübergreifendes System der Steuerung und Koordination	17
4.5.1 Zentrale Bausteine	17
4.5.2 Schlüsselemente	18
4.6 Zusammenwirken in der Region und sozialräumliche Planung	20
4.7 Erweiterte Schutzfunktionen für Menschen in Abhängigkeitsverhältnissen	21
4.8 Neuordnung der Berufe in CURE und CARE	21
4.8.1 Breites Berufsgruppenkonzept	21
4.8.2 Berufsrecht der Gesundheitsberufe	22

4.8.3	Ordnung der CARE-Berufe	22
4.8.4	Eine einheitliche Qualifikation für das Case Management	22
4.9	Innovationsförderung im Leistungsrecht	22
4.9.1	Innovationsförderung: Case Management	22
4.9.2	Innovationsförderung: Krankenhaus-Entlassmanagement	22
4.9.3	Innovationsförderung: Individueller Pilot	23
4.9.4	Innovationsförderung: Integrierte Versorgung und regionales Pflegebudget	23
4.9.5	Wissenschaftliche Begleitung	23
5.	Gesetzliche Umsetzung	23
5.1	SGB I	23
5.2	SGB V	23
5.2.1	Behandlungspflege	23
5.2.2	Case Management und Individuelle Piloten	23
5.2.3	Regionales Pflegebudget	23
5.3	SGB IX	24
5.3.1	Reha-Träger für pflegerische Leistungen	24
5.3.2	Koordinierung	24
5.4	SGB XI	24
5.4.1	Pflegebedürftigkeitsbegriff	24
5.4.2	Beratungs- und Feststellungsvorschriften	24
5.4.3	Angleichung ambulanter und stationärer Leistungen	24
5.4.4	Versicherungsanteil	24
5.4.5	Sachleistungsbudget	24
5.4.6	Kombinationsleistungen	24
5.4.7	Qualitätssicherung	24
5.5	SGB XII	24
5.6	Bundesleistungsgesetz	25
5.6.1	Leistungsbeträge	25
5.6.2	Schnittstelle Versicherungsleistungen	25
5.6.3	Anspruch auf Beratung	25
5.7	Regelungen im Betreuungsrecht	25
5.7.1	Aufgaben Betreuungsbehörden	25
5.7.2	Vorrang öffentlicher Hilfen	25
5.7.3	Freiheitsentziehende Maßnahmen	25
5.7.4	Anhörungs-vorschriften	25
5.8	Regelungen im Berufsrecht	25
5.8.1	Kompetenzprofil der Fachpflege	25
5.8.2	Durchlässigkeit der Gesundheitsberufe	26
5.8.3	Ordnung der CARE-Berufe	26
5.8.4	Funktionsbezogene Weiterbildungen	26

6.	Kosten und Finanzierung des Reformpakets	26
6.1.	Pflegeprozess-Steuerung als besondere Leistung im SGB V	26
6.2	Regiekosten in der ambulanten PFLEGE	26
6.3	Innovationsförderung: Krankenhaus-Entlassmanagement	27
6.4	Innovationsförderung: Case Management	27
6.5	Innovationsförderung: Piloten	27
6.6	Einführung von Sachleistungsbudgets im SGB XI	27
6.7	Organisatorische Änderungen	27
6.8	Angleichung Versorgung mit Pflegehilfsmitteln im ambulanten und stationären Bereich	27
6.9	Verlagerung der Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen vom SGB XI ins SGB V	28
6.10	Streichung von § 43a SGB XI, Leistungen der Pflegeversicherung in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe	30
6.11	Einsparungen	31
6.12	Steigerung der Effizienz und vermiedene Kosten	31
6.13	Zeitschiene für die Umsetzung	32
7.	Ausblick	32
	Teil II	33
	Prinzipien, Ziele und Gestaltungsansätze	33
1.	Prinzipien	33
1.1.	Grundlegende Prinzipien	33
1.2	Gestaltungsprinzipien	33
1.3	Verfahrensprinzipien	33
2.	Ziele	34
2.1	Grundlegende Ziele	34
2.2	Sozialpolitische Ziele	34
2.3	Operative Ziele	34
3.	Gestaltungsansätze	35
3.1	Schutzebene	35
3.2	Hilfebedarf	36
3.3	Steuerung	36
3.4	Qualitätssicherung	36
3.5	Leistungsrecht	36
3.6	Regelungskompetenz	37
3.7	Zuständigkeiten	37
3.7.1	Bestimmung der zuständigen Instanzen	37
3.7.2	Hilfemix	37
3.7.3	Die Zuständigkeitsverteilung	37
3.7.4	Kommunale Ebenen	38
3.7.5	Finanzierungszuständigkeit	38
	Autoren	39

Teil I Reformpaket

1. VORBEMERKUNG

Immer mehr Familien stehen vor der Herausforderung, dass einer ihrer Angehörigen pflegebedürftig wird und in sozialer, pflegerischer und hauswirtschaftlicher Hinsicht täglicher Unterstützung bedarf. Mit dieser Situation müssen sich viele Menschen im Laufe ihres Lebens auseinandersetzen. Vor allem folgende Fragen beschäftigen deshalb immer mehr Bürgerinnen und Bürger: Wie kann Pflegebedürftigkeit durch gesundheitliche Prävention und soziale Gestaltung der Lebensverhältnisse vermieden werden? Wie kann für die wachsende Zahl von Menschen, die auf Pflege und andere Formen der Unterstützung angewiesen sind, und ihre Familien langfristig gesorgt werden? Die nachhaltige Sicherung der Pflege wird für die nächsten Jahrzehnte zu den zentralen Themen der Sozial- und Gesellschaftspolitik gehören. Hierbei sind mehrere Faktoren von Bedeutung, die durch die aktuelle dynamische Entwicklung der Gesellschaft beeinflusst werden:

- Die Zahl der auf Pflege angewiesenen Menschen und ihr Anteil in der Bevölkerung steigen deutlich.
- Angehörigen, die eine zentrale Rolle in der Pflege und Sorge übernehmen – das sogenannte Pflegepotenzial – werden voraussichtlich nicht mehr in gleicher Zahl und Bereitschaft zur Verfügung stehen wie das heute noch der Fall ist.
- Hinzu kommt, dass es auf dem Arbeitsmarkt nicht ausreichend Arbeitskräfte für den Bereich der Langzeitpflege geben wird, um den Rückgang der Pflege durch Angehörige zu kompensieren.
- Zu erwarten ist auch, dass die allgemeine Finanzsituation im Laufe der nächsten Jahre prekärer werden wird.

Experten sind sich darin einig, dass die 1994 eingeführte Pflegeversicherung kein ausreichendes Mittel ist, um die sich abzeichnenden Versorgungsprobleme zu lösen. Pflegesicherung ist mehr als Pflegeversicherung. Unser Verständnis von Pflegebedürftigkeit hat sich verändert. Der Begriff befindet sich seit längerem im Prozess der Überarbeitung. Es besteht zwar ein Konsens darin, dass die Pflegeversicherung nicht nur finanzielle Unterstützung bei körperlichen Verrichtungen gewährt, sondern auch darüber hinaus-

gehende Bedarfslagen berücksichtigen sollte, vor allem bei Menschen mit Demenz. Auch ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff kann die Steuerungs- und Finanzierungsfragen nicht lösen und wird keineswegs alle aktuellen und zukünftigen Herausforderungen beantworten.

Hilfen müssen sich auf die gesamte Lebenssituation eines pflegebedürftigen Menschen beziehen und dürfen sich nicht allein auf die Pflege beschränken. Die betroffenen Menschen und ihre Familien brauchen eine individuell zugeschnittene und passende Hilfe, die schnell greift und verlässlich ist. Die heute festzustellenden Zugangsbarrieren müssen überwunden werden. Gefragt ist eine nachbarschaftliche und öffentliche Aufmerksamkeit für den Bedarf von Menschen, die auf Unterstützung angewiesen und besonders vulnerabel sind. Mit ihr kann sichergestellt werden, dass die benötigte Hilfe rechtzeitig ankommt, möglichst bevor Betroffene Unterversorgung, Gewalt und Vernachlässigung erfahren. Gefragt sind vor allem ein effizienteres und flexibleres Gesamtsystem, eine stärkere präventive und rehabilitative Ausrichtung der Gesundheitspolitik sowie deren Verknüpfung mit sozialen und auf die Lebenssituation ausgerichteten Hilfen. Präventions- und Rehabilitationsangebote, die unter anderem darauf ausgerichtet sind, eine selbstständige Lebensführung so weit wie möglich zu erhalten, sind noch lange nicht ausgeschöpft. Sie können einen bedeutsamen Beitrag zur Vermeidung oder Minderung von Pflegebedarfen leisten. Ein frühzeitige Vorsorge leistet auch einen wichtigen Beitrag dazu, Unterversorgungssituationen und Gewalt vorzubeugen.

PFLEGE und TEILHABE geschieht in der alltäglichen Lebenssituation. Die meisten Menschen, die auf Unterstützung angewiesen sind, werden zu Hause versorgt. Dies entspricht meist auch ihrem Wunsch. Familien, Nachbarn, Freunde und bürgerschaftlich Engagierte nehmen am jeweiligen Lebensort eine essenzielle, versorgungs- und teilhabesichernde Funktion ein. Antworten auf die Herausforderungen der Pflege können und müssen jeweils in der alltäglichen Lebenssituation gefunden werden, wenn Wege menschenfreundlicher Solidarität angestrebt werden sollen.

Der demografische Wandel hat in Gemeinden und Städten jeweils unterschiedliche Gesichter. Mit Recht baut unser gesamtes soziales Sicherungssystem auf den Grundsatz der Subsidiarität: Es gilt, Familien, Nachbarschaften und Quartiere in ihrer Selbstsorgefähigkeit zu unterstützen. Dabei werden gemeinschaftliche Versorgungsformen eine größere Rolle als in der Vergangenheit spielen. Stationäre Einrichtungen müssen ihren Charakter und ihre Versorgungsfunktion ändern: weg vom klassischen Heim – hin zu Wohnformen mit einem breiten Versorgungsangebot.

All dies verlangt nach einer Wiederentdeckung und Betonung kommunaler Verantwortung, nach der Steuerungsfunktion und den Kompetenzen der Kommunen. Dieser Trend drückt sich auch in den Schlussfolgerungen des Achten Familienberichts und des Sechsten Altenberichts der Bundesregierung aus: Beide Expertengremien setzen auf die Perspektive einer Caring Community und eine Stärkung der Kommunen, die auch zum zentralen Gegenstand der Siebten Altenberichtscommission und der Zweiten Engagement-Berichtscommission gemacht wurde.

Seit langer Zeit steht eine grundlegende Weiterentwicklung der sozialen Sicherung der Pflege auf der politischen Agenda. Auch in der 17. Legislaturperiode ist es aber nicht gelungen, eine zukunftssichere und nachhaltige Pflegereform auf den Weg zu bringen. Bei aller Enttäuschung hierüber bietet das nun notwendige weitere Ringen um eine große Pflegereform die Chance, die Weichen für eine Strukturreform von PFLEGE und TEILHABE für die neue Legislaturperiode zu stellen – zwei Sozialpolitikbereiche, die sich zukünftig nicht sinnvoll voneinander getrennt diskutieren und gestalten lassen. PFLEGE muss teilhabeorientiert sein. TEILHABE ist für pflegebedürftige und behinderte Menschen jeweils von essenzieller Bedeutung. Der Bedarf an PFLEGE und TEILHABE fallen bei ein und derselben Person häufig zusammen. Überdies lassen sich Leistungen für PFLEGE und TEILHABE inhaltlich und fachlich nicht sinnvoll trennen. Bereits die Koalitionsvereinbarung der großen Koalition und nachfolgend mehrere ASMK-Beschlüsse haben dies zu Recht auf die Tagesordnung gesetzt.

Die Autoren dieses Eckpunktepapiers plädieren für eine grundlegende Reform der PFLEGE und TEILHABE, mit zum Teil einschneidenden Korrekturen in den bis-

lang segmentierten Politikfeldern Gesundheit, PFLEGE und TEILHABE und dies unter Einbezug von Fragen des Erwachsenenschutzes. Mit dem Vorschlag soll der Versuch unternommen werden, folgende Strategien, die derzeit die Fachdiskussion prägen, in den Kontext der PFLEGE aufzunehmen und in eine veränderte Ordnung des Sozialrechts einzuflechten:

1. eine stärkere Präventions- und Rehabilitationsorientierung,
2. ein konsequenter Quartiersbezug,
3. ein neu zu reflektierendes Qualitäts- und Professionsverständnis.

Die Eckpunkte beginnen mit einer Beschreibung der als zentral erachteten Defizite des aktuellen Systems. Es folgt sodann eine für die Strukturreform hilfreiche Differenzierung von CURE und CARE. Es werden drei zentrale Perspektiven für eine Strukturreform formuliert und abschließend Kernelemente für eine solche vorgestellt.

2. DEFIZITANALYSE

Der Reformbedarf ergibt sich aus einer Reihe von Defiziten des gegliederten Systems, die zu Unter- und Fehlversorgung führen und Menschen bei der Suche nach Hilfe allein lassen sowie zu verzögerter Leistungsgewährung beitragen. In Deutschland wird die soziale Sicherung für die TEILHABE am gesellschaftlichen Leben und die Langzeitpflege durch verschiedene, aufeinander bezogene gesetzliche Systeme realisiert.

Die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) stellt die erforderlichen Leistungen bereit, wenn Krankheit oder Behinderung es erfordern. Im Regelfall werden diese Leistungen unbegrenzt als Sachleistung durch Vertragspartner der Krankenkassen erbracht. PFLEGE wird ambulant zur Sicherung der medizinischen Behandlung bereitgestellt. Dabei richtet sich ihr Umfang nach den medizinischen Notwendigkeiten. Rehabilitation dient der Vorbeugung oder Wiederherstellung des Gesundheitszustandes.

In der Gesetzlichen Pflegeversicherung werden Leistungen bei andauernder Pflege- und Hilfebedürftigkeit bereitgestellt. Die Leistungen werden bei selbst organisierter Versorgung als Geldleistung, sonst wie in der Krankenversicherung als Sachleistung erbracht. Allerdings sind die Leistungen in der Höhe begrenzt

und nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit gestaffelt. In der ambulanten Versorgung ergänzen sich Pflegeleistungen der Krankenversicherung und der Pflegeversicherung. Bei stationärer Langzeitpflege umfasst die Leistung der Pflegeversicherung auch die Behandlungspflege, die bisher der Krankenversicherung zugerechnet wird.

Soweit die Aufwendungen für PFLEGE die Leistungsfähigkeit des Einzelnen überfordern, tritt ergänzend die Sozialhilfe ein. Über diese Leistungen wird durch die örtlichen Sozialhilfeträger entschieden. Soweit Leistungen der Rehabilitation oder zur TEILHABE zum Ausgleich von Behinderung erforderlich sind, entscheidet über diese Ansprüche der örtliche oder überörtliche Sozialhilfeträger. Für diese Leistungen gilt: Sie werden nur nachrangig gewährt, das heißt nach dem Ausschöpfen aller anderen Leistungsansprüche gegenüber der Sozialversicherung und nach dem Einsatz des eigenen Einkommens und Vermögens. Die Unterschiede in den Anspruchsvoraussetzungen und Leistungsgrenzen führen zu Lücken in der Versorgung. Mit dem SGB IX wird der Versuch unternommen, die Beziehungen zwischen den gesetzlichen Regelungen zu harmonisieren und die Kooperation der verschiedenen Träger zu befördern. Aus der unterschiedlichen Organisation und Finanzierung

- beitragsbezogen in der Sozialversicherung,
 - steuerfinanziert in der Sozialhilfe,
 - wettbewerbsorientiert in der Krankenversicherung,
 - einheitlich und gemeinsam in der Pflegeversicherung,
 - kommunal verantwortet in der Sozialhilfe,
- folgen divergierende Interessen bei der Leistungsgewährung.

2.1 Von den Menschen unmittelbar erlebte Defizite

Erster Ausgangspunkt dieser Defizitanalyse sind alltägliche Berichte über Mängel in der Versorgung und Überforderung von Angehörigen bis zu eklatanten Formen der Unterversorgung. Praxisberichte und Falldokumentationen lassen die strukturellen Schwächen im Hilfesystem der PFLEGE und Versorgung deutlich zutage treten.

2.1.1 Fehlende Aufmerksamkeit

Pflegekonstellationen, in denen sich die Versorgung aufgrund einer Kumulation von Problemen extrem

schwierig gestaltet, führen nahezu übereinstimmend zu der Erkenntnis, dass diese Entwicklung bei frühzeitigem Eingehen auf einen Problemaspekt hätte vermieden werden können. In Deutschland gibt es jedoch kein System für die Wahrnehmung einer Aufmerksamkeitsfunktion. Für latent gefährdete Personen fehlt es an einer kontinuierlich verantwortlichen Aufmerksamkeit, die folgende Merkmale hat:

- eine organisierte, vielfältige und auf Kontinuität angelegte Struktur, die nachhaltig und intensiv ist, ohne zu unerwünschter sozialer Kontrolle auszuarten,
- ein valides Instrumentarium, das Signale sich entwickelnder Unterstützungsbedürftigkeit rechtzeitig erkennt und zu einem Handlungsimpuls verstärkt,
- Verlässlichkeit und Verbindlichkeit – was nicht zuletzt auch Vertrauen erzeugen kann, das Bürgerinnen und Bürger in ihr Quartier haben können.

2.1.2 Unzureichender Schutz vulnerabler Personen

Der Schutz von Personen, die wegen ihres Hilfebedarfs in Abhängigkeit geraten, wird systematisch vernachlässigt. Trotz des modernen Erwachsenenschutzrechtes in Gestalt des Betreuungsrechts werden vulnerable Personen mit erhöhtem Hilfebedarf vor allem in der häuslichen Versorgung nicht hinreichend in ihren Grund- und Menschenrechten geschützt. Ein wirksamer Schutz vor Unterversorgung, Vernachlässigung, aber auch Gewalt und Misshandlung ist heute vielfach noch nicht gewährleistet. Es fehlt an einer systematischen Verschränkung von Hilfen und Schutz, wie sie aus der Jugendhilfe bekannt ist.

2.1.3 Unzureichende Abklärung

Erkannte Problemlagen werden nicht umfassend abgeklärt, um den richtigen und angemessenen Ansatz für eine Unterstützung zu finden. Für die vielfältigen Problemlagen – Mobilitätsprobleme, Wohnungsprobleme, Gesundheitsprobleme, Pflegebedürftigkeit, Einkommensschwäche, Schuldenprobleme, Familienprobleme, Teilhabedefizite – gibt es zwar spezialisierte Dienste. Ihre Beratungsleistungen sind aber oft nur durch weitere Spezialisten erschließbar.

Der Auftrag an die Pflege- und Krankenkassen und damit das Begutachtungsverfahren des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung bei Pflegedürftigkeit ist zwar um Aspekte der Rehabilitation und der

Formulierung von Empfehlungen erweitert worden, es fehlt aber die Einbeziehung von Leistungen der TEILHABE und kommunaler Dienstleistungen schon im Vorfeld amtlich festgestellter Pflegebedürftigkeit. Die fallspezifische Abklärung folgt den Schemata leistungsrechtlicher Zuständigkeiten und ist in der Lösungssuche auf die gesetzlichen Leistungskategorien beschränkt. Die Folge: Die für die fallspezifische Netzwerkconstellation verfügbaren Ressourcen werden weder beachtet noch genutzt. Es fehlt eine übergreifende Anlaufstelle, von der aus die sachgerechte Beratung und ein umfassendes Assessment eingeleitet werden.

2.1.4 Nicht abgestimmte Leistungen

Einzelne positive Leistungsentscheidungen bleiben oft Stückwerk, weil ergänzende Leistungen anderer Träger mit zusätzlichem Aufwand von dem Hilfebedürftigen selbst hinzuorganisiert werden müssen. Häufig erreichen diese Leistungen den Hilfebedürftigen auf diese Weise nicht zur richtigen Zeit, im ausreichenden Maß und am richtigen Ort. Nicht abgestimmte Leistungen verfehlen so ihre Wirkung und verschwenden kostbare Ressourcen.

2.1.5 Sozialhilfeabhängigkeit

Ein umfangreicher Hilfebedarf hat im Teilleistungssystem der Pflegeversicherung steigende Eigenleistungen des Pflegebedürftigen zur Folge – wodurch das Ziel der weitgehenden Unabhängigkeit von Sozialhilfe verfehlt wird.

2.2 Ursachen der Defizite

Die von den betroffenen Menschen erlebten Defizite sind einleuchtend, nachvollziehbar und in Systemdefiziten begründet, die dem Bemühen von Hilfebedürftigen und Helfenden oft gleichermaßen im Wege stehen. Die systemischen Defizite sind daher Ansatzpunkte für diese Reformperspektiven.

2.2.1 Fehlender Bezug auf einen sozialen Raum

Der immer größere territoriale Zuschnitt und die Zentralisierung bei Kranken- und Pflegeversicherungen sowie Leistungserbringerorganisationen führen in diesen Organisationen zu einem Verlust an ortsnahen Kenntnissen und Verantwortlichkeiten. Auch steht oft eine Wettbewerbsorientierung dem Gemeinwesenbezug im Wege. Das verstärkt die ohnehin häufigen Pro-

bleme von Hilfebedürftigen, ihren Bedarf sichtbar zu machen und zu adressieren. Auch Hilfegebende sind durch strukturelle Konstellationen zunehmend in ihren Fähigkeiten behindert, die Probleme von Hilfebedürftigen wahrzunehmen und Leistungen abzustimmen.

2.2.2 Mangelnde Präventions- und Rehabilitationsorientierung

Sowohl der Zeitpunkt, wann Pflege- und Hilfebedürftigkeit eintritt, als auch das Maß an Abhängigkeit von Hilfen lassen sich positiv durch rechtzeitige Prävention und Rehabilitation beeinflussen.

Prävention verlangt neben frühzeitiger medizinischer und pflegerischer Hilfe auch, dass Möglichkeiten für eine selbstständige Lebensführung und Teilnahme am Gemeinschaftsleben geschaffen werden, bevor es zu einer erheblichen Pflegebedürftigkeit kommt. Die Gleichsetzung von Pflegepolitik und Pflegeversicherungspolitik stand dem bisher im Wege.

Zur Verstärkung der bisher ergriffenen Maßnahmen, die darauf ausgerichtet sind, Rehabilitationsmöglichkeiten im Zuge der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit abzuklären, müssen die Krankenkassen auch materiell dafür interessiert werden, deutlich mehr Rehabilitationen für Pflegebedürftige zu bewilligen.

2.2.3 Fehlende Versorgungsplanung und Leistungskoordination

Die umfassende Abklärung des Hilfebedarfs mit einer anschließenden leistungs- und sektorübergreifenden Versorgungsplanung ist notwendig. Sie wird aber aus der Sicht der Pflege- und Hilfebedürftigen trotz des seit 2008 bestehenden Rechtsanspruchs auf Pflegeberatung (§ 7a SGB XI) nicht in ausreichendem Maße vorgenommen. Die Pflegeberatung auch in der Praxis durchzusetzen, bleibt Aufgabe des Gesetzgebers. Ebenso verhält es sich mit Infrastrukturen und deren leistungsrechtlichen Grundlagen, die noch geschaffen werden müssen, um ihre Wirkung entfalten zu können. Denn: Die bestehenden Koordinationsvorschriften im SGB IX gelten nicht für die PFLEGE. Die in § 92c SGB XI festgelegten Pflichten sind nur für die Pflege- und Krankenkassen verbindlich und werden vielfach unzureichend eingelöst. Pflegestützpunkte heutiger Definition sind nicht ausreichend mit der kommunalen Sozialarbeit verzahnt und tatsächlich zu sehr auf den Leistungsbereich der Pflegeversicherung verengt. Sie haben es bisher nicht einmal vermocht, die gesetzlichen Leistungen umfassend zu bündeln.

Eine Verbindung zwischen den gemeinsamen Servicestellen nach dem SGB IX, den Pflegestützpunkten und dem Krankenhaus-Entlassmanagement existiert in der Praxis nicht oder kaum. Lebenspartner, Angehörige und Nachbarn werden in der Beratung nicht angemessen berücksichtigt. Das heißt: Die bisherige Struktur erfüllt auf individueller Ebene nicht die Lotsenfunktion, die der Perspektive des Hilfebedürftigen entspricht.

2.2.4 Widersprüchliche Steuerungslogik der Leistungsgesetze

Der Lebensbereich PFLEGE wird leistungsrechtlich von Krankenversicherung (SGB V), Pflegeversicherung (SGB XI), Sozialhilfe (SGB XII) und den verbindenden Rehabilitationsvorschriften (SGB IX) gestaltet. Die jeweilige Steuerungslogik der unterschiedlichen Leistungssysteme führt dazu, dass anstelle der gewollten Ergänzung der Leistungen meist die Begrenzung und Abschiebung in andere Zuständigkeiten im Vordergrund steht.

Die Teilleistungsorientierung der Pflegeversicherung ist widersprüchlich. Das Wettbewerbsprinzip der Krankenversicherung und das Fürsorgeprinzip der steuerfinanzierten Sozialhilfe sind nicht nur verschieden, sondern sie schaffen auch Abgrenzungen und Versorgungslücken. Eine teilhabeorientierte PFLEGE lässt sich zudem von der Eingliederungshilfe nicht vernünftig abgrenzen.

2.2.5 Starres, unübersichtliches und unzureichendes Leistungsrecht

Das starre Leistungsrecht des SGB XI berücksichtigt den Hilfebedarf der immer größer werdenden Gruppe von Pflegebedürftigen, deren Alltagskompetenz eingeschränkt ist, unzureichend. Auch die Verbesserungen der aktuellen Neuerungen sind unübersichtlich, was eine weiterhin mangelhafte Unterstützung der Angehörigen zur Folge hat.

2.2.6 Fiskalische Fehlanreize

Bei **Leistungsträgern** ist die Verschiebung von Leistungen über die Sektorengrenze nach wie vor aufgrund mangelnder Integration vor allem für kosten- und wettbewerbsorientierte Krankenkassen von Vorteil. Das Nebeneinander von Leistungen, für die in der Krankenversicherung ein umfassender (Sach-)Leistungsanspruch besteht, während sie in der Pflegeversicherung gedeckelt sind, schafft Anreize zur Entlastung durch

Leistungsverlagerung. Für die Kommunen ist die Suche nach vorrangigen Leistungsträgern (neben der gesetzlichen Pflicht) auch eine lohnende Angelegenheit, die oft zulasten des Hilfebedürftigen strapaziert wird. Zwischen den Zuständigkeiten von Leistungsträgern und dem realen Leistungsprozess klaffen meist Lücken, die überbrückt werden müssen, ohne dass für diesen Aufwand im Leistungsrecht auch nur ansatzweise die benötigten Ressourcen zur Verfügung gestellt werden.

Bei **Leistungserbringern** ist für den CARE-Bereich festzustellen, dass durch das Nebeneinander unterschiedlicher Leistungshöhen bei ambulanter oder stationärer Versorgung die Interessenlage falsch gesteuert wird. Hierdurch werden die Flexibilität und damit auch die Produktivität der Leistungsgestaltung eingeschränkt. **Pflegebedürftige und Angehörige** müssen wissen: Von den je nach Versorgung unterschiedlichen Leistungshöhen und -voraussetzungen sowie von den je nach Sozialleistungsbereich unterschiedlichen Rückgriffsrechten des Sozialleistungsträgers auf Einkommen und Vermögen gehen erhebliche Wirkungen auf ihre Wahl des Versorgungsarrangements aus. Dies jeweils bei Leistungsveränderungen mitzubedenken ist auch Aufgabe dieser Reformbemühung.

3. DIE ZENTRALEN REFORMPERSPEKTIVEN

Leistungslücken und Koordinierungsmängel sind eine Schwäche des gegliederten Systems. Sie ließen sich theoretisch beheben, indem alle drei Bereiche in einem einheitlichen System zusammengefasst werden. Das wird hier aus **drei Gründen nicht** vorgeschlagen:

1. In den Konkurrenzen und Aushandlungsprozessen, die sich in der Krankenversicherung entwickelt haben, hätte das System von Pflege und Teilhabe keinen angemessenen Stellenwert.
2. Die Errungenschaft, dass das Lebensrisiko Pflege in der Sozialversicherung abgesichert wird, soll nicht aufgegeben werden.
3. Eine reine Sozialversicherungslösung erschwert die notwendige Ausgestaltung der Rolle der Kommunen – wenn sie sie nicht sogar unmöglich macht.

Am Anfang der Überlegungen steht daher, mit welcher gedanklichen Methode ein besseres System der Abgrenzung der drei Leistungsbereiche gefunden werden kann, um die Schnittstellenprobleme zu lösen und

anschließend ein funktionierendes Koordinierungssystem zu finden.

3.1 CURE und CARE

Die Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf in dem gegliederten System der sozialen Sicherung kennt Leistungen der gesundheitlichen, hauswirtschaftlichen, pflegerischen Unterstützung und sozialen TEILHABE. Diese vielfältig segmentierten Leistungen und Zuständigkeiten bedürfen einer Neuordnung und neuer Abgrenzungen, die vor allem Folgendes leisten müssten:

- Klare Abgrenzungen von leistungsrechtlichen Zuständigkeiten, vor allem zwischen Kranken- und Pflegeversicherung und sozialer TEILHABE bzw. einem künftigen Bundesleistungsgesetz.
- Abgestimmte und angepasste Steuerungslogik in der Ausgestaltung des Leistungserbringungsrechts.
- Klare Verantwortung für die Ausgestaltung der Infrastruktur für entsprechende Hilfen und ihnen dienende Leistungsformen.
- Die Abgrenzungen sollten auch zu einer klaren Zuordnung von Kompetenzen Professioneller in dem Handlungsfeld PFLEGE und einer beruflich abgesicherten Berufsgruppenkonzeption taugen.

Als **tragender Grundgedanke und Grundlage** der Strukturreform bietet sich eine Differenzierung von PFLEGE an. In der deutschen Sprache wird, anders als im angloamerikanischen Sprachraum, ein übergreifender, nicht weiter differenzierter Pflegebegriff verwendet. Die Pflegeversicherung umfasst neben der Sicherung der PFLEGE sowohl Pflegeleistungen als auch hauswirtschaftlichen Bedarf und soziale Betreuung. In der pflegewissenschaftlichen Diskussion wird ein ganzheitliches Pflegeverständnis eingefordert, in dem im engeren Sinne pflegfachliche Verantwortungsbereiche und das Gelingen ganzheitlicher Versorgung unter einem umfassenden Pflegebegriff zusammengefasst werden.

Es wird vorgeschlagen, den Inhalt dessen, was in Deutschland unter PFLEGE verstanden wird und nach den leistungsrechtlichen Vorschriften an Leistungen gewährt wird, in CURE und CARE zu differenzieren. Dies empfehlen bereits der Sechste Altenbericht und der Zukunftsdialog der Bundeskanzlerin. Durch eine Differenzierung in **CURE und CARE** sollen ein ganzheit-

liches Menschenbild und der Anspruch auf passfähige und koordinierte Unterstützung von auf PFLEGE angewiesenen Menschen nicht infrage gestellt werden.

CURE: Als CURE werden alle medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Maßnahmen verstanden, die von professionellen Akteuren im Gesundheitswesen zur **Prävention, Kuration, Rehabilitation und Palliation** angeboten, geleistet und verantwortet werden. Dabei gehört zu CURE nicht allein die Durchführung entsprechender Maßnahmen, sondern auch die systematische Anamnese und Diagnose gesundheitsbezogener Problemlagen, die Verständigung auf Ziele von Behandlung, Therapie und PFLEGE mit dem Betroffenen und die Verantwortung für den therapeutischen und Pflegeprozess inklusive seiner Evaluation – auch und gerade dann, wenn andere als Professionelle an den Aufgaben der Therapie und PFLEGE beteiligt sind.

CARE: Zu CARE zählen alle Formen der Sorge und Versorgung, die für den Lebensalltag erforderlich sind – personenbezogene Leistungen zur unterstützenden **Alltagsgestaltung, hauswirtschaftlichen Basisversorgung, Grundpflege** und Förderung der sozialen **TEILHABE**. Das sind im Einzelnen: Unterstützung zur Selbstversorgung, die Gestaltung hauswirtschaftlicher Aufgaben und sozialer Kontakte sowie Hilfen, die sich auf die Person und ihre Hygiene, Mobilität und Ernährung (Grundpflege) beziehen. Auch die Unterstützung der gewünschten und für die Person bedeutsamen Aspekte der sozialen Teilhabe gehört zum **Caring**, zu der Fürsorge für einen Menschen, der in wesentlichen Bereichen seiner Lebensführung von fremder Hilfe abhängig ist. Das Caring, die Sorge, ist angesiedelt in der Lebenswelt des Betroffenen. Sorge zu tragen ist in unserer Kultur die Aufgabe von Familien, Freunden und Nachbarschaft. In der sorgenden Verantwortungsübernahme realisiert sich die alltägliche Solidaritätsbereitschaft der Gesellschaft da, wo der Hilfebedürftige lebt. (*Abbildung 1*)

Die Differenzierung in CURE und CARE wirft auch Fragen der Profile und der Ordnung der Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen auf. Die Fachpflege in einem umfassenden Verständnis, wie es in Deutschland etabliert ist, umfasst einerseits Aufgaben aus dem CURE-Bereich. Fachpflegekräfte sind in Deutschland aber auch im Sinne eines sozialpflegerischen Verständnisses im CARE-Bereich tätig. Aufgaben des Car-

ings können und müssen vorrangig von anderen als den Professionellen des Gesundheitswesens übernommen bzw. ihnen übertragen werden. Im Rahmen beruflicher Hilfen sollten sie von anderen Berufsgruppen wahrgenommen werden. An Aufgaben des Carings können neben Angehörigen und Freunden nachbarschaftliche, ehrenamtliche und berufliche Helfende beteiligt sein. Davon geht nicht nur unser insgesamt subsidiär angelegter Sozialstaat aus, sondern an vielen Stellen auch das geltende Recht.

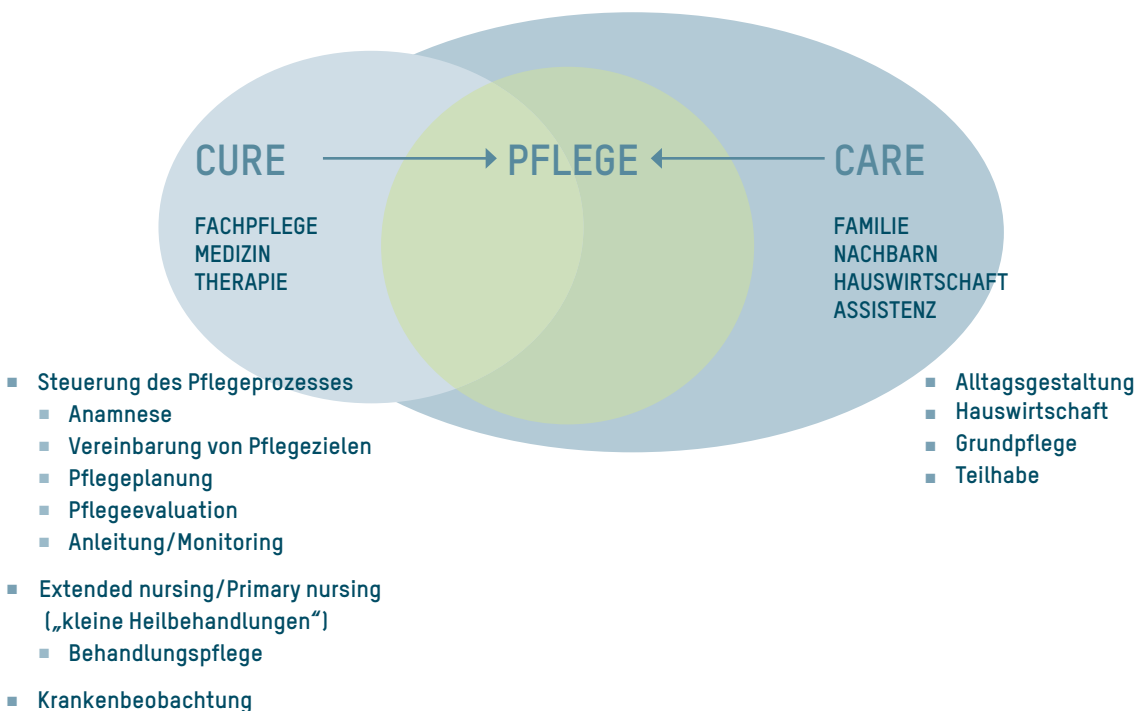
Die beklagten Schnittstellenprobleme könnten durch eine berufsgruppenbezogene Flexibilisierung wesentlich effizienter behandelt werden. Vor allem könnten Festlegungen auf bestimmte Berufsgruppen im Leistungserbringungsrecht vermieden werden – soweit es sich nicht um Vorbehaltsaufgaben etwa für Pflegekräfte handelt. Übergreifend ist sicherzustellen, dass CARE- und CURE-Verantwortliche kooperieren, sich in den Zielen und Maßnahmen abstimmen und auf eine mit den Betroffenen ausgehandelte Hilfestaltung hinwirken. Ziel von CARE ist in jedem Fall das Wohlergehen des Menschen. Wie die Aufgaben des Carings gesellschaftlich fair verteilt und honoriert werden, ist eine zentrale Zukunftsfrage.

Auch CURE ist immer ausgerichtet auf das Caring, auf die dem Wohlergehen dienende Sorge. „The essence of CURE is CARE“ heißt es in der Pflegewissenschaft. Dabei hat die Fachpflege in ihrem Handeln, in ihrer fachlichen Einflussnahme auf die Lebenssituation eines auf Pflege angewiesenen Menschen immer und zuvorderst sein Wohlergehen vor Augen, ohne die alltägliche Sorge selbst übernehmen oder garantieren zu können. (Abbildung 2)

3.2 Neuordnung des Leistungsrechts

Die zentrale Perspektive einer Strukturreform liegt in einer Neuordnung des Leistungsrechts, nach der Differenzierung in CARE- und CURE-Leistungen: CURE-Leistungen liegen im GKV-Bereich, die CARE-Leistungen sind der Pflegeversicherung und ergänzend einem Bundesleistungsgesetz bzw. der Sozialhilfe zuzuordnen. Während CURE-Leistungen stärker den begleitenden und fachlich steuernden Aspekt einbeziehen, sollen CARE-Leistungen konsequent auf die Ressourcensituation der jeweiligen Haushalte ausgerichtet werden, primär die Sorgefähigkeit erhalten und qualifizieren, sie jedoch nicht ersetzen. CARE-Leistungen müssen individuell und flexibel einsetzbar sein.

Abbildung 1: Differenzierung CURE und CARE



Je nach Steuerungsfunktion der Leistungen ist eine andere Finanzierungstechnik gefragt: Im CURE-Bereich das Sachleistungsprinzip mit Vollfinanzierung und mit einer Ergänzung der Leistungsfinanzierung von Tätigkeiten und Zeiten mit Steuerungsfunktionen (Pflege- und Hilfeplanung, Anleitung, Monitoring, Aushandlung).

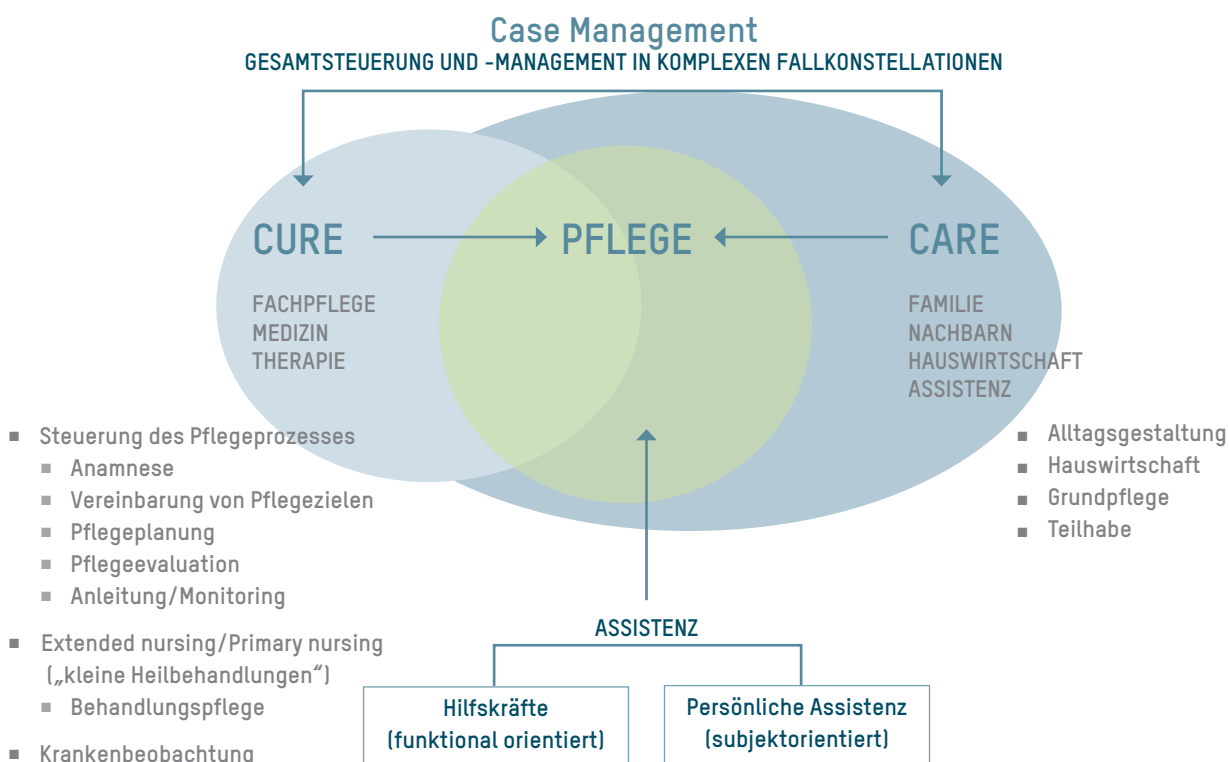
Der Bereich der CARE-Leistungen soll nicht weiter als Sachleistung ausgestaltet werden. Der beträchtliche Unterstützungsbedarf muss im SGB XI leistungrechtlich besser ausgestattet werden. Demgegenüber sind Eigenleistungen einschließlich einer Sockelfinanzierung mit Basiseigenleistung vorzusehen. Dies muss mit einer Reform des Leistungsrechts der TEILHABE, dessen Neuregelung in der 18. Legislaturperiode bevorsteht, abgestimmt werden, da PFLEGE bei einem teilhabeorientierten Pflegebedürftigkeitsbegriff zu den Teilhabeleistungen gehört. Gleichzeitig muss das Verhältnis zur ergänzenden Sozialhilfe in der Form der Hilfe zur PFLEGE und der Eingliederungshilfe geklärt werden, um Abgrenzungs- und Zuständigkeitsprobleme aufzuheben. Da das Pflegeversicherungssystem ein Teilleistungssystem ist und auch bleiben soll, hat die Sozialhilfe eine ergänzende Funktion. Sie kann nach-

rangig und bei Bedürftigkeit im Einzelfall eine Vollfinanzierung erzeugen.

3.3 Integrierte Steuerung vor Ort

Ein auf Effizienz hin ausgerichtetes Hilfesystem muss den Defiziten im Bereich Aufmerksamkeit, Abklärung und Koordination begegnen. Hierzu bedarf es einer gemeinsamen, leistungsträgerübergreifenden Begutachtungsstruktur für CURE und CARE, für Medizin, PFLEGE und TEILHABE. Um die im Einzelfall notwendigen Abklärungen und Koordinationsaufgaben gewährleisten zu können, sind kostenträgerübergreifende Infrastrukturen für das CARE-Management und das Case Management aufzubauen, die die strukturellen Probleme der Servicestellen und Pflegestützpunkte überwinden und in eine gemeinsame Struktur für die Bereiche Gesundheit, PFLEGE und TEILHABE auf örtlicher Ebene münden. Dazu werden Servicestellen für PFLEGE und TEILHABE mit einer Vermittlungs- und Weiterleitungsfunktion eingerichtet, die je nach Konstellation und Bedarf auf ein Assessment hinwirken, Piloten (Einzelfallbegleiter) oder ein umfassendes Case Management vermitteln. (Abbildung 3)

Abbildung 2: Aufgaben in der Langzeitpflege



4. DIE REFORMBAUSTEINE IM EINZELNEN

Für die Umsetzung dieser drei Reformansätze braucht es ein Bündel an Verbesserungen und neuen Maßnahmen, die auch die Frage berücksichtigen, warum die in den Leistungsgesetzen teilweise bereits vorhandenen Impulse von den zuständigen Stellen bislang nicht umgesetzt werden.

4.1 Pflege und Pflegebedürftigkeit im SGB I definiert

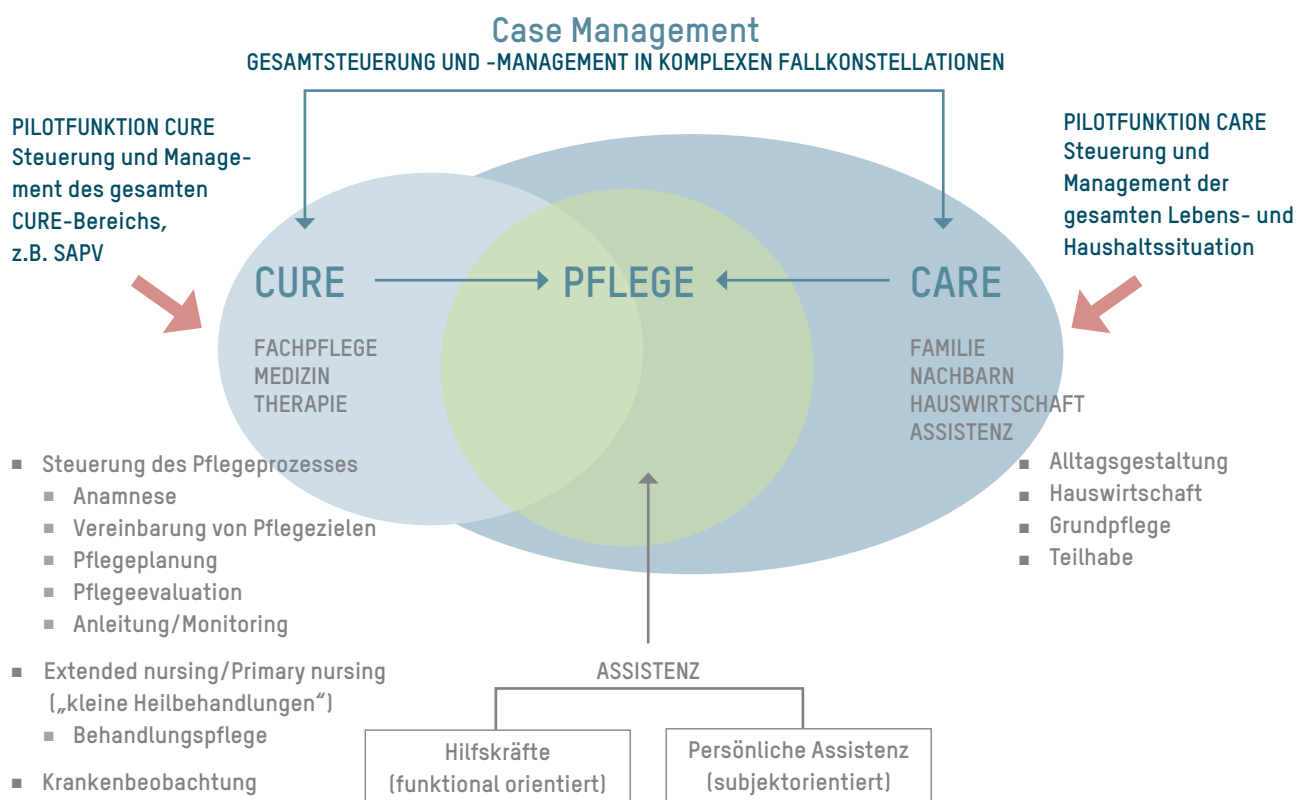
PFLEGE und Pflegebedürftigkeit und nicht mehr nur die Pflegeversicherung werden übergreifend für alle Leistungsgesetze im SGB I dargestellt, um die PFLEGE als Gegenstand aller einschlägigen Sozialleistungsgesetze zu beschreiben. Leistungen bei Pflegebedürftigkeit werden als fünfte Leistungsgruppe in das SGB IX integriert. Die Pflegeversicherung wird Rehabilitationsträger aufgrund ihrer pflegerischen CARE-Leistungen. (Medizinische Reha-Leistungen bleiben Leistungen der Krankenversicherung.) Damit werden die Leistungen der Pflegeversicherung systematisch mit

den anderen Leistungsgesetzen (vor allem mit dem SGB V und dem SGB XII) verknüpft und die rechtliche Grundlage für eine verbindliche Abstimmung der Leistungsträger untereinander geschaffen. Die wesentliche Wirkung ist, dass die Vorschriften des SGB IX über Zusammenwirken, Koordination, gemeinsame Verfahren und Zuständigkeitsklärung auch für die Pflegekassen gelten.

4.2 Grundleistungen der TEILHABE

Das im Rahmen der Einigung über den Fiskalpakt verabredete Leistungsgesetz zur Ablösung der Eingliederungshilfe soll dazu genutzt werden, die ergänzenden Leistungen, die bedürftigkeitsabhängig von der Sozialhilfe erbracht werden, besser mit dem Sozialversicherungssystem zu verschränken. Es wird vorgeschlagen, eine von der Anrechnung von Einkommen und Vermögen freigestellte Pauschale zu schaffen, die eine nach Art und Schwere der Behinderung gestaffelte Grundleistung zum Ausgleich der eingeschränkten Möglichkeiten zur TEILHABE am Leben in der Gemeinschaft

Abbildung 3: Aufgaben in der Langzeitpflege



schaft. Diese kann wenige Hundert, im Einzelfall bis zu mehrere Tausend Euro betragen und betrifft sowohl behinderte als auch pflegebedürftige Menschen.

4.3 Neue Abgrenzung der Leistungsgesetze

Die Zuständigkeiten zwischen SGB XI, SGB V und einem steuerfinanzierten Leistungsgesetz werden neu abgegrenzt, um Fehlanreize zwischen den Leistungsträgern zu beseitigen.

4.3.1 Ausgleich von Teilhabebeeinträchtigungen durch das Bundesleistungsgesetz

Das Bundesleistungsgesetz ermöglicht es, die bisher aus fiskalischen Gründen umstrittene Abgrenzung zwischen Pflegeversicherung und Sozialhilfe in Form der Eingliederungshilfe pragmatisch zu klären. Leistungen der Pflegeversicherung stehen auch behinderten Menschen zu, wenn sie einen Pflegebedarf haben – unabhängig von der gewählten Wohnform. Das bedeutet, dass die in der bisherigen Diskussion mit dem § 43a SGB XI verbundene Ungleichbehandlung behinderter Menschen im Rahmen des SGB XI aufgegeben wird. Sie erhalten künftig die ambulanten Leistungen nach § 36 SGB XI. Dies hat auf der Basis des geltenden Rechts gegenüber dem Status quo eine Verlagerung von 500 Mio. € vom Steuer- in das Versicherungssystem zur Folge.¹ Zum Ausgleich wird die Pflegeversicherung umgekehrt von Leistungen zum Ausgleich von Teilhabebeeinträchtigungen entlastet, die mit einem teilhabeorientierten Pflegebedürftigkeitsbegriff verbunden sind. Diese würden – pauschaliert – durch das (steuerfinanzierte) Bundesleistungsgesetz zur Verfügung gestellt.

4.3.2 Die Sozialhilfe bleibt nachrangig zuständig

Die Sozialhilfe behält die Funktion, über das SGB XI und das Bundesleistungsgesetz hinausgehende Leistungen bedürftigkeitsabhängig bereitzustellen. Wenn es überhaupt noch zweckmäßig bleibt, die Unterscheidung von Hilfe zur PFLEGE und Eingliederungshilfe in der Sozialhilfe aufrechtzuerhalten, sind die Vorschriften über den Einsatz von Einkommen und Vermögen und die Heranziehung von Angehörigen zu harmonisieren. Die Beratungs- und Unterstützungspflicht wird um nachrangige Ansprüche erweitert. Auch für die Hil-

fen zur Weiterführung des Haushaltes und zur Erhaltung der Wohnung und Aufrechterhaltung der Kommunikation werden die bisherigen Vorschriften um nachrangige Ansprüche ergänzt.

4.3.3 Verlagerung der Behandlungspflege in stationären Einrichtungen in das SGB V

Die Behandlungspflege in stationären Einrichtungen im Sinne des § 71 Abs. 2 wird aus dem SGB XI ins SGB V verlagert. Damit wird die medizinische Krankenpflege einheitlich dem CURE-Bereich und damit konsequent als Sachleistung dem SGB V zugeordnet. Dadurch werden einerseits vor allem Hürden bei der flexiblen Gestaltung unterschiedlicher Formen der PFLEGE in Gruppen (in Quartier, Wohngemeinschaft, Heim) beseitigt und andererseits ein finanzielles Interesse der Krankenkassen an stationären Versorgungsformen aufgehoben.

Der beträchtliche finanzielle Umfang dieser Verlagerung und die Relevanz für den Krankenkassenwettbewerb machen eine schrittweise Umsetzung erforderlich. In einem ersten Schritt soll eine weitgehend neutrale Regelung für die Beitragssätze der Kranken- und Pflegeversicherung, die Leistungen für Pflegebedürftige bzw. Einrichtungen sowie den Kassenwettbewerb erreicht werden. Dazu soll ein Finanzausgleich zwischen Ausgleichsfonds SGB XI und Gesundheitsfonds SGB V auf der Basis eines Standardbetrages für Behandlungspflege in stationären Einrichtungen erfolgen und die Verteilung auf die Krankenkassen entsprechend der Zahl der Leistungsfälle vorgenommen werden. Die Höhe der Leistungen aus dem SGB XI ist entsprechend dem Standardbetrag anzupassen. Vor der vollständigen Umsetzung der Leistungspflicht der Krankenkassen sind im zweiten Schritt sowohl die Verfahren für die Verordnung und Genehmigung dieser Behandlungspflege sowie Vergütungsregelungen als auch die Anpassung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs zu erarbeiten und rechtssicher zu etablieren.

4.3.4 Pflegeprozess-Steuerung als Leistung der GKV

Im Rahmen einer an der Unterscheidung von CURE und CARE orientierten medizinischen Krankenpflege-

¹ Die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs hätte aufgrund der Zunahme der leistungsberechtigten geistig behinderten und psychisch kranken Menschen weitere Kostenfolgen.

ge gewinnt die Steuerung des Pflegeprozesses neben der ärztlichen Verantwortung an eigenständiger Bedeutung. Um dem Rechnung zu tragen und sowohl die Selbstständigkeit und Verantwortung von Pflegefachkräften zu stärken als auch Ärzte zu entlasten, müssen mindestens in der Langzeitpflege folgende Aspekte abgesichert werden:

- die initiale Pflegeanamnese und -planung,
- die in größeren Zeitabständen notwendige Nachsteuerung als eigenständige Leistung der PFLEGE im SGB V mit seinen Umsetzungsregelungen. Dies sollte als eigenständige Leistung vergütet werden.
- Pflegefachkräfte sind auch in den Aushandlungsprozessen des Case Managements und der Fallbegleitung als Piloten im CURE-Bereich einbezogen und nehmen dort steuerungsvorbereitende Aufgaben wahr.

4.3.5 Regiekosten unabhängig von der Form der PFLEGE

Die zusätzlichen Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen nach § 38a SGB XI enthalten Regiekosten (**organisatorische, verwaltende** oder **pflegerische Tätigkeiten einer Pflegekraft**). Für die Versorgung in Wohngruppen ist dadurch anerkannt, dass ein eigenständiger Organisations- und Verwaltungsbedarf auch in der ambulanten PFLEGE besteht. Er wird in der stationären PFLEGE selbstverständlich anerkannt und in der ambulanten PFLEGE (mit der Ausnahme der Wohngruppen) ebenso selbstverständlich als Leistung der Angehörigen angesehen. Zur Entlastung der Angehörigen und Unterstützung der Pflegebereitschaft der Familien ist der Gedanke des § 38a auf die gesamte ambulante PFLEGE in den Pflegestufen II und III auszudehnen, soweit professionelle Dienste in Anspruch genommen werden. Dies ist zielführend für die Versorgungsangleichung ambulant/stationär und ist als CARE-Leistung im SGB XI auszugestalten.

Daneben sollen die Regieleistungen von Einrichtungen und Diensten in den Vergütungssystemen des SGB V und XI explizit abgebildet werden, damit gleiche Versorgungsqualität auch vergleichbar vergütet wird. Die Regieleistung von Angehörigen, die keine professionellen Pflegeleistungen in Anspruch nehmen, wird durch das Pflegegeld abgegolten. Bei einer neuen Festsetzung der Leistungsbeträge für selbst beschaffte Pflegehilfen (§ 37 SGB XI) ist dies zu berücksichtigen.

Darüber hinaus sind die Kommunen gefordert, quartiersbezogene Regieleistungen (zum Beispiel Pflegetreff, Nacht-Café o.Ä.) finanziell zu fördern. Wegen der Entlastung durch das Teilhabegesetz sind sie hierzu in der Lage.

4.3.6 Vereinheitlichung der Leistungen für Pflegehilfsmittel im ambulanten und stationären Bereich

Die Ungleichbehandlung bei der Bereitstellung von Pflegehilfsmitteln in ambulanter und stationärer Versorgung im SGB XI hat unnötige Hürden für die Durchlässigkeit der Versorgungsformen zur Folge. Dies gilt es durch Angleichung an den ambulanten Bereich aufzuheben. Eine Veränderung der Schnittstelle zum SGB V ist damit nicht verbunden. Allerdings wird zu prüfen sein, ob die Praxis der Kostenübernahme durch die Kranken-Pflegekassen bei Leistungen für (PFLEGE-)Hilfsmittel an der Schnittstelle ambulant und stationär zu einer angemessenen Versorgung führt.

4.4 Basis-Eigenleistungen

Im **Teilleistungsbereich des SGB XI** werden die Leistungsbeträge so gestaltet, dass die Leistungen der Versicherung vor allem für einen jeweils beträchtlichen Hilfebedarf zur Verfügung stehen. Der Anteil der Versicherungsleistung an den typisierten Gesamtkosten erhöht sich daher mit dem steigenden Pflegebedarf. Die Eigenleistungen bleiben typischerweise konstant. Ein wesentliches Gestaltungselement ist eine pauschal berechnete, einheitliche Basis-Eigenleistung, die die Versicherungsleistung bei geringem Bedarf begrenzt, sodass die Mittel für beträchtlichen Bedarf frei werden.

Die CARE-Leistungen des SGB XI werden flexibilisiert, indem die meisten Leistungsarten in einem abzurechnenden **Sachleistungsbudget** zusammengefasst werden. Dies entspricht dem Umstand, dass das Teilleistungssystem letztlich nur Finanzierungsanteile in pauschalierter Höhe bereitstellt. Die Wirksamkeit dieses Beitrags wird erhöht, wenn die erforderlichen Leistungen je nach Bedarf im Einzelfall freier kombiniert werden können. Eine qualitativ hochwertige **Beratung und Versorgungsplanung** sowie Schutzvorschriften gegen Missbrauch von Abhängigkeitsverhältnissen gehören notwendig zu diesem Vorschlag. Dies bedeutet gleichzeitig, dass sich die Rolle der Heime verändert, die durch diese leistungsrechtliche

Veränderung mit anderen Formen der Gruppenpflege gleichbehandelt werden. Sie behalten ihre Bedeutung für die Versorgung in Fällen mit dem am stärksten verdichteten Betreuungsaufwand. Darüber hinaus sind sie zu Versorgungszentren mit Vernetzungsfunktionen im Wohnbereich weiterzuentwickeln. Beides muss bei der Vergütung berücksichtigt werden.

Die Vorschriften über Kombinationsleistungen, die im geltenden Recht die Funktion haben, die Kombination von Sach- und Geldleistungen zu regeln und in bestimmten Fällen (Tagespflege, Verhinderungspflege) das Budget zu erhöhen, müssen an die veränderte Leistungssystematik angepasst werden. Sie müssen auch stärker darauf ausgerichtet werden, dass in der Angehörigenpflege die Kombination der Normalfall ist. Denn neben der ambulanten professionellen PFLEGE sind zusätzliche Leistungen von Angehörigen oder Dritten die Regel. Der völlige Verzicht auf berufliche PFLEGE bei beträchtlichem Pflegebedarf überfordert die Privatpersonen und gefährdet die Qualität der PFLEGE. Es muss daher auch künftig Tatbestände geben, die das Budget erhöhen. Dazu gehört auch eine Erhöhung, wenn die vom System vorausgesetzten Hilfeleistungen von Angehörigen oder Dritten aus anzuerkennenden Gründen nicht erbracht werden können.

4.5 Leistungsträgerübergreifendes System der Steuerung und Koordination

4.5.1 Zentrale Bausteine

4.5.1.1 Soziale Aufmerksamkeit

Es bedarf einer organisierten nachhaltigen Aufmerksamkeit, die verlässlich, kontinuierlich und intensiv ist und dadurch Vertrauen schafft, ohne in unerwünschte soziale Kontrolle auszuarten. Voraussetzung hierfür ist sowohl ein breites Wissen in der Bevölkerung über gute Versorgung und Risikofaktoren als auch eine Kultur und ein Klima empathischer Aufmerksamkeit und Handlungsbereitschaft. Um diese Voraussetzungen zu schaffen, bedarf es sowohl zivilgesellschaftlicher Akteure als auch einer verfügbaren lokalen Infrastruktur von fachlich ausgerichteten Agenturen, die Wissen, Haltung und Kultur vermitteln, an die aber auch Handlungsbedarf im Sinne „öffentlicher Hilfen“ adressiert werden kann, wie beispielsweise in der Kinder- und Jugendhilfe.

4.5.1.2 Abklärung

Mit Hilfe eines wirksamen Instrumentariums kann ein sich entwickelnder Unterstützungsbedarf (Mobilitäts-, Wohnungs-, Schulden-, Familien-, Gesundheitsprobleme, Pflegebedürftigkeit, Teilhabedefizite) früher als bislang erkannt und individuelle Ressourcen berücksichtigt werden. Hierzu ist ein leistungsträgerübergreifendes Assessment erforderlich, das nicht den Schemata leistungsrechtlicher Zuständigkeiten folgt und auch die verfügbaren Ressourcen und Netzwerke ausschöpft. Als Scharnier ist eine Anlaufstelle erforderlich, von der aus die sachgerechte Beratung und ein umfassendes Assessment eingeleitet werden.

Zur Sicherung der Kontinuität in der situationsgerechten Versorgung ist ein je nach Fallperspektive festzulegender Aktualisierungszyklus einzurichten. Ein solches Recall-System dient auch der Aufrechterhaltung der notwendigen Aufmerksamkeit.

4.5.1.3 Klientenbezogene Koordination

Die Koordination der Leistungen muss Dienststellen/ Dienstleister, Partner, Angehörige und Nachbarn einbeziehen und ist nur nahe am Klienten effektiv. Dazu ist auf individueller Ebene eine „Pilotfunktion“ erforderlich. Die folgenden Vorschläge beziehen sich zum einen auf die Ebene der Einzelfälle, zum anderen auf den regionalen Organisationszusammenhang. Zu berücksichtigen ist die Vielfalt der an der Versorgung beteiligten Akteure:

- Im Bereich **CURE** im Wesentlichen: Hausarzt, Pflegefachkraft, Therapeuten, Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen, Apotheken, Hilfsmittellieferanten.
- Im Bereich **CARE** (Alltagssicherung) vor allem: Kommunaler Sozialdienst, Betreuungsbehörde, Gesundheitsamt, Quartiersmanager (bei Wohnbau-gesellschaft, bzw. Genossenschaft als sublokale Struktur des Quartiersmanagements), Angehörige, Freunde, Nachbarn, Bürgerschaftlich Engagierte, Persönliche Assistenz, Grundpflege- und Hauswirtschaftsfachkräfte, Dorfhelfer, Soziale Arbeit.
- Bei der **Beratungs- und Assessmentfunktion**: Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK), Gesundheitsamt, Sozialamt/Altenhilfe/Eingliederungshilfe, Betreuungsbehörde, Kommunale Wohnberatung, Reha-Beratungsstellen, Integrationsstellen/Bundesagentur für Arbeit.

Ansatzpunkte für den **CURE-Bereich** könnten darin liegen, den Hausarzt/das Gemeinde-Gesundheitszentrum bzw. die Patientenbegleitung durch die Krankenkasse und das Entlassmanagement der Krankenhäuser zu stärken, damit systematisch wesentliche krankheitsbedingte Leistungen in die Koordination eingebunden werden.

Ansatzpunkt im **CARE-Bereich** könnte ein kommunales Quartiersmanagement in Gebieten mit vielfältiger Wohn-Eigentümerstruktur oder die Betreuung von großen Wohnanlagen durch die Wohnbaugesellschaft/Genossenschaft sein.

4.5.2 Schlüsselemente

Folgende **Schlüsselemente** lassen sich für die Verbesserung von Beratung und Leistungskoordination benennen:

- Akteure sozialer Aufmerksamkeit
 - gemeinsame Servicestelle (PFLEGE und TEILHABE)
 - gemeinsame Beratungs- und Assessment-Agentur
 - Individueller Pilot
 - subjektorientierte Qualitätssicherung
- (Abbildung 4)

4.5.2.1 Akteure sozialer Aufmerksamkeit

Eine erhöhte soziale Aufmerksamkeit lässt sich prinzipiell nicht durch eine bestimmte organisatorische oder institutionelle Maßnahme erzwingen. Sie ergibt sich aber als Folge des neuen Koordinierungssystems, in dem den Menschen helfend begegnet wird, Zugän-

ge und Wahrnehmungen verbessert und soziale Netzwerke sowie das soziale Umfeld zielgerichtet einbezogen werden. Soziale Aufmerksamkeit ist eingebettet in eine örtliche Kultur gegenseitiger Verantwortungsbereitschaft, in eine „Kultur der Sorge“.

4.5.2.2 Zentrale Infrastruktur: Servicestelle PFLEGE und TEILHABE

Die Aufgaben der Pflegestützpunkte und Teilaufgaben der gemeinsamen Servicestellen sollen in den Servicestellen PFLEGE und TEILHABE zusammengefasst werden. Unter kommunaler Federführung wirken Kommunen, Krankenkassen und Pflegekassen zusammen und finanzieren diese Stellen gemeinschaftlich.

Der Hilfe-/Pflegebedürftige hat ein Antragsrecht auf Fallabklärung gegenüber der Servicestelle PFLEGE und TEILHABE. Hausarzt/Gesundheitszentrum, Krankenhaus, Quartiersmanager und MDK vermitteln die Klienten an die Servicestelle weiter.

Die Servicestelle PFLEGE und TEILHABE kann im Auftrag des Hilfebedürftigen gegenüber den Beratungs- und Assessment-Agenturen (MDK, Gesundheitsamt) sowie Sozialleistungsträgern initiativ werden und ein Case Management vermitteln.

4.5.2.3 Gemeinsame Assessment-Agentur

Um die Leistungsansprüche einer Person umfassend zu klären und eine koordinierte individuelle Versorgungsplanung zu erreichen, soll eine übergreifende Assessment-Agentur auf Landesebene für die Bereiche

Abbildung 4



der PFLEGE und der TEILHABE am Leben in der Gemeinschaft geschaffen werden. Sie soll auch den Bedarf an medizinischer Rehabilitation für diesen Personenkreis sowie bei beträchtlich Behinderten den Bedarf an TEILHABE am Arbeitsleben feststellen. In dieser Agentur würden MDK, Bundesagentur für Arbeit (BA), Deutsche Rentenversicherung (DRV) und kommunale Arbeitsgemeinschaften zusammenwirken.

4.5.2.4 Individueller Pilot

Die Begleitung des Einzelfalls ist eine Aufgabe, die sowohl die Servicestelle als auch die Assessmentagentur überfordert. Eine individuell verantwortliche Person ist hierbei die Lösung: Ein Beispiel für den CURE-Bereich ist etwa die Spezialisierte Ambulante Palliative Versorgung (SAPV), bei einzelnen Krankenkassen ist es das Modell des Patientenbegleiters und im CARE-Bereich wird diese Funktion teilweise durch den Betreuer übernommen.

Die Kostenträgerschaft für den CURE-Bereich liegt bei der Krankenversicherung, für den CARE-Bereich ist sie in der Pflegeversicherung und in einem Teilhabegesetz zu verankern. (Abbildung 5)

4.5.2.5 Qualitätssicherung – subjektorientiert und personenbezogen

Pflegebedürftige Menschen haben Anspruch auf eine fachlich gute, die aktuellen Wissensbestände berücksichtigende Hilfe. Hierzu gehört eine auf das Individuum und seine Lebenssituation ausgerichtete Qualitätssicherung, die eine auf Dienste und Einrichtungen bezogene Qualitätskontrolle in ihrer Bedeutung relativiert. Die oben vorgestellten Instrumente und Funktionen – Assessment, Hilfeplanung, Pilot, Servicestelle, Case Management – sind wesentliche Instrumente zur Erfüllung dieses Zwecks.

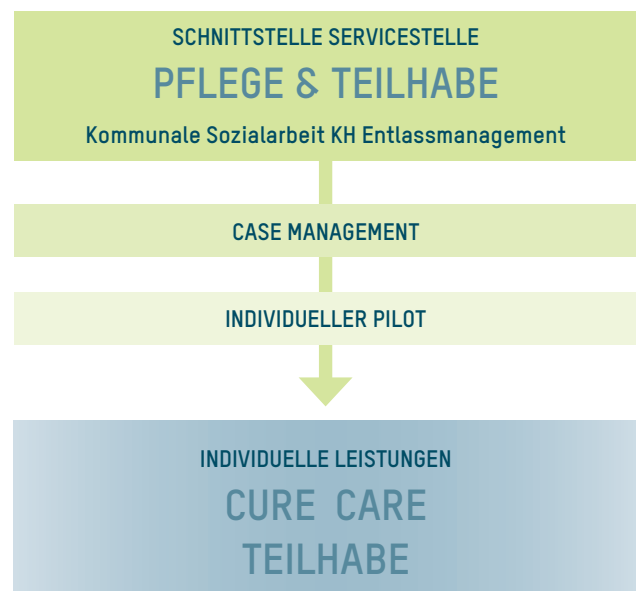
Die Qualität der Versorgung von Pflegebedürftigen zeigt sich besonders darin, ob und inwieweit die jeweils in den Hilfe- und Pflegeplänen vereinbarten Ziele erreicht werden konnten, vor allem bezogen auf die Verbesserung oder Stabilisierung der gesundheitlichen Situation, der Selbstständigkeit und der TEILHABE. Eine zentrale, qualitätssichernde Bedeutung kommt der Evaluation des PFLEGE- und Hilfeprozesses zu, und zwar mit Hilfe von aufeinander abgestimmten Assessmentinstrumenten für PFLEGE, Rehabilitation und TEILHABE (§ 10 SGB IX). Sie ist in den Vorgehensweisen der Beteiligten verbindlich zu verankern. Ein ver-

änderter Pflegebedürftigkeitsbegriff kann in diesem Zusammenhang seine besondere – auch qualitätssichernde – Bedeutung entfalten.

Um die Selbstbestimmung der Betroffenen, ihre Präferenzen und individuellen Bedarf in den Mittelpunkt der Hilfen zu stellen, ist in besonderer Weise Wert auf die partizipative Aushandlung von Zielen, Maßnahmen, Hilfen und einer Einwilligung nach erfolgter Aufklärung (informed consent) zu legen, und zwar unter Beachtung der Patientenrechte aus §§ 630c ff. BGB. Des Weiteren muss sichergestellt sein, dass Personen, die sich nicht artikulieren (können), ggf. mit Hilfe entsprechender Assistenz (Art. 12 BRK), in ihren Vorstellungen und Präferenzen „zu Wort“ kommen. Zu der Qualität guter Aushandlung gehört auch die Abstimmung und Koordination der beteiligten Berufsgruppen untereinander und mit den anderen Helfern sowie die regelmäßige Evaluation und Aushandlung neuer Vereinbarungen.

Schließlich muss das Wohlbefinden der Betroffenen regelmäßig thematisiert werden. Hierfür tragen die für den Betroffenen bedeutsamen Bezugspersonen, aber auch zivilgesellschaftliche Akteure eine zentrale Verantwortung. Die Messung von Lebensqualität ist keine Aufgabe staatlicher Akteure.

Abbildung 5: Koordination auf Fallebene



Es sind im Wesentlichen die Berufsangehörigen, die für die Qualität ihrer Arbeitsweise verantwortlich zeichnen. Sie sind in ihrer Qualitätsverantwortung zu stärken. Dabei ist vor allem die eigenständige professionelle Qualitätsverantwortung bei den Pflegeberufen zu verankern. Die Standardentwicklung (Expertenstandards, Versorgungsleitlinien) ist, wie bei den ärztlichen Leitlinien geschehen, in die Mechanismen des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) und des Gemeinsamen Bundesausschusses einzubeziehen – unter Sicherung der Eigenständigkeit der Pflegefachberufe.

Mit der umfassenden Verankerung der Fachpflege (CURE) im SGB V ist auch die Entwicklung von fachlichen Standards in das methodisch und institutionell elaborierte System der GKV zu übertragen.

Die Qualitätsvorgaben für die Dienstleistungen sind weiter erforderlich, können aber radikal vereinfacht werden. Im CURE-Bereich werden sie in die Qualitätssicherungsmechanismen des SGB V integriert. Für den CARE-Bereich bleibt es für Einrichtungen bei den Qualitätsvorgaben der neuen Wohn- und Betreuungsgesetze. Für die Dienste im CARE-Bereich werden für zugelassene oder zertifizierte Dienste Qualitätsvorgaben hinsichtlich der Struktur- und Prozessqualität erforderlich sein. Bei der Leistungsform des persönlichen

Budgets werden die Zielvereinbarungen zu den entscheidenden Qualitätssicherungsinstrumenten.

4.6 Zusammenwirken in der Region und sozialräumliche Planung

Auf institutioneller Ebene müssen Beratung und Koordination in der Region (Kreis- und Landesebene) zusammengeführt und in die kommunale Daseinsvorsorge eingebettet werden, damit CURE- und CARE-Aufgaben übergreifend bearbeitet werden. Nur dort können die **widersprüchlichen Steuerungsmechanismen** von (wettbewerblicher) Krankenversicherung, einheitlich und gemeinsam handelnder Sozialer Pflegeversicherung, wettbewerbsorientierten Leistungserbringern und einheitlichen Fürsorgeleistungen überwunden werden.

Die kommunale Daseinsvorsorge beginnt mit der kommunalen Sozialplanung u.a. in den Bereichen Bauleitplanung, Wohnraumversorgung, Nahverkehr und setzt sich fort in der sozialräumlichen Koordination in Quartieren und Stadtteilen, bei der alle Lebensbereiche und Infrastrukturen in ihrem Zusammenhang gebündelt werden können.

Dies betrifft die Handlungsfelder des SGB V (ambulante und stationäre Krankenversorgung), SGB XI (Pflege-

Abbildung 6: Zusammenwirken auf regionaler Ebene



dienste, stationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen, Wohngruppen, Freiwilligendienste), SGB IX (Betreuungsdienste, Teilhabeschleistungen) und SGB XII (Altenhilfe, Haushaltshilfen, Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten).

Unterstützt werden muss dies durch Abstimmungen auf Landesebene im Rahmen der Zuständigkeiten bei Planung und Förderungen, zum Beispiel durch Prinzipien und Ziele im Zuständigkeitsfeld der Landeskrankenhausplanung, Bedarfsplanung niedergelassener Ärzte, durch Mitwirkungsrechte oder Regelungen zur Begleitung von Infrastrukturentwicklungen (zum Beispiel im geltenden Recht bei Pflegestützpunkten, kommunaler Sozialplanung). Die kommunale Federführung ist bei ausbleibenden Selbstverwaltungslösungen als Auffangzuständigkeit zu schaffen. (Abbildung 6)

4.7 Erweiterte Schutzfunktionen für Menschen in Abhängigkeitsverhältnissen

Die soziale Aufmerksamkeit für die Lebenssituation von Menschen, die vulnerabel und auf fremde Hilfe angewiesen sind, muss vielerorts verbessert und zum Gegenstand örtlicher pflegepolitischer Anstrengungen gemacht werden. Darüber hinaus bedarf es klar bestimmter Hinwirkungspflichten von Professionellen und Diensten, wie sie aus dem Kinderschutz bekannt sind, um fachliche Hilfen ins Spiel zu bringen. Sie sollten mit entsprechenden Handlungskompetenzen ausgestattet sein, um Gefährdungen zu begegnen und Schutz zu gewähren.

Aufgaben und Zuständigkeiten der in diesem Zusammenhang anzurufenden Stellen müssen klar geregelt werden. Es bedarf einer Infrastruktur von örtlichen Fachbehörden, die in komplexen Fallkonstellationen und bei erheblichem Schutzbedarf angerufen werden können und über die entsprechenden fachlichen Kompetenzen und rechtlichen Befugnisse verfügen. Sie müssen im Einzelfall tätig werden, um gegen Misshandlung, Gewalt und Menschenrechtsverletzungen wirksam vorgehen zu können. Angesichts komplexer Lebenslagen gilt ebenso wie in der Jugendhilfe das Primat der Hilfe und der fachlichen Intervention. Für diese Aufgabe bieten sich die nach Landesrecht zuständigen Betreuungsbehörden an. Das können sie leisten:

- Schutzbedarf von häuslich betreuten Menschen feststellen

- entsprechende Beratung anbieten und sicherstellen
- Risiken erkennen
- die Bestellung eines Betreuers möglichst durch andere Hilfen vermeiden
- erforderliche Betreuer in ihrer Arbeit unterstützen
- Formen der Gewalt in der PFLEGE, Formen der Unterversorgung und Vernachlässigung im Auge behalten

Besonderes Augenmerk ist auf die weit verbreitete, gleichwohl tabuisierte Problematik freiheitsentziehender Maßnahmen in der häuslichen Versorgung zu richten. Für die Legitimation und Überprüfung durch die Betreuungsbehörden sind klare Verantwortlichkeiten und Verfahren vorzusehen.

4.8 Neuordnung der Berufe in CURE und CARE

4.8.1 Breites Berufsgruppenkonzept

Das Arbeitsfeld der PFLEGE – von CURE und CARE – ist für ein breites Berufsgruppenkonzept zu öffnen, das sowohl vertikal als auch horizontal durchlässig ist. So können mehr Menschen, die sich potenziell für dieses Arbeitsfeld interessieren, gewonnen werden. Beruflich Tätigen werden Aufstiegs- und Qualifizierungschancen eröffnet. Zunächst nur in der persönlichen Assistenz oder ehrenamtlich Tätige erhalten an ihre Kompetenzen angepasste Einstiegsoptionen in berufliche Tätigkeiten. Durch ein breites Berufsgruppenkonzept, das von der Hauswirtschaft über die Soziale Arbeit bis zur Fachpflege reicht, wird die Multidisziplinarität des Arbeitsfeldes sichtbar, seine Attraktivität wird erhöht und der Differenzierung in CURE und CARE kann auf der Ebene der Ordnung der Berufe Rechnung getragen werden.

Eine neue Ordnung verbunden mit programmatisch angelegter Durchlässigkeit kommt zeitgemäßen Konzepten der Personalgewinnung, -bindung und -entwicklung entgegen. Sie sind notwendig, um den künftigen Bedarf an Arbeitskräften im Feld PFLEGE zu decken. Leitend ist ein Professionsverständnis, das die Steuerungsfunktion der Fachberufe in den Vordergrund stellt. Sowohl in der Medizin als auch in der Fachpflege und Sozialen Arbeit geht es im Kern um Fragen der Erarbeitung und Aushandlung von Hilfe-, Behandlungs- und Pflegeplänen. Es geht überdies um die Verständigung über Ziele und die verantwortliche Steuerung des Hilfe-, Behandlungs- und Pflegeprozesses unter Einbeziehung unterschiedlicher Akteure

in einem Mix aus Angehörigen, Freunden, Nachbarn, Professionellen, beruflichen Helfern, Assistenzkräften und Ehrenamtlichen.

4.8.2 Berufsrecht der Gesundheitsberufe

Das Berufsrecht der Gesundheitsberufe ist so auszugestalten, dass es die für den CURE-Bereich erforderliche Durchlässigkeit in den beteiligten Berufsgruppen ermöglicht. Hierbei dienen die Vorschläge, die im Memorandum „Kooperation der Gesundheitsberufe“ der Robert Bosch Stiftung (RBSG) niedergelegt wurden, ebenso als Orientierung wie die Ausführungen des ebenfalls von der RBSG geförderten und gemeinsam mit einer Arbeitsgruppe erarbeiteten Eckpunktepapiers und Rechtsexpertise „Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln“. So kann auch dem übergreifenden Fachkräftemangel in den Gesundheitsberufen begegnet werden. Als Kernaufgaben der Fachpflege werden Steuerungsaufgaben im Pflegeprozess normiert, wie dies beispielhaft in der Strukturqualitätsverordnung (SQV) in Brandenburg geschehen ist. So wird das Kompetenz- und Aufgabenprofil der Fachpflege sowohl im direkten als auch im indirekten Berufsrecht verbindlich. Dies kann durch eine einheitliche oder aufeinander abgestimmte Berufsausbildung für alle Pflegefachberufe maßgeblich unterstützt werden.

4.8.3 Ordnung der CARE-Berufe

Die CARE-Berufe sind transparent und einheitlicher als bislang zu regeln. Dabei sollen die Fachberufe mit klaren Aufgaben- und Kompetenzprofilen (Fachhauswirtschaft, Dorfhelfende, Soziale Arbeit) für Steuerungs- und Beratungsfunktionen im CARE-Bereich ausgestattet werden, was in der entsprechenden Infrastruktur sowie im Leistungsrecht und im Ordnungsrecht der Länder verankert werden muss. Hauswirtschaftliche Berufe und Assistenzberufe, die am Unterstützungsbedarf und an den Wünschen von Hilfebedürftigen und ihren Familien ausgerichtet sind, sollten mit Hilfe entsprechender Abstimmungen auf der Ebene der Länderabstimmung in der ASMK und Kultusministerkonferenz (KMK) etabliert werden. Die Assistenzberufe reichen von Servicehelfern bis hin zu qualifizierten Alltagsbegleitern. Die Unübersichtlichkeit der derzeit über 700 Ausbildungsmöglichkeiten im Assistenzbereich sollte überwunden werden. Die Ausbildungen zu Betreuungskräften im Rahmen der Leistungsausweitungen des SGB XI lassen sich in die CARE-Berufe integrieren.

4.8.4 Eine einheitliche Qualifikation für das Case Management

Übergreifende Funktionen, wie Piloten und Case Management, stehen potenziell allen Berufsangehörigen aus den Fachberufen im CURE und CARE offen. Eine einheitliche Qualifikationskonzeption stellt sicher, dass Aufgaben- und Rollenverständnis, Methodik und Arbeitsweise – unabhängig von der Grundausbildung und späteren Funktion – einheitlich sind.

4.9 Innovationsförderung im Leistungsrecht

Für drei ausgewählte Elemente, deren schnelle Umsetzung durch den Gesetzgeber/Verordnungsgeber zwar wünschenswert ist, jedoch nur schwer vorgegeben werden kann, schlagen die Autoren dieses Papiers vor, auf fünf Jahre befristet Anreize bei zentralen Akteuren für die Einführungsphase zu geben:

- Case Management
- Krankenhaus-Entlassmanagement
- Individueller Pilot

4.9.1 Innovationsförderung: Case Management

Die rechtzeitige Durchführung eines sektorübergreifenden Case Managements bei komplizierten Versorgungsfällen wird als hochwirksam eingeschätzt. Veranlasst werden kann Case Management durch die örtlichen Servicestellen PFLEGE und TEILHABE, in denen die derzeitigen Pflegestützpunkte aufgehen sollten. Jeder Servicestelle PFLEGE und TEILHABE wird ein Budget von 20.000 € zugeordnet, um Case Management-Leistungen durch Dritte bezahlen zu können. Die Mittel sollen von den Finanzierungsträgern der Servicestelle PFLEGE und TEILHABE nach den im jeweiligen Land geltenden Schlüssel aufgebracht werden. *(Regelungsort § 92c SGB XI)*

4.9.2 Innovationsförderung: Krankenhaus-Entlassmanagement

Die deutlich kürzere Verweildauer im Krankenhaus verstärkt bei Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen den Druck, sich mit Blick auf die weitere Versorgung zwischen häuslicher PFLEGE und Pflegeheim zu entscheiden. Damit hier sorgfältiger geprüft, geplant und entschieden werden kann, soll durch integrierte Versorgungsverträge der Kranken- und Pflegekassen – mit Krankenhäusern, Ärzten, Pflegediensten und -einrichtungen, weiteren ambulanten Diensten, Hilfs-

mittellieferanten und Apotheken – im Gebietszuschnitt der heutigen Pflegestützpunkte die Überleitung vom Krankenhaus in die nachstationäre Versorgung verbessert werden.

Als Finanzierungsanreiz sollen die hier über die heute bereits verpflichtend geregelten Aufgaben und Leistungen hinausgehenden Managementleistungen zu jeweils 50 Prozent als Verwaltungskosten aus dem Gesundheits- bzw. Ausgleichsfonds getragen werden. *(Regelungsort § 11; §§ 140a-d SGB V; §§ 92b,c SGB XI)*

4.9.3 Innovationsförderung: Individueller Pilot

Individuelle Piloten sind Patientenbegleiter – eingesetzt durch Hausarztverbände sowie Gemeinde-Gesundheitszentren oder durch Kranken- und Pflegekassen. Damit sich der Leistungsanspruch auf individuelle Piloten rasch etablieren lässt, sollen die Personalkosten für eine fünfjährige Übergangszeit unmittelbar als Verwaltungskosten gegenüber dem Gesundheitsfonds für die CURE-Piloten und gegenüber dem Ausgleichsfonds für die CARE-Piloten von den Kranken- bzw. Pflegekassen geltend gemacht werden können. In der Krankenversicherung ist ein Schlüssel von 1 : 20.000 Versicherten als Obergrenze anzustreben. Die Regelung ist notwendig, da die Ausgleichsmechanismen im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (RSA) bzw. in der Pflegeversicherung zu träge sind und diejenigen belohnt, die am längsten mit der Umsetzung zögern.

(Regelungsort §§ 11, 73 SGB V; §§ 45c; 92c SGB XI)

4.9.4 Innovationsförderung: Integrierte Versorgung und regionales Pflegebudget

Um die bereits in § 92b SGB XI vorgesehene Integrierte Versorgung Pflegebedürftiger zu stärken, bietet sich die Erprobung eines regionalen Pflegebudgets an, mit dessen Hilfe sich mit Integrierten Versorgungssystemen verbundene, regional abgestimmte, effiziente Versorgungsformen und quartiersbezogene Dienstleistungsstrukturen – ggf. auch in genossenschaftlichen Formen – etablieren und aufbauen lassen.

(Regelungsort: §§ 8 Abs. 3, 92b SGB XI; §§ 140a ff. SGB V)

4.9.5 Wissenschaftliche Begleitung

Die Innovationsphase ist in Bezug auf alle vier Elemente wissenschaftlich im Auftrag der Spitzenverbände der jeweils zuständigen Leistungsträger zu begleiten und zu bewerten. Die Regelungen verlängern sich um

jeweils ein Jahr, wenn mit der Durchführung und Bewertung nicht unverzüglich begonnen wird.

5. GESETZLICHE UMSETZUNG

5.1 SGB I

Die Pflegebedürftigkeit sowie der Leistungs- und Schutzanspruch Pflegebedürftiger wird ebenso wie die Sozialhilfe und TEILHABE in das SGB I aufgenommen. Anstelle der Leistungen der sozialen Pflegeversicherung werden Leistungen bei Pflegebedürftigkeit leistungsträgerübergreifend dargestellt. Die Pflegeversicherung wird daneben im § 4 (Sozialversicherung) genannt. Die Aufgabe der sozialräumlichen Koordinierung wird als eine Aufgabe der von den Ländern zu bestimmenden örtlichen Stellen im SGB I und SGB IX eingefügt.

5.2 SGB V

5.2.1 Behandlungspflege

Die Behandlungspflege und die Pflegeprozessplanung für Leistungen der Pflegeversicherung werden auch bei stationärer Pflege zur Aufgabe der Krankenversicherung. In § 37 SGB V wird klargestellt, dass die Begriffe „eigener Haushalt“ und „betreute Wohnformen“ alle Formen des Wohnens umfassen. Der Leistungsrahmen des § 37 SGB V wird um die Steuerungsfunktionen der Fachpflege für die PFLEGE erweitert. Entsprechend werden die leistungserbringungsrechtlichen Verträge neu ausgerichtet (§ 132 SGB V). Die Regelung wird so getroffen, dass die Eigenständigkeit und Gleichberechtigung der Fachpflegekräfte bei der Prozesssteuerung gewährleistet ist.

5.2.2 Case Management und Individuelle Piloten

Im SGB V wird ein Anspruch auf Case Management und einen Individuellen Piloten eingeführt. Dies wird mit einer Regelung über Innovationsförderung beim Krankenhaus-Entlassmanagement und zur Einführung Individueller Piloten in §§ 11, 73 und 140a-d SGB V verbunden. Die Regelung über das Versorgungsmanagement in § 11 Abs. 4 wird um die Verpflichtung zur Zusammenarbeit mit den gemeinsamen Servicestellen PFLEGE und TEILHABE ergänzt.

5.2.3 Regionales Pflegebudget

In §§ 140a ff. SGB V sind Impulse für ein regionales Pflegebudget beispielsweise durch die Nutzung des Einschreibungsmodells zu ergänzen.

5.3 SGB IX

5.3.1 Reha-Träger für pflegerische Leistungen

Die Leistungen bei Pflegebedürftigkeit werden in das SGB IX (in § 5 und im neuen Kapitel 8) aufgenommen. Die Pflegekassen werden Reha-Träger für pflegerische Leistungen.

5.3.2 Koordinierung

Die Vorschriften über die Zusammenarbeit der Reha-Träger und die Koordinierung der Leistungen im SGB IX werden in folgenden Punkten geändert:

- Unter der Überschrift „Koordination und Gesamtplanung“ wird ein übergreifendes Assessment für PFLEGE, medizinische Reha- und Teilhabeleistungen geregelt. Die Organisation erfolgt auf Landesebene unter Beteiligung von MDK, BA, örtl. Trägern.
- Eine gemeinsame, individuelle Hilfe- oder Versorgungsplanung wird eingeführt (in komplexen Fällen in einer Gesamtkonferenz) mit der Auflage, den überwiegend zuständigen Träger zum Beauftragten zu bestimmen.
- Der Beauftragte erbringt die Gesamtleistung im Auftrag der beteiligten Leistungsträger (Änderung von § 14 SGB IX).
- Die Vorschriften über Pflegestützpunkte und gemeinsame Servicestellen werden im SGB IX zusammengefasst. Den örtlichen Sozialleistungsträgern, die von den Ländern zu bestimmen sind, wird die Koordination und Federführung für die Servicestellen PFLEGE und TEILHABE übertragen. Es obliegt den Ländern, die Errichtung sicherzustellen.
- Werden Empfehlungen erstellt, sind die Vertretungen der Kommunen gleichberechtigte Partner.

5.4 SGB XI

5.4.1 Pflegebedürftigkeitsbegriff

Der neue erweiterte Pflegebedürftigkeitsbegriff wird aus dem SGB I übernommen und präzisiert (Anspruchsvoraussetzungen).

5.4.2 Beratungs- und Feststellungsvorschriften

Die Beratungs- und Feststellungsvorschriften werden an die Änderungen in SGB I und SGB IX angepasst.

5.4.3 Angleichung ambulanter und stationärer Leistungen

Im SGB XI werden die Leistungen für ambulante und stationäre PFLEGE schrittweise angeglichen. Regie-

kosten werden vergütungsrechtlich bei ambulanter und stationärer Versorgung gleichermaßen berücksichtigt. Die bisher nur in Wohngruppen berücksichtigten Organisations- und Verwaltungskosten werden auch bei Inanspruchnahme professioneller Pflegeleistungen in den Pflegestufen II und III gewährt.

5.4.4 Versicherungsanteil

Der Versicherungsanteil an den Aufwendungen steigt mit zunehmendem Pflegebedarf auf der Basis typisierter Berechnungen. Die typisierte Eigenleistung bleibt konstant. Es wird eine pauschal berechnete Basisleistung von 100 oder 200 € eingeführt.

5.4.5 Sachleistungsbudget

Ein pauschales Sachleistungsbudget ersetzt die bisherigen Leistungen ambulanter, stationärer und teilstationärer Pflege. § 43a SGB XI entfällt. Das Budget wird zweckgebunden um Beträge für Verhinderungspflege erhöht, die auch stationär möglich sein soll. Es wird auch erhöht, wenn eine Hilfeleistung durch Angehörige oder Dritte nicht möglich ist.

5.4.6 Kombinationsleistungen

Die Vorschriften über Kombinationsleistungen werden neu gestaltet, sodass neben (auch vollen) Sachleistungen regelhaft ein Pflegegeld für die privaten Pflegeleistungen gewährt wird. Das Pflegegeld für selbst durchgeführte Pflegeleistungen wird mit einem abrechenbaren „Entlastungsbetrag“ für externe Leistungen kombiniert.

5.4.7 Qualitätssicherung

Die Vorschriften über die Qualitätssicherung werden radikal vereinfacht und wegen des Vorrangs ambulanter Hilfen auf individuelle Qualitätssicherung durch Beratung mit Hilfe der Individuellen Piloten ausgerichtet. Das Assessment unterstützt die Versorgungsplanung und das regelmäßige Reassessment wird als Instrument der Qualitätssicherung verankert.

5.5 SGB XII

Im SGB XII werden

1. Ansprüche auf Beratung und Unterstützung eingeführt (§ 11 SGB XII).
2. Ansprüche auf Leistungen der Altenhilfe (§ 71 SGB XII) und zur Weiterführung des Haushaltes (§ 70 SGB XII) qualifiziert.

3. einkommensabhängige Leistungen der Eingliederungshilfe (§§ 53 ff. SGB XII) und Hilfen zur PFLEGE (§§ 61 ff. SGB XII) nachrangig aufrechterhalten, wobei die Vorschriften über den Einsatz eigenen Einkommens und Vermögens und die Heranziehung Unterhaltspflichtiger vereinheitlicht werden sollten.

5.6 Bundesleistungsgesetz

Das im Zuge der Fiskalpakteinigung verabredete Bundesleistungsgesetz wird zu einem Bundesteilhaber- und Erwachsenenschutzgesetz erweitert. Wesentliche Elemente dabei sind:

5.6.1 Leistungsbeträge

Ein Katalog mit Leistungsbeträgen für Teilhabeleistungen – differenziert nach Art und Schwere der Behinderung.

5.6.2 Schnittstelle Versicherungsleistungen

Da auch Pflegebedürftige von den Leistungsberechtigungen umfasst sind, ist die Schnittstelle zu den Versicherungsleistungen zu definieren. Das Gesetz kann ergänzende Leistungen zum SGB XI vorsehen. Leistungen zur TEILHABE am Leben in der Gemeinschaft sollten pauschal über das Bundesleistungsgesetz zur Verfügung gestellt werden, was die Pflegeversicherung entlastet. Leistungspauschalen für den vorpflegerischen Bedarf, zur Sicherung der Haushaltsführung und Begleitung von Personen mit Demenz sollten erhalten sein.

5.6.3 Anspruch auf Beratung

Es wird ein Anspruch auf Beratung, Case Management und einen Individuellen Piloten im CARE-Bereich eingeführt.

5.7 Regelungen im Betreuungsrecht

Das Betreuungsrecht wird auf den individuellen Schutzbedarf Pflegebedürftiger ausgerichtet. Daraus ergibt sich:

5.7.1 Aufgaben Betreuungsbehörden

Der Aufgabenkatalog der Betreuungsbehörden wird um zwei Leistungen erweitert: Abklärung des Schutzbedarfs von Personen, die häuslich betreut werden, und entsprechende Beratungsangebote (§ 6 BtBG).

5.7.2 Vorrang öffentlicher Hilfen

In § 1896 BGB wird entsprechend § 1666a BGB der Vorrang „öffentlicher Hilfen“ vor der Einrichtung einer rechtlichen Betreuung niedergelegt. Dieser wird mit einer Pflicht des zuständigen Sozialleistungsträgers im SGB I verbunden. So kann bei Hinweisen auf die Schutzbedürftigkeit eines Erwachsenen eine Gefährdungseinschätzung vorgenommen werden.

5.7.3 Freiheitsentziehende Maßnahmen

In § 1906 Abs. 4 BGB wird ausdrücklich klargestellt, dass allein der rechtliche Betreuer über freiheitsentziehende Maßnahmen in der häuslichen Versorgung entscheidungsbefugt ist. § 1906 Abs. 4 BGB n.F. wird weiterhin um die Regelung einer Überprüfung der Entscheidung eines Betreuers über freiheitsentziehende Maßnahmen im ambulanten Bereich durch die Betreuungsbehörden ergänzt. Sie kann an dem schweizerischen Erwachsenenschutzrecht orientiert werden. (Art. 382 ff., 389 f. ZGB).

5.7.4 Anhörungsvorschriften

Im Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit (FamFG) werden entsprechende Anhörungsvorschriften zur Überprüfung des individuellen Schutzbedarfes Erwachsener aufgenommen.

5.8 Regelungen im Berufsrecht

Das Berufsrecht der Gesundheits- und CARE-Berufe muss neu geordnet werden. Dabei sind folgende Punkte wesentlich:

5.8.1 Kompetenzprofil der Fachpflege

Im direkten Berufsrecht der PFLEGE (Ausbildungsgesetze) werden die zentralen Steuerungsfunktionen der Fachpflege als Kernaufgaben beschrieben und mit entsprechenden Ausbildungsinhalten hinterlegt. Im indirekten Berufsrecht wird das Kompetenzprofil der Fachpflege verbindlich beschrieben – sowohl im Ordnungsrecht (Heimrecht und Gesundheitsschutzrecht) als auch im Sozialrecht (Maßstäbe und Grundsätze gem. § 113 SGB XI und Rahmenempfehlungen gem. § 132a SGB V). Die Entwicklung von Expertenstandards wird der Leitlinienentwicklung im ärztlichen Bereich angepasst.

5.8.2 Durchlässigkeit der Gesundheitsberufe

Das Berufsrecht der Gesundheitsberufe ist so auszugestalten, dass es eine für den CURE-Bereich erforderliche Durchlässigkeit für die beteiligten Berufsgruppen ermöglicht. Dies hat Änderungen zur Folge: in den Qualitätsanforderungen im Leistungserbringungsrecht und dem Ordnungsrecht, das bislang allein Ärzten vorbehalten ist.

5.8.3 Ordnung der CARE-Berufe

Auf der Ebene der Ausbildungsgesetze sind hauswirtschaftliche Berufe und Assistenzberufe, die an den Unterstützungsbedarfen und -wünschen der jeweiligen Personen und ihrer Familien pp. ausgerichtet sind, mit Hilfe entsprechender Abstimmungen auf der Ebene der ASMK und KMK zu etablieren.

5.8.4 Funktionsbezogene Weiterbildungen

Übergreifende Funktionen – zum Beispiel Individuelle Piloten, Case Management – stehen allen Berufsangehörigen aus dem CURE- und CARE-Bereich bei entsprechender Zusatzqualifikation offen. Die Anforderungen an die Funktionen des Case Managements im SGB IX sind entsprechend.

6. KOSTEN UND FINANZIERUNG DES REFORMPAKETS

Um die hier skizzierten Reformvorschläge einordnen zu können – und zwar nicht nur hinsichtlich ihrer Wirkung auf die Leistungsverbesserungen für Pflegebedürftige, sondern auch auf die Belastung der Beitrags- und Steuerzahler – soll eine Einschätzung der Kosten und ihrer möglichen Finanzierung versucht werden. Methodisch können auf dieser Stufe der Ausarbeitung nur einfache Anforderungen erfüllt werden. Durch plausible Anknüpfungspunkte zwischen der Zahl der Leistungsberechtigten, des Zahlungsrhythmus und des Leistungsbetrags lässt sich eine erste Abschätzung vornehmen und kritisierbare Grundlagen für die weitere Diskussion gewinnen. Die Berechnungen geben eine Orientierung über die finanziellen Größenordnungen.

Aus der Zuordnung der Leistungsverpflichtungen zu den Sozialleistungsträgern und eventuelle neue gesetzliche Regelungen soll im Groben die Belastungsverteilung verdeutlicht werden. Datengrundlagen für die Zahl der Leistungsempfänger ist die Gesundheits-

berichterstattung des Bundes (Stand 2011, Zahlen auf Tsd. gerundet) zu Pflegeversicherung, Krankenversicherung und Sozialhilfe.

Hinsichtlich des einbezogenen Personenkreises wird der derzeit gültige Begriff der Pflegebedürftigkeit zugrunde gelegt. Die Veränderungen aus einer Neuabgrenzung der Pflegebedürftigkeit machen dann eine Neuberechnung erforderlich. Die hier vorgelegten Schätzungen sind insoweit konservativ.

6.1. Pflegeprozess-Steuerung als besondere Leistung im SGB V

Die Pflegeprozess-Steuerung als besondere Leistung der Behandlungspflege soll im SGB V für die Langzeitpflege verankert werden. Für die Erstbegutachtung wird als Kalkulationsanhaltspunkt hinsichtlich der Fallzahl die jährliche Gesamtzahl der Begutachtungsanträge auf Pflegebedürftigkeit beim MDK und für die Vergütungshöhe der Satz für die Pflichtberatung nach SGB XI gewählt. Für die fortlaufende Pflegeprozess-Steuerung werden zwei Einsätze pro Jahr bei allen Leistungsbeziehern für ambulante Leistungen nach SGB XI angesetzt.

Fallzahl	Leistungshöhe	Finanzvolumen
Erst 700.000	1 x 31 €	21 Mio. €
Folge 600.000	2 x 31 €	36 Mio. €
Gesamt		57 Mio. €

6.2 Regiekosten in der ambulanten Pflege

Die zusätzlichen Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen nach § 38a SGB XI enthalten Regiekosten für organisatorische, verwaltende oder pflegerische Tätigkeiten einer Pflegekraft. Für die mit ambulanten Sachleistungen versorgten Menschen soll eine abzurechnende Zuschlagsposition von 50 € je Monat in den Pflegestufen II und III eingeführt werden. Der daraus errechenbare Maximalbetrag von 150 Mio. € (50 € x 12 x (189.000 (Pflegestufe II) + 63.000 (Pflegestufe III))) wird nicht erreicht, da die Leistung separat abzurechnen sein soll und daher nur in Anspruch genommen werden dürfte, wenn für besondere Regieleistungen Bedarf besteht. Es wird eine Inanspruchnahme in 30 Prozent der Fälle angenommen. Geschätzt wird daher zum heutigen Stand ein Wert von **45 Mio. €**.

6.3 Innovationsförderung: Krankenhaus-Entlassmanagement

Zur Intensivierung des Krankenhaus-Entlassmanagements soll für Verträge der integrierten Versorgung ein zusätzlicher Teil von Verwaltungs-/Personalkosten durch die Krankenversicherung übernommen werden. Hierfür soll eine halbe Personalstelle mit Kosten von 17.500 € p.a. angesetzt werden. Da die Verträge auf Kreisebene geschlossen werden sollen, führt dies bei 400 Kreisen zu einem Finanzvolumen von **7 Mio. €**.

6.4 Innovationsförderung: Case Management

Für das Case Management soll jedem Pflegestützpunkt/Servicestelle PFLEGE und TEILHABE ein Budget von 20.000 € p.a. zur Verfügung gestellt werden. Die Finanzierung soll zu je einem Drittel durch die Kranken- und Pflegeversicherung sowie die Kommunen erfolgen. Der Gesamtbetrag liegt für derzeit 380 Pflegestützpunkte bei 7,6 Mio. €; mit Zuwachs werden veranschlagt **10 Mio. €**.

6.5 Innovationsförderung: Individuelle Piloten

Für den CURE-Bereich soll bei den Krankenkassen zusätzliche Personalkapazität in der Pflegeberatung bereitgestellt werden, um das Recht auf individuelle Patientenbegleitung umsetzen zu können. Je 20.000 Versicherten soll eine Stelle eingerichtet werden. Bei insgesamt 70 Mio. Versicherten und einer unterstellten Ausstattung der Sozialen Dienste der Krankenkassen mit derzeit 50 Prozent der avisierten Kapazität bedeutet dies ein Plus von 1.750 Personalstellen zu je 35.000 p.a. und damit einen Gesamtbetrag von 60 Mio. €. Für den CARE-Bereich sollen die Leistungen nach § 37 Abs. 3 SGB XI (31 € pro Beratungsbesuch) mit neuer Leistungsbeschreibung eingesetzt werden. Zusätzliche Kosten entstehen für die Bereitstellung dieser Leistung auch bei der Inanspruchnahme der ambulanten Pflegesachleistung. Es wird davon ausgegangen, dass bei bestehendem Pflegeprozess zweimal im Jahr eine grundsätzliche Überprüfung der Pflegesituation erfolgen soll. Bei 580.000 Pflegebedürftigen entstehen jeweils Kosten in Höhe von 2 x 31 € und damit ein Gesamtbetrag von **36 Mio. €**.

Für den vorpflegerischen Bereich sind CARE-Piloten im Bundesleistungsgesetz TEILHABE zu veranschlagen. Ausgehend von ca. 200.000 nicht genehmigten

Anträgen auf eine Pflegeeinstufung wird angenommen, dass – soweit nicht ohnehin durch einen Neuantrag eine Begutachtung durch den MDK erfolgt – alle sechs Monate eine externe Situationsüberprüfung angezeigt ist. Bei 200.000 Anträgen x 2 x 31 € entstehen Kosten in Höhe von **12 Mio. €**.

6.6 Einführung von Sachleistungsbudgets im SGB XI

Nach den Erfahrungen mit der Einführung des persönlichen Budgets und der Abrechnungsalternative in Stunden wird von der Umwandlung der Sachleistungen im SGB XI bei zertifizierten Leistungserbringern für frei verwendbare Budgets kein wesentlicher Zuwachs beim Sachleistungsanteil erwartet.

6.7 Organisatorische Änderungen

Die vorgeschlagenen organisatorischen Änderungen (Servicestellen PFLEGE und TEILHABE, Gemeinsame Assessment-Agentur, kommunale Federführung bei der Hilfeplanung, Erwachsenenschutz) nutzen vorhandene Strukturen und werden daher nur einen geringen Zusatzaufwand nach sich ziehen, der hier nicht beziffert werden kann.

6.8 Angleichung Versorgung mit Pflegehilfsmitteln im ambulanten und stationären Bereich

Nimmt man an, dass Pflegehilfsmittel im Wert von 1.000 € mit einer Abschreibungsdauer von fünf Jahren in stationären Pflegeeinrichtungen aus den Investitionskosten finanziert werden, dann entspricht dies bei 800.000 Pflegebedürftigen einem Investitionsvolumen von 800 Mio. €. Wenn diese Kosten zur Entlastung der Pflegebedürftigen von der Kranken- und Pflegeversicherung zu tragen sind, bedeutet dies insgesamt ein jährliches Finanzvolumen von **160 Mio. €**.

Die Aufteilung auf Kranken- oder Pflegeversicherung bleibt einer Neuabgrenzung des (Pflege-)Hilfsmittelkataloges und der Landesvereinbarungen über die sachliche Mindestausstattung von Pflegeheimen vorbehalten.

6.9 Verlagerung der Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen vom SGB XI ins SGB V²

Um das Volumen der Umverteilungen zu ermitteln, ist es wichtig die Höhe der Aufwendungen für Behandlungspflege im Pflegeheim zu bestimmen. Hierzu werden zwei Ansätze verwendet. Zum einen werden die im Rahmen der Gesetzesarbeit angestellten Berechnungen aktualisiert. Zum anderen wird aus Kassendaten eine Analogrechnung aus Aufwendungen im ambulanten Bereich unternommen.

Ansatz 1: Aktualisierung

- Erste Kostenschätzung basierend auf Gesetzesbegründung 1996³
- Ausgangspunkt ist ein Leistungsvolumen in der Pflegeversicherung von 800 Mio. DM/Jahr (= 409 Mio. €) bei 360.873 Heimbewohnern im Jahr 1996.
- Nimmt man eine Hochrechnung auf Werte für 2011 anhand der Entwicklung des Nominallohnindex als auch anhand der Pflegesatzentwicklungen und Fallzahlen vor, ergibt sich ein Leistungsvolumen in der Pflegeversicherung von **900 Mio. €/Jahr**.
- (Mit der Zahl von 641.253 Heimbewohnern im Jahr 2011 lassen sich die jährlichen bzw. monatlichen Pro-Kopf-Beträge errechnen.)
- Fortschreibung auf Werte für 2014: Leistungsvolumen in der Pflegeversicherung von **1.000 Mio. €/Jahr**.

Ansatz 2: Analogrechnung mit Kassendaten

Die Kostenschätzung erfolgt analog zu Ausgaben für Häusliche Krankenpflege (HKP) bei ambulanten Pflegefällen. Wenn man ausschließlich die Fälle zugrunde legt, bei denen neben SGB-XI-Sachleistungen auch PFLEGE nach SGB V erbracht wurden, betragen die geschätzten Kosten für Behandlungspflege im Heim **2.586 Mio. €**.

Dabei gilt: Je höher die Pflegestufe, desto höher die HKP-Kosten. Geschlechtsbezogen sind Männer in höheren Pflegestufen teurer; Frauen dagegen in Pflegestufe I. Die Berechnungen zeigen, dass sich die Differenz zwischen Frauen und Männern aber unter der Kontrolle von Alter, Pflegedauer und Pflegestufe verliert.

Die HKP enthält zum Teil Positionen, die im Pflegeheim nicht anfallen oder eventuell nicht zur Behandlungspflege zu rechnen sind, zum Beispiel:

- Wegekosten
- Leistungen mit Grundpflege
- Leistungen mit hauswirtschaftlicher Hilfe
- Kombinationsleistungen von HKP mit SGB XI
- Anziehen-/Ausziehen von Kompressionsstrümpfen
- Hausbesuchspauschale

Im Detail sind die einzelnen Kostenpositionen durchaus diskussionsbedürftig. Für eine Berechnung auf Basis ausgewählter HKP-Leistungen wurde eine entsprechende Bereinigung vorgenommen. Bei Reduzierung um o.g. Positionen ergeben sich realistische Kosten für Behandlungspflege in Höhe von **1.787 Mio. €**.

Zur Notwendigkeit eines Speziellen Risikostrukturausgleichs (RSA)

SGB-XI-Leistungen werden von allen Kassen gemeinsam gezahlt (Ausgabenausgleich).

Eine Verlagerung der Kosten für Behandlungspflege in das SGB V und eine Kostenverteilung nach Versicherten würde daher Krankenkassen mit überdurchschnittlichem Anteil an Pflegeheimbewohnern im Wettbewerb benachteiligen. Bei SGB-V-Leistungen wird daher das unterschiedliche Risiko ausgeglichen (morbiditätsorientierter RSA).

Hier muss ein eigener Risikostrukturausgleich für die Kosten der Behandlungspflege als eigener RSA oder Teil des morbiditätsorientierten RSA eingeführt werden. Ziel dieses RSA muss es sein, die erwartbaren Kosten für Behandlungspflege auszugleichen. Es ist nicht möglich, alle Kosten auszugleichen, da hier auch Einzelfallabweichungen eine Rolle spielen.

Die bislang angestellten Berechnungen für einen PFLEGE-RSA unter Verwendung möglicher Differenzierungsmerkmale wie

- Alter
- Geschlecht
- Pflegestufen
- Pflegedauer
- Diagnosen

liefern keine überzeugenden Ansätze.

² zu den Berechnungen im Einzelnen siehe Teil 3/nur als PDF; Download unter apg-freiburg.de: Ökonomische Expertise von Rothgang/Müller

³ 1. SGB XI-Änderungsgesetz 1996: Verlagerung der Finanzierungsverantwortung für Medizinische Behandlungspflege in das SGB XI, Kostenschätzung zum 1. SGB XI-ÄndG vom 16.6.1996

Für die Einführungsphase ist daher ein nach Pflegestufen differenzierter Pauschalbetrag je Pflegeheimbewohner zielführend, der aus dem Gesundheitsfonds an diejenigen Kassen gezahlt wird, die Pflegeheimbewohner versorgen. Der vorgeschlagene zweistufige Einführungsweg muss unbedingt genutzt werden, um weitere Berechnungen für einen belastbaren PFLEGE-RSA anzustellen.

Finanzierungsweg für die Umsetzung in zwei Stufen

1. Stufe

- Finanzausgleich zwischen Ausgleichsfonds SGB XI und SGB V in der Höhe des Finanzvolumens.
- Leistungstragung durch Krankenkassen gegenüber Pflegebedürftigen/Einrichtung nach Anpassung der Leistungshöhe in der Pflegeversicherung.
- Mittelzuweisung aus dem Gesundheitsfonds an die Krankenkassen entsprechend kassenindividueller Fallzahl. Das entspricht dem früheren Ausgleich in der Krankenversicherung der Rentner (KVdR).
- Beitragssätze und morbiditätsorientierter RSA, Leistungsvolumen bleiben unverändert.

2. Stufe

- Prinzipiell wie Stufe 1, aber individualisierter Behandlungspflegeaufwand in der Abrechnung zwischen Krankenkasse und Pflegeeinrichtungen.
- Krankenkassen sollen das Risiko tragen, dass der tatsächliche Aufwand über oder unter der Standardzuweisung liegt.
- Anpassung des morbiditätsorientierten RSA in Bezug auf diesen gegebenenfalls überschießenden Betrag.
- Risiko von Beitragssatzsteigerungen in der GKV, falls der tatsächliche Behandlungspflegeaufwand wesentlich über dem ursprünglichen Standard liegen sollte.

Grundsätzlich gilt: Die Behandlungspflege in Pflegeheimen ist derzeit in den Leistungen nach § 43 SGB XI enthalten. Wenn sie über die GKV finanziert wird, sind die Leistungen für Pflegebedürftige nach § 43 SGB XI entsprechend zu verringern. Ebenso sind die Beitragssätze der Einrichtungen entsprechend zu reduzieren. Diese erhalten dann als Kompensation die Vergütung für Behandlungspflege aus der GKV.

Weiterer Klärungsbedarf bei der Neuordnung der Behandlungspflege

Bei den Analysen zur Abschätzung des Finanzvolumens der Behandlungspflege in Pflegeheimen ist ein deutlicher Unterschied in der Leistungsanspruchnahme je nach Versorgungskonstellation aufgefallen: Wenn Pflegegeld in Anspruch genommen wird, liegen die HKP-Leistungen bei ca. einem Sechstel der Aufwendungen, die bei einem Sachleistungsbezug geltend gemacht werden, wenn ein Pflegedienst die Versorgung übernimmt. Zur Erklärung stehen sich stark kontrastierende Sichtweisen gegenüber: Einerseits wird eine deutliche Unterversorgung bei selbst beschaffter PFLEGE behauptet. Andererseits wird eine angebotsinduzierte Nachfrage unterstellt.

Behandlungspflege ist im Pflegeheim an andere Pflegeleistungen gekoppelt. Die Kosten sind daher deutlich niedriger als bei separater Leistungserbringung im ambulanten Bereich im Rahmen der HKP. Die Höhe zu vereinbarenden Vergütungen wird dies zu berücksichtigen haben.

Offen ist die Frage, ob in den derzeit vereinbarten Pflegesätzen der Aufwand für Behandlungspflege angemessen berücksichtigt ist. Die Antwort hierauf muss bei der Festlegung des Kürzungsbetrages aufgrund der Übertragung der Behandlungspflege auf die Krankenkassen gefunden werden.

Die Umsetzung der Verlagerung der Behandlungspflege in den Verantwortungsbereich der Krankenversicherung entfaltet je nach Ausgestaltung des Vergütungssystems bei Leistungserbringern und Krankenkassen unterschiedliche Wirkungen. Vor allem das Lösungsspektrum zwischen Pauschalen und Einzelleistungvergütung führt zu sehr verschiedenen Reaktionen:

- Wenn der individuell unterschiedliche Bedarf an Behandlungspflege bei einem Pflegebedürftigen in stationärer Versorgung im Vergütungssystem differenziert abgebildet wird, geht davon ein Anreiz zur besseren Versorgung bzw. Leistungsausweitung aus.
- Je stärker das Vergütungssystem für Behandlungspflege in der stationären Versorgung pauschaliert ist, desto höher ist notwendigerweise die Quersubventionierung der Fälle.
- Ein stark pauschaliertes Vergütungssystem erleichtert der Einrichtung die Organisation und Kalkulation, bedeutet aber zugleich ein höheres Risiko bei aufwändigen Leistungsfällen.

- Je individualisierter dem Behandlungspflegebedarf entsprochen wird und das Vergütungssystem darauf ausgerichtet ist, desto höher ist der Anreiz für Prävention und Rehabilitation bei den Krankenkassen.
- Je individualisierter das Abrechnungssystem ist, desto höher ist das Finanzrisiko für die einzelnen Krankenkassen und desto genauer muss ein (PFLEGE-)Risikostrukturausgleich sein.
- Wenn die heutige Prozessorganisation der PFLEGE in stationärer Versorgung mit einer intensiven Verschränkung von Grund- und Behandlungspflege zugunsten einer stärkeren Trennung aufgegeben wird, gehen Synergien verloren. Ob die Kosteneinsparungen bei der Grundpflege die Steigerungen bei der Behandlungspflege aufwiegen, ist ungewiss.

6.10 Streichung von § 43a SGB XI, Leistungen der Pflegeversicherung in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe ⁴

Ausgaben bei Wegfall des § 43a SGB XI und Leistungshöhe **nach § 36 SGB XI** bei derzeit gut 80.000 Leistungsberechtigten von insgesamt 200.000 Bewohnern: **500 Mio. €**.

Ausgaben bei Wegfall des § 43a SGB XI und Leistungshöhe nach § 43a SGB XI: **900 Mio. €**.

(Tabelle 1 und Tabelle 2)

Bei einem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und Leistungen **nach § 43 SGB XI** erhöht sich die Zahl der Leistungsberechtigten auf gut 140.000 in Pflegegrad II und höher.

Verteilung auf Pflegegrade gemäß dem neuen Begutachtungsassessment (NBA) (I: 15 Prozent; II: 28 Prozent; III: 3 Prozent):

Tabelle 1

	Fallzahl	Leistungshöhe § 36 SGB XI		Mehrkosten	
		neu	bisher	Fall/Monat	insgesamt/Jahr
Pflegestufe I	47.931	450 €	256 €	194 €	112 Mio. €
Pflegestufe II	21.983	1.100 €	256 €	844 €	223 Mio. €
Pflegestufe III	11.193	1.550 €	256 €	1.294 €	174 Mio. €
Härtefall	65	1.918 €	256 €	1.662 €	1 Mio. €
Gesamt	81.172				509 Mio. €

Tabelle 2

	Fallzahl	Leistungshöhe § 43 SGB XI		Mehrkosten	
		neu	bisher	Fall/Monat	insgesamt/Jahr
Pflegestufe I	47.931	1.023 €	256 €	767 €	441 Mio. €
Pflegestufe II	21.983	1.279 €	256 €	1.023 €	270 Mio. €
Pflegestufe III	11.193	1.550 €	256 €	1.294 €	174 Mio. €
Härtefall	65	1.918 €	256 €	1.662 €	1 Mio. €
Gesamt	81.172				886 Mio. €

⁴ Berechnungen aus H. Rothgang; S. Sauer: Aktualisierung der Ergebnisse der NBA-Einschätzung von Menschen mit Behinderung auf der Basis der aktuellen Bewertungssystematik, Bremen Januar 2013 (ZeS, Universität Bremen)

Mehrausgaben für diesen Personenkreis: **2.000 Mio. €**.
Bei einem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und Leistungen **nach § 36 SGB XI**:

Mehrausgaben für diesen Personenkreis: **1.400 Mio. €**.

Finanzierungsweg bei Umsetzung

Ohne Ausgleich würde diese Leistungsverlagerung eine Beitragssatzerhöhung in der Pflegeversicherung von 0,05 bis 0,1 Beitragssatzpunkten bedeuten. Als Ausgleich wird hier vorgeschlagen, die Pflegeversicherung aus dem zu schaffenden Bundesleistungsgesetz TEILHABE zu entlasten.

Wenn man davon ausgeht, dass in diesem Leistungsgesetz ohne Anrechnung von Einkommen und Vermögen eine Grundleistung für den Teilhabebedarf Pflegebedürftiger von 20 € monatlich festgelegt wird, könnten die Leistungen der Pflegeversicherung entsprechend niedriger ausfallen, was einen Betrag von (2.340.000 Fälle x 20 € x 12 Monate) **561 Mio. €** ausmachen würde. Die Mehrkosten bei Einführung des neuen Begriffs könnten durch einen Betrag von 50 € (in der Summe **1.404 Mio. €**) kompensiert werden.

6.11 Einsparungen

Die Reformvorschläge bedeuten einerseits Mehrkosten, andererseits spürbare Effizienzgewinne – zum einen durch die schnellere Zuordnung von Hilfen, zum anderen durch eine bessere Steuerung sowohl bei den Leistungen als auch in der Verwaltung. Zum Beispiel: Der Aufwand für Dokumentation und Leistungsnachweise schlägt derzeit mit ca. **2 Mrd. €** zu Buche. Durch die vorgesehene Verschlinkung der Qualitätssicherung und vereinfachte Leistungsnachweise bei Budgets werden 10 Prozent des Bürokratieaufwandes im SGB V und SGB XI eingespart: **200 Mio. €**.

6.12 Steigerung der Effizienz und vermiedene Kosten

Neben den relativ sicher kalkulierbaren Einsparungen im Verwaltungsaufwand gibt es weitere Bereiche, in denen wirtschaftliche Vorteile durch steigende Effizienz des Hilfesystems und/oder vermiedene Kosten zu erwarten sind. Die Autoren vermuten, dass die Höhe dieser Vorteile deutlich über den o.g. Einsparungen liegt. Da sie allerdings schwer kalkulierbar und in der Höhe umstritten sind, erfolgt hier nur eine Benennung und keine Bezifferung:

Durchlässigkeit der Versorgungsbereiche

Das Reformpaket leistet einen Beitrag zum Abbau der Hürden zwischen ambulanter, teilstationärer und stationärer Versorgung und flexibilisiert die Leistungen. Durch die in kleineren Schritten anpassbaren Hilfen werden Kosten vorfristig genutzter teurer Versorgungsstufen vermieden. Diese Entlastung kommt den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen ebenso zugute wie der Pflegeversicherung und den Kommunen.

Vermeidung von Krankenhauseinweisungen

Durch die bessere Fallabklärung und ein effektiveres Krankenhaus-Entlassmanagement können unnötige Krankenhauseinweisungen vermieden werden. Hieraus resultieren erhebliche Einsparungen in der GKV. Die stark zurückgegangenen Fallzahlen bei der HKP zur Vermeidung von Krankenhauspflege sind ein Anhaltspunkt für diese vermeidbare Entwicklung.

Vermeidung von Fehl- und Unterversorgung

Durch die systematische Steigerung der Aufmerksamkeit für sich entwickelnde Hilfebedarfe und regelmäßige Situationsüberprüfungen auch im Interesse eines Erwachsenenschutzes werden kostenträchtige Phasen der Unter- und Fehlversorgung vermieden.

Gezielte und rechtzeitige Erschließung von Hilfen

Durch Assessment und Vereinbarungen zum Hilfeplan stehen den Individuellen Piloten die Informationen zur Verfügung, die für eine zielgenaue, rechtzeitige und damit kostengünstige Hilfe benötigt werden. Die Verpflichtung der Sozialleistungsträger zur Zusammenarbeit sichert diese Wirkung ab.

Mobilisierung zivilgesellschaftlicher Unterstützung

Die Rückbesinnung auf eine kleinräumige Hilfestruktur bietet die Chance, die zusätzlichen, nicht-professionellen Unterstützer zu finden, ohne die die PFLEGE in der Zukunft nicht mehr bewältigt werden kann. Dieser Effekt ist bedeutsamer als eine mögliche Kosteneinsparung.

Erschließung neuer Berufsfelder

Die den Reformvorschlag leitende Idee einer Unterscheidung von CURE und CARE öffnet den Blick für neue Qualifikationsfelder, die dem jeweiligen Hilfebedarf differenzierter folgen können. Damit bieten sich neue Chancen auf dem Arbeitsmarkt, die sowohl den sonst nicht zu deckenden Bedarf an Arbeitskräften

ten bewältigen helfen als auch kostenangepasste Lösungen ermöglichen.

6.13 Zeitschiene für die Umsetzung

Die meisten der hier vorgeschlagenen Maßnahmen lassen sich im Rahmen eines Artikelgesetzes auf einen Zeitpunkt umsetzen. Die Streichung des § 43a SGB XI ist parallel zur Einführung eines Teilhabegesetzes mit der finanziellen Kompensation für die Pflegeversicherung vorzunehmen.

Die Umsetzung der Verlagerung der Behandlungspflege aus dem SGB XI ins SGB V muss in zwei Schritten erfolgen, die mindestens drei Jahre auseinanderliegen, um die notwendige Vorbereitungszeit für Risikostrukturausgleich, Vergütungssystem und -verhandlungen zu haben.

7. AUSBLICK

Die hier unterbreiteten Vorschläge für eine Strukturreform PFLEGE und TEILHABE stehen in engem inhaltlichen Bezug zu den Arbeiten im Projektzusammenhang SONG (Soziales Neu Gestalten), den Empfehlungen des Positionspapiers des Kuratorium Deutsche Altershilfe und der Friedrich-Ebert-Stiftung „Gute Pflege vor Ort – das Recht auf ein eigenständiges Leben im Alter“ sowie den Diskussionen um ein regionales Pflegebudget, das von der Bertelsmann Stiftung gefördert und von der PROGNOSE AG entwickelt wird. Diese zum Teil grundlegenden Reformüberlegungen dokumentieren die Einsicht in die Notwendigkeit einer weitreichenden Reform der sozialen Sicherung von PFLEGE und TEILHABE. Sie konkurrieren nicht miteinander, sondern setzen unterschiedliche Akzente. Sie orchestrieren den Appell an die Akteure in der PFLEGE und TEILHABE sowie in der Gesundheitspolitik, die 18. Legislaturperiode zu der nachhaltigen Reform von PFLEGE und TEILHABE zu erklären und zu nutzen.

Teil II

Prinzipien, Ziele und Gestaltungsansätze

Grundüberlegungen zu einer Strukturreform erfordern Prinzipien, Ziele und Gestaltungsansätze, die die bisherige Rechtssystematik einerseits verändern, sie aber andererseits nicht unberücksichtigt lassen. Schon bei den Prinzipien, mehr bei den Zielen und stärker noch bei den Gestaltungsansätzen gibt es unterschiedliche Ebenen, die herausgearbeitet und als Grundlage für Regelungsvorschläge geordnet werden müssen. Die Unterscheidung zwischen Prinzipien, Zielen und Gestaltungsansätzen ist im Kern klar, die Grenzen sind aber fließend. Pragmatische Verständigungen sind daher wichtiger als theoretische Klärungen bis in die Tiefe.

1. PRINZIPIEN

1.1. Grundlegende Prinzipien

- a) Für eine Strukturreform sind die grundlegenden normativen Setzungen der **Behindertenrechtskonvention** maßgebend. Sie knüpfen an Menschenrechten der auf Unterstützung angewiesenen Menschen an und fokussieren die Selbstbestimmung und Autonomie.
- b) Im Mittelpunkt stehen **TEILHABE** und Inklusion – Prinzipien, nach denen jeder Mensch so akzeptiert wird, wie er ist und das in den Vordergrund stellt, was für jeden vor dem Hintergrund seiner Biografie, Wertorientierung, weltanschaulichen Ausrichtung und sozialen Beziehungen an Dimensionen gesellschaftlicher **TEILHABE** elementar bedeutsam ist.
- c) Ausgangspunkt ist die **Selbstverantwortlichkeit** des Menschen, ohne seine Lebenslagen außer Acht zu lassen, die in unterschiedlicher Weise Handlungsspielräume für die Erhaltung der Selbstständigkeit und ein selbstverantwortliches Leben eröffnen.
- d) Die Sicherung von **PFLEGE** und **TEILHABE** basiert auf gelebter **Solidarität** in Familien, Nachbarschaften und Freundeskreisen und einer solidarischen sozialstaatlichen Absicherung der mit Abhängigkeit von Assistenz und **PFLEGE** verbundenen Risiken.

1.2 Gestaltungsprinzipien

- a) Für die Behindertenhilfe haben in den vergangenen Jahren Prinzipien der **Personenzentrierung** so-

wohl für die Methodik als auch für die Ausgestaltung von Hilfen an paradigmatischer Bedeutung gewonnen. Das soll auch für die **PFLEGE** gelten. Die Unterstützungsleistungen müssen sich auf die Person und ihre Ressourcensituation fokussieren.

- b) Eine zentrale Rolle spielt der in der **PFLEGE** bislang weithin vernachlässigte **Lebensweltbezug**. Er reflektiert die kulturellen Prägungen, individuellen und kollektiven Deutungen der Lebenssituation für die Gestaltung der Unterstützung von Menschen mit Bedarf an **PFLEGE** und **TEILHABE**. Hieraus leitet sich der **Ortsbezug** der Hilfen ab.
- c) Das **Subsidiaritätsprinzip** verbürgt, dass das Soziale in Familien, Nachbarschaften oder anderen kleinen Einheiten gesellschaftlicher Selbstorganisation geschieht. Dem folgend wird es gerade angesichts des demografischen und sozialen Wandels darum gehen, traditionelle und gewachsene sowie neue Formen sozialer Unterstützung in kleinen Lebenskreisen zu würdigen, zu fördern und zu initiieren. Dabei sollten gemeinwirtschaftlich orientierte Unterstützungsnetzwerke sowie genossenschaftliche Ausgestaltungen gegenseitiger Hilfen auf lokaler Ebene eingebunden werden.
- d) **PFLEGE** und **TEILHABE** können angesichts des demografischen Wandels nur generationsübergreifend gestaltet werden. Das Prinzip der generationsübergreifenden Arbeitsansätze bezieht sich sowohl auf Solidaritätsformen (Alt für Jung, Jung für Alt und intragenerativ) als auch auf die Gestaltung von Infrastrukturen für **PFLEGE** und **TEILHABE**, die sich stärker als bisher **generationsübergreifend** ausrichten müssen – sowohl unter kulturellen als auch unter ökonomischen Gesichtspunkten.

1.3 Verfahrensprinzipien

Bei einem Ansatz, der auf die spezifischen Lebensbedingungen der zu pflegenden und betreuenden Person abhebt, die Selbstverantwortlichkeit der Sozialbürger betont und die Einbettung der Leistungen für Sorge, **PFLEGE** und **TEILHABE** in wohlfahrtspluralistischen Arrangements vorsieht, sind folgende Prinzipien leitend: **Transparenz** – offengelegte Kriterien für Leistungen der **PFLEGE** und **TEILHABE**

Partizipation – Beteiligung an der Entwicklung von Qualitätskriterien

Aushandlung – Verständigung auf Ziele und Maßnahmen

Selbstverantwortlichkeit – Fähigkeit zum verantwortlichen Umgang mit der Lebenssituation und den zur Verfügung stehenden Ressourcen

Grundlagen hierfür bieten modular angelegte Assessment-Tools und entsprechende Verfahren, das Prozedere für Aushandlungen über Ziele, Maßnahmen und relevante Qualitätsdimensionen sowie Koordination zwischen den beteiligten Akteuren und im Bedarfsfall die Zugänglichkeit zur und Verfügbarkeit von Case Management.

2. ZIELE

2.1 Grundlegende Ziele

Mit Blick auf den demografischen und sozialen Wandel kann weder alleine auf die bisher vorausgesetzte Leistungsfähigkeit der Familien noch auf umlagefinanzierte Sicherungssysteme für effiziente Leistungen der Sorge gesetzt werden. Das segmentierte soziale Sicherungssystem, so wie es heute angelegt ist, kann den mit den demografischen und sozialen Wandlungsprozessen verbundenen Leistungsanforderungen nicht gerecht werden.

- a) Mit einer Strukturreform von Teilhabe, Pflege und Erwachsenenschutz wird ein auf **Effizienz** hin angelegtes Sicherungssystem angestrebt, das bislang dysfunktionale **Schnittstellen** zwischen PFLEGE und Gesundheitsversorgung bearbeitet und lebensweltlich verankerte Sorgearrangements kosteneffizienter und flexibler zu gestalten hilft.
- b) Eine Strukturreform zielt auf eine **nachhaltige Sicherung** von PFLEGE und TEILHABE in einer Gesellschaft, die sich in einem demografischen und sozialen Wandel befindet.
- c) Ziel der Diskussion um die Strukturreform von PFLEGE und TEILHABE sowie Erwachsenenschutz ist die **politische Realisierbarkeit** und damit die Bezahl- und Steuerbarkeit des Gesamtsystems. Die Diskussion um die Strukturreform geht davon aus, dass es erhebliche Effizienzreserven im Gesamtsystem gibt.

2.2 Sozialpolitische Ziele

Zu den mit der Strukturreform angestrebten sozialpolitischen Zielen zählen

- a) die Stützung und Förderung von bewährten und neuen Formen informeller, nachbarschaftlicher, quartiersbezogener **und bürgerschaftlicher** Unterstützung,
- b) der wirksame **Schutz** von Menschenrechten, die Förderung der TEILHABE in den für die betroffenen Personen elementaren Lebensbereichen,
- c) die Stärkung ihrer **Selbsthilfefähigkeit**,
- d) die Förderung der **Lebensqualität**,
- e) der Vorrang **häuslicher und selbst organisierter** vor institutionellen und stationär geprägten Versorgungsformen.

2.3 Operative Ziele

Bei den operativen Zielen lassen sich materielle und verfahrensmäßige Ziele unterscheiden.

a) **Materielle** Ziele – dazu gehören:

1. Die sozialstaatlich zu garantierenden Leistungen sollen **bedarfsorientiert** sein.
2. Sie müssen **lebenslageorientiert** gestaltet werden und
3. sich an den Zielsetzungen der **Inklusion** orientieren, Menschen mit Unterstützungsbedarfen ein Höchstmaß an Humanität eröffnen, aber auch
4. **lebenslaufspezifische** existenzielle Dimensionen des Lebens, der Lebensgestaltung berücksichtigen.
5. Bei einem sozialrechtlich verankerten Anspruch auf Dienstleistungen haben diese dem allgemein anerkannten **Stand der jeweiligen Fachwissenschaften** zu entsprechen.
6. **Wahlrechte** hinsichtlich des Leistungsortes, der Leistungserbringer, der Leistungsform sind zu verankern.
7. Subjektive Dimensionen des **Wohlbefindens** sind zu beachten.
8. Der **Schutz** vor Gewalt, vor Menschenrechtsverletzungen, vor ungerechtfertigten Zwangsmaßnahmen ist wirksam zu gewährleisten.

b) **Verfahrensmäßige** Ziele sind:

1. **Information**, Durch- und Überschaubarkeit
2. Partizipative Verfahren**beteiligung**
3. Übergreifendes **Assessment**
4. Individuelle **Rechte** und kollektive (überindividuelle) **Schutzmechanismen** als Gestaltungsmechanismen

5. Aufhebung der Trennung zwischen ambulanten und stationären Leistungen
6. Wohlfahrtspluralistische Ansätze der Hilfestaltung
7. Die Priorisierung des individuellen Bedarfs wird mit Betroffenen ausgehandelt.

c) Zur Qualitätssicherung gehören:

Materielle und verfahrensmäßige Aspekte.

Die Aufgaben der Qualitätssicherung sind in eine funktionale Ordnung zu bringen. Zu differenzieren ist zwischen der

1. jeweils sicherzustellenden handwerklichen, professionellen Qualität der beteiligten Berufsgruppe,
2. der Aushandlungsqualität zwischen Subjekt, seinem sozialen Umfeld und dem Hilfesystem, der prozesshaften Betrachtung, inwieweit vereinbarte Ziele erreicht werden konnten und der
3. vor allem zivilgesellschaftlich zu thematisierende Lebensqualität.

3. GESTALTUNGSANSÄTZE

Lassen sich Prinzipien und Ziele nach gleichen oder ähnlichen Gesichtspunkten systematisieren, so ist das bei den Gestaltungsansätzen nur ansatzweise möglich. Prinzipien und Ziele sind überwiegend „kreuz und quer“ für verschiedene Ebenen der Gestaltung von Bedeutung.

Zu klären sind am Anfang einige grundlegende Begrifflichkeiten, die eine Rolle für die Reichweite des Gesetzgebungsvorschlags spielen. Die relevanten Begriffe sind

1. TEILHABE und Inklusion

als mögliche Oberbegriffe. Beide haben eine geringe operative Konturenschärfe, wenn man sie als Recht auf eine gleichberechtigte TEILHABE und den Anspruch auf eine diese TEILHABE ermöglichende Gestaltung allgemeiner gesellschaftlicher Verhältnisse definiert.

2. Krankheit und Behinderung

Beide Begriffe haben eine Funktion als Zugangsvoraussetzung für Eingliederungshilfe und PFLEGE und sind daher ungeeignet für die Abgrenzung zwischen den beiden Bereichen.

3. Pflegebedürftigkeit und Eingliederungshilfebedürftigkeit

Die Abgrenzung nach geltendem Recht ist unklar bzw. ungeklärt. Die Ursache liegt in zum Teil identischem Bedarf und folglich identischen Hilfsmaßnahmen. Die begriffliche Abgrenzung wird in der Debatte oft mit der Konkurrenz zwischen Versicherungsleistung und Fürsorgeleistung vermischt.

4. Hilfebedürftigkeit

Hier wird die Reichweite der Strukturreform angesprochen: Ein Gesetz für definierte Bedarfslagen oder Aufgreifen jedweden Hilfebedarfs.

5. Haushaltshilfen und -führung

Der Bedarf an Haushaltshilfen und -führung kann sich unabhängig von und neben dem Bedarf an PFLEGE und TEILHABE stellen und ist teilweise im Konzept der Pflegebedürftigkeit leistungsrelevant berücksichtigt. § 70 SGB XII räumt auch einen eigenständigen (Soll-)Anspruch auf Haushaltshilfen und -führung ein. Die Frage der Abgrenzung zur PFLEGE und TEILHABE ist sowohl inhaltlich als auch hinsichtlich der Zuständigkeit zu klären.

6. TEILHABE

Begriffsteil der Hilfe zur TEILHABE am Gemeinschaftsleben – im Gegensatz zur Hilfe zum Wohnen, zur Arbeit, zur Betreuung, zur Gesundheitshilfe, zur Grundpflege.

7. CURE und CARE

Zu den zentralen Begriffen der Strukturreform gehört eine Differenzierung in CURE und CARE. Unter CURE werden die medizinischen, medizinisch-pflegerischen und therapeutischen Leistungen verstanden, die durch Professionelle in den Bereichen Prävention, Kuration, Rehabilitation und Palliation geleistet und verantwortet werden. Aufgaben des Caring sind Alltagsgestaltung, hauswirtschaftliche Basisversorgung, personenbezogene Leistungen und Leistungen der Grundpflege. Bei der Gestaltung sind mehrere sich überlagernde Ebenen im Blick zu behalten.

3.1 Schutzebene

Wirksamer Schutz hat acht aufeinander aufbauende Elemente, wobei die institutionellen Instrumente einerseits alleine zu grobmaschig, andererseits zur Steu-

erung und Hilfe in besonderen Fällen notwendig sind. Die Elemente sind:

1. individuelle Vertragsrechte (Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz/WBVG)
2. Information und Beratung
3. sachgerechtes Assessment und Leistungsbestimmung und individuelles Case Management
4. persönliche Unterstützer (Verwandte, Betreuer, Paten)
5. soziale Aufmerksamkeit (Zivilgesellschaft, ortspolitische Instanzen)
6. leistungsrechtliche Qualitätssicherung (Pflegekassen und Sozialhilfeträger)
7. Ordnungsrecht (Heimaufsicht, Weiterentwicklung zum Schutzgesetz für Personen in Abhängigkeitsverhältnissen)
8. familienrechtlicher Schutz des Wohls (Betreuungsrecht/Erwachsenenschutzrecht)

3.2 Hilfebedarf

1. PFLEGE/Grundpflege
2. Behandlungspflege
3. Betreuung (Assistenz und Betreuung in rechtlicher Hinsicht)
4. TEILHABE, Alltagsgestaltung und soziale Kontakte
5. hauswirtschaftliche Basisversorgung

3.3 Steuerung

- a) individuelle Fallsteuerung:
1. Information und Beratung, trägerübergreifende Servicestellen, Individuelle Piloten

2. professionelles leistungsträgerübergreifendes Assessment
3. Case Management

b) Angebotssteuerung:

1. Vergaben, Ausschreibungen
2. Moderation zwischen den Akteuren
3. Akkreditierung
4. infrastrukturelle Voraussetzungen, Wohnungsbau, Wohnumfeldgestaltung, Verkehrswege, Begegnungsstätten
5. Quartiersmanagement
6. gemeinwirtschaftlich orientierte Unterstützungsnetzwerke sowie genossenschaftliche Ausgestaltungen gegenseitiger Hilfen auf lokaler Ebene
7. Budgetverfahren

3.4 Qualitätssicherung

1. handwerkliche Standards
2. Gesundheitsstatus, Funktionseinschränkungen
3. Qualität der Aushandlung über Ziele und Leistungen (Arrangement)
4. Wohlbefinden, Lebensqualität

3.5 Leistungsrecht

Im geltenden Recht sind die leistungsrechtlichen Vorschriften in einer bestimmten Hierarchie darzustellen.

1. Versicherungsansprüche (SGB V, SGB XI)
2. leistungsgesetzliche Ansprüche (Kinderförderungsgesetz, Bundesversorgungsgesetz)

Tabelle 3

Allgemeines Leistungsgesetz für Hilfebedarf Erwachsener		SGB XI	SGB V
Rechtsansprüche auf definierte Leistungen der Eingliederungshilfe (Teilhabe-geld)			
Rechtsansprüche auf Teilhabe in der Pflege nachrangig zum SGB XI		Budget für Pflege (Verrichtungen, Betreuungsleistungen)	Gesundheitsleistungen, Reha, Häusliche Krankenpflege, Pflegesteuerung
	Gewährleistung weiterer Hilfebedarfe		
Nachrangige Fürsorgeleistungen			
Außergewöhnliche Bedarfe		Außergewöhnliche Bedarfe	Ausgeschlossene Leistungen
Hilfe zum Lebensunterhalt	Kleine Haushaltshilfe		

3. nachrangige Fürsorgeansprüche (Anrechnung von Einkommen und Vermögen, Vorrang der Selbsthilfe, der privaten Hilfe und anderer gesetzlicher Ansprüche – SGB XII, KOF, die meisten Vorschriften des SGB VIII)
4. staatliche Gewährleistungspflichten (SGB VIII Altenhilfe, Öffentlicher Gesundheitsdienst, Gesetze der Länder/ÖGDG)

Zu diskutieren ist, wie weitgehend der Reformvorschlag ausgerichtet werden soll. Knüpft man an die Entwicklungen im Teilhaberecht an, ließe sich folgende Systematik ableiten: siehe *Tabelle 3* Seite 36.

3.6 Regelungskompetenz

Im föderalen System, vor allem nach der Verfassungsreform, ist die Regelungskompetenz ein besonderes Problem. Unbeschränkte Regelungskompetenz hat der Bund ausschließlich im Bereich der Sozialversicherung, nicht hinsichtlich der Kommunen. Die direkte Aufgabenzuweisung an die Kommunen ist nicht zulässig. Zu prüfen sind Möglichkeiten der abstrakten Aufgabenzuweisung an die kommunale Ebene (siehe Kinder- und Jugendhilfegesetz).

Möglich erscheint folgendes System:

- a) allgemeine Verantwortungszuschreibungen an die verschiedenen Akteure in Einweisungsvorschriften im SGB I
- b) bundesgesetzliche Regelungen zum Allgemeinen Leistungsgesetz, zu den Sozialversicherungsansprüchen und zum Fürsorgerecht – diese umfassen die Grundlagen der Qualitätssicherung
- c) bundesrechtliche Übertragung der Sicherstellung des trägerübergreifenden Assessments und der Servicestellen PFLEGE und TEILHABE auf die Länder
- d) evtl. bundesrechtliche Anpassung des Betreuungsrechts
- e) landesrechtliche Regelungen zu den kommunalen Steuerungsaufgaben (Folge: Konnexität)
- f) landesrechtliche Regelungen zum Ordnungsrecht (siehe Schutzebene)
- g) autonome kommunale Regelungen zur Infrastruktur
- h) Verankerung kommunaler finanzieller Eigeninteressen in den übergeordneten Regelungen (Problem: Konnexität)

Zu ergänzen ist dies wie bisher durch untergesetzliche Regelungen, zum Beispiel durch Vereinbarungen zu Qualitätsstandards, Vergütungen etc. Im föderalen System ist ein System ohne „Regelungslücken“ nicht möglich, sodass der Erfolg des Systems im Endeffekt von lokalen Entscheidungen und Aushandlungsprozessen geprägt werden wird.

3.7 Zuständigkeiten

Die Überlegungen der Autoren gehen davon aus, dass ein zivilgesellschaftlich-professioneller Hilfemix angestrebt wird.

3.7.1 Bestimmung der zuständigen Instanzen

- Selbsthilfe und Angehörige
- Zivilgesellschaft, Soziale Familie, Nachbarschaft, Genossenschaften
- professionelle Dienste
- staatliche Stellen

3.7.2 Hilfemix

Der Hilfemix kann nur unter Beachtung **sozialräumlicher Gegebenheiten** vor Ort gestaltet werden. Umgekehrt sollten die in dem Kombinationsmodell unter 3.6 angesprochenen Sozialleistungsträger für die Verwaltung der gegen sie gerichteten Leistungsansprüche zuständig sein. Daraus ergibt sich eine fast logische Zuständigkeitsverteilung, die aber Abstand nehmen muss von Vorbehalten gegenüber den örtlichen Trägern der Sozialhilfe.

3.7.3 Die Zuständigkeitsverteilung

Die Zuständigkeitsverteilung sieht vor:

1. sozialräumliche Koordinierung: örtliche Sozialbehörde
2. übergreifende Assessmentstelle für Leistungsvoraussetzungen (Vorbild NBA, Verknüpfung mit ICF ist inhaltlich zu klären): Assessment-Agentur auf Landesebene unter Einbeziehung von MDK, BA, Kommunen
3. Bedarfs-, Versorgungs- und Gesamtplanung: gemeinsam, örtliche Sozialbehörde unter Beteiligung aller anderen Leistungsträger
4. Beratung und Fallbegleitung: Steuerung durch gemeinsame Servicestelle PFLEGE und TEILHABE, örtliche Sozialbehörde, Durchführung von Kassen, Sozialbehörde, freien Beratungsstellen
5. Versicherungsleistungen: Kranken-/Pflegekassen

6. Qualitätssicherung der Versicherungsleistungen: Krankenkassen CURE/Pflegekassen CARE
7. personenbezogener (ordnungsbehördlicher) Schutz: Betreuungsbehörde und Aufsichtsbehörde über betreute Wohnformen (Landes- oder kommunale Behörde)
8. Teilhabegeld: örtliche Sozialbehörde in Bundesauftragsverwaltung
9. ergänzende Fürsorgeleistungen: Sozialamt

3.7.4 Kommunale Ebenen

Nach der gängigen kommunalen Zuständigkeitsregelung verteilen sich die relevanten Zuständigkeiten auf die Gemeinden (Bau- und Siedlungsplanung/All-

zuständigkeit) und die Kreise (örtlicher Träger der Sozialhilfe). Soweit dies nicht in den Ländern zusammengebracht wird (Großgemeinden, gemeindliche Sozialämter) müssen hierzu Kooperationen zwischen Kreisen und Gemeinden bei kreislicher Federführung (Argument: leistungsrechtliche Zuständigkeit) gestaltet werden.

3.7.5 Finanzierungszuständigkeit

Die Finanzierungszuständigkeit ist zu trennen von der Durchführungszuständigkeit.

Autoren



Rolf Hoberg: „Seit den 80er-Jahren arbeite ich an der Entwicklung der Pflegeversicherung mit und bin überzeugt, dass jetzt die große Chance für eine echte Weiterentwicklung da ist. In die Reformvorschläge bringe ich nicht zuletzt meine Erfahrung als ehemaliger Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg ein.“

Nach beruflichen Stationen u.a. als Referatsleiter im Sozialministerium Baden-Württemberg und im Vorstand des AOK-Bundesverbands engagiert sich Dr. Rolf Hoberg – seit 2011 im Ruhestand – u.a. auch im Verwaltungsrat des Wohlfahrtswerks Baden-Württemberg.



Thomas Klie: „Das Eckpunkte-Papier ist Ergebnis kollegialen Ringens um eine tragfähige Reformperspektive für die Pflege. Um ihre Zukunft mache ich mir große Sorgen. Nun liegt eine belastbare Diskussionsgrundlage für eine neue Pflege- und Teilhabepolitik vor. Ich hoffe, dass sie in der neuen Legislaturperiode aufgegriffen wird.“

Prof. Dr. Klie lehrt öffentliches Recht und Verwaltungswissenschaft an der Evangelischen Hochschule Freiburg und ist Privatdozent an der Universität Klagenfurt/Wien. Er ist u.a. Mitglied der 7. Altenberichts-Kommission und Vorsitzender der 2. Engagementberichts-Kommission der Bundesregierung.



Gerd Künzel: „Personenbezogene und menschliche Vorgehensweisen müssen klare Vorfahrt vor Institutioneninteressen haben. Das ist möglich, wenn Entscheidungen nahe bei den Menschen gebündelt werden, ohne dass die Kosten davonlaufen. Dafür brauchen wir strukturelle Voraussetzungen. Das treibt mich bei diesem Projekt an.“

Gerd Künzel – Präsidiumsmitglied im DRK Landesverband Brandenburg – war bis 2012 Abteilungsleiter im Brandenburgischen Sozialministerium. Mit Pflegepolitik und der Reform der Eingliederungshilfe auf Bundes- und Landesebene beschäftigt er sich seit den 90er-Jahren.



AGP

Sozialforschung
Social Research

STRUKTURREFORM PFLEGE UND TEILHABE

POLITIKENTWURF FÜR EINE NACHHALTIGE SICHERUNG VON PFLEGE UND TEILHABE

Die Autoren stellen in diesem Eckpunktepapier ihre **Empfehlungen für eine Gesetzesreform** dezidiert vor. In einer ausführlichen Analyse werden u.a. fiskalische Fehl-anreize und andere Defizite des derzeitigen Systems bewertet. Die Expertise listet konkrete Vorschläge zu einer Neuordnung des Leistungsrechts auf, stellt Bausteine für ein leistungsträgerübergreifendes System vor und macht Vorschläge für eine gesetzliche Umsetzung der Strukturreform PFLEGE und TEILHABE.

Eine **ökonomische Expertise** zur Verlagerung der Finanzierungskompetenz für medizinische Behandlungspflege in Pflegeheimen von der Pflege- in die Krankenversicherung (Gutachten von Prof. Dr. Heinz Rothgang und Dr. Rolf Müller) steht als Download bereit: AGP Sozialforschung www.agp-freiburg.de