

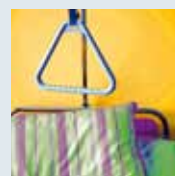


ECKPUNKTE

Strukturreform PFLEGE und TEILHABE

Von Rolf Hoberg, Thomas Klie, Gerd Künzel

KURZFASSUNG



Prävention

Alltagsgestaltung

IMPRESSUM

ECKPUNKTEPAPIER – KURZFASSUNG

Strukturreform PFLEGE und TEILHABE

JUNI 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

Förderer:

Robert Bosch **Stiftung**

Wir danken der Robert Bosch Stiftung für ihre Förderung der Arbeiten zur Strukturreform PFLEGE und TEILHABE und für die finanzielle Unterstützung der Publikationen und Multiplikatorenarbeit.

www.bosch-stiftung.de

Herausgeber:



Sozialforschung
Social Research

AGP Sozialforschung an der Evangelischen Hochschule Freiburg

www.agp-freiburg.de

Herstellung: GRIESHABER Redaktion + Medien, Bonn

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

Mr. Nico; sör alex / photocase.com

Auflage: 1.000 Exemplare

© Alle Rechte liegen bei der Arbeitsgruppe Strukturreform PFLEGE und TEILHABE



TEILHABE

VORWORT

Pflege und Teilhabe sozialpolitisch neu ordnen

Das Thema Pflege im Alter rangiert im Sorgenbarometer der Deutschen ganz oben. Die Mehrheit der Bevölkerung ist unsicher, ob für sie im Alter gesorgt sein wird. Der demografische und soziale Wandel verlangt nach einer zukunftsorientierten und nachhaltigen Pflegepolitik.

Für Millionen Familien ist es inzwischen Alltag, sich mit der Sorge für ihre Eltern auseinanderzusetzen. Die Frage, wie für die wachsende Zahl auf Pflege angewiesener Menschen und ihre Familien langfristig gesorgt werden kann, beschäftigt daher immer mehr Bürgerinnen und Bürger. Die Pflegeversicherung und auch der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff geben jedoch keine hinreichenden Antworten auf die sich abzeichnenden Versorgungsprobleme.

In der vergangenen Legislaturperiode ist es nicht gelungen, eine zukunftssichere und nachhaltige Pflege-reform auf den Weg zu bringen. Bei aller Enttäuschung hierüber bietet das nun notwendige weitere Ringen um eine große Pflegereform auch die Chance, die Weichen für eine Strukturreform PFLEGE und TEILHABE zu stellen.

Die Autoren dieses Eckpunktepapiers plädieren für eine grundlegende Reform von Pflege und Teilhabe – mit zum Teil einschneidenden Korrekturen in den bislang segmentierten Politikfeldern Gesundheit, Pflege und Teilhabe.

Die Eckpunkte beginnen mit einer Beschreibung der als zentral erachteten Defizite des aktuellen Systems. Es folgen Vorschläge für eine Strukturreform PFLEGE und TEILHABE auf der Grundlage einer Differenzierung von CURE und CARE. Formuliert werden drei zentrale Perspektiven für eine Strukturreform. Abschließend werden die hierfür notwendigen Bausteine vorgestellt.

Herausforderungen durch den demografischen und sozialen Wandel

Wenn es zukünftig gelingen soll, Menschen mit Assistenz- und Pflegebedarf menschenwürdig zu unterstützen, stehen wir die kommenden Jahrzehnte vor erheblichen Herausforderungen.

Eine mehrschichtige Dynamik trägt dazu bei:

- Die Zahl der auf Pflege angewiesenen Menschen steigt deutlich.
- Zugleich stehen pro Pflegbedürftigem immer weniger Angehörige zur Verfügung, die bereit oder in der Lage sind, eine zentrale Rolle in der Pflege und Sorge zu übernehmen.
- Es wird immer schwieriger, ausreichend Fach- und Hilfskräfte für die Pflege und Begleitung zu gewinnen.
- Die Finanzsituation wird prekärer.

Die notwendigen Reformen des Teilhabe- und Pflegeversicherungsrechts müssen an dieser Problemlage ausgerichtet werden. Dabei stehen im Vordergrund:

- die Stärkung familiärer, nachbarschaftlicher und örtlicher Versorgungsarrangements,
- eine effiziente Gestaltung professioneller Unterstützung,
- eine präventive und rehabilitative Ausrichtung der Hilfen,
- ein wirksamer Schutz der Menschen mit Assistenz- und Pflegebedarf.

Die alltäglichen Probleme, mit denen alte, behinderte und pflegebedürftige Menschen zu kämpfen haben, lassen sich – angesichts des demografischen und sozialen Wandels – allein mit einer Weiterentwicklung der Pflegeversicherung nicht lösen. Der

Grund liegt im gegliederten System der sozialen Sicherung: Die Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf kennt hier Leistungen der gesundheitlichen, hauswirtschaftlichen und pflegerischen Unterstützung sowie der sozialen Teilhabe. Die gesetzlichen Leistungsansprüche verteilen sich damit

- auf die **Pflegeversicherung** mit einem Teilleistungsanspruch bei Pflegebedürftigkeit,
- auf die **Krankenversicherung** mit einem umfassenden Sachleistungsanspruch bei Krankheit und Behinderung und
- auf die **Eingliederungshilfe** mit Leistungen zur Teilhabe als steuerfinanzierter Anspruch, der zum Teil nach Bedürftigkeitskriterien eingelöst wird.

Diese Leistungsvielfalt ist für die betroffenen Menschen nicht überschaubar und hat gerade bei hohem Hilfebedarf zur Folge, dass notwendige Leistungen zum Teil gar nicht oder häufig zu spät und unkoordiniert nebeneinander erbracht werden. Damit werden Chancen vertan, pflegebedürftige Menschen präventiv und rehabilitativ darin zu unterstützen, ihr Leben im gewohnten sozialen Umfeld aufrechtzuerhalten.

Die hier vorgetragenen Reformvorschläge stimmen mit den Bemühungen des Netzwerks Soziales Neu Gestalten (www.netzwerk-song.de) überein, das in seinen qualitätsbezogenen Arbeitsansätzen auf eine Konzeption vernetzter Hilfen ausgerichtet ist. Die gewonnenen Praxiserfahrungen dienen als Grundlage, der Politik eine Neuausrichtung zu empfehlen.



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.



Neue Ordnung: CURE und CARE

Die segmentierten Leistungen und Zuständigkeiten bedürfen einer neuen Ordnung und neuer Abgrenzungen, die Folgendes leisten müssen:

- Klare Abgrenzungen von leistungsrechtlichen Zuständigkeiten – vor allem zwischen Kranken- und Pflegeversicherung auf der einen und sozialer Teilhabe bzw. einem künftigen Bundesleistungsgesetz auf der anderen Seite.
- Abgestimmte und schlüssige Steuerungen zur Ausgestaltung des Leistungserbringungsrechts.
- Klare Verantwortung für die Ausgestaltung der Infrastruktur entsprechender Hilfen und der ihnen dienenden Leistungsformen.
- Klare Zuordnung der Kompetenzen von professionell Pflegenden und eine berufsrechtlich abgesicherte Konzeption der Berufsgruppen.

Als tragender Grundgedanke für eine Strukturreform bietet sich eine **Differenzierung von Pflege** an. Aus folgendem Grund: Die Pflegeversicherung versteht heute unter Sicherung der Pflege

- Pflegeleistungen,
- hauswirtschaftliche Leistungen,
- soziale Betreuungsleistungen.

In diesem Eckpunktepapier wird dagegen vorgeschlagen, den Inhalt dessen, was in Deutschland unter Pflege verstanden und nach den leistungsrechtlichen Vorschriften an Leistungen gewährt wird, in **CURE** und **CARE** zu unterscheiden. Diese Empfehlung findet sich bereits im 6. Altenbericht und im Endbericht zum Zukunftsdialog der Bundeskanzlerin. Durch eine Differenzierung in **CURE** und **CARE** sollen ein ganzheitliches Menschenbild und der Anspruch auf

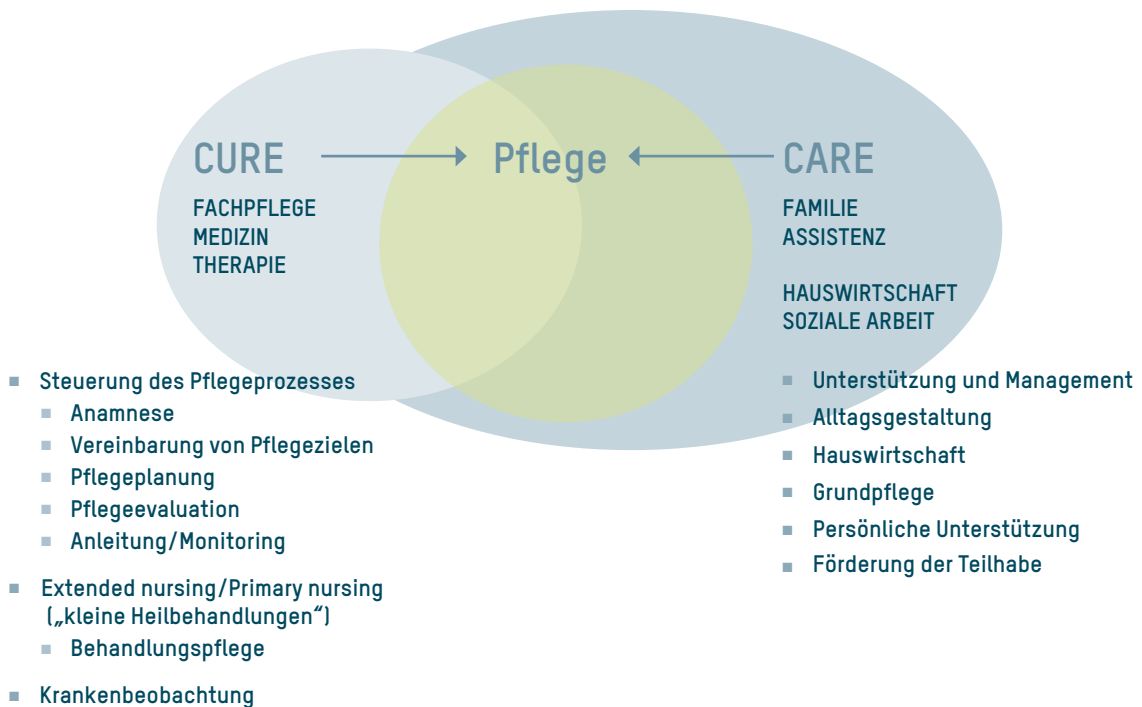
umfassende und koordinierte Unterstützung von auf Pflege angewiesenen Menschen befördert werden.

CURE: Als CURE werden medizinische, pflegerische und therapeutische Maßnahmen verstanden, die von professionellen Akteuren im Gesundheitswesen zur **Prävention, Kuration, Rehabilitation und Palliation** angeboten, geleistet und verantwortet werden.

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.

Die Steuerung von **CURE** und das Zusammenwirken mit **CARE** übernehmen die im CURE-Sektor Tätigen: Mediziner und Fachpflegende verantworten Diagnostik und Therapie, erarbeiten gleichberechtigt Behandlungs- und Pflegepläne und steuern den Behandlungs- und Pflegeprozess. Dabei beziehen sie je nach Ausgangssituation und Verlauf sowohl Angehörige, Freunde und Nachbarn des Pflegebedürftigen in die Versorgung mit ein als auch beruflich oder ehrenamtlich Helfende sowie Assistenzkräfte. Eigenverantwortliche Aufgaben der CARE-Akteure sind demgegenüber die Alltagsgestaltung, Organisation des Haushalts, Sozialkontakte etc. jenseits von Medizin und Fachpflege.

Eine auf der Unterscheidung von **CURE** und **CARE** basierende Abgrenzung von Leistungen und Zuständigkeiten könnte eine grundlegende Reform begründen, die in der Lage ist, den beschriebenen Defiziten zu begegnen.



Neuordnung des Leistungsrechts

Kernelement der Strukturreform ist eine Neuordnung des Leistungsrechts, die der Differenzierung in CURE- und CARE-Leistungen folgt.

Danach werden

- CURE-Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zugeordnet,
- CARE-Leistungen der Pflegeversicherung und der Eingliederungshilfe bzw. einem Bundesleistungsgesetz Teilhabe.

Während CURE-Leistungen die medizinisch-pflegerischen Aufgaben und die fachlich steuernden Aspekte betreffen, sind CARE-Leistungen konsequent auf die Ressourcen und den Bedarf an Hilfen zur Alltagsbewältigung von Pflegebedürftigen und ihrer Haushalte ausgerichtet. Sowohl im CURE- als auch im CARE-Bereich werden fachliche Beratung und Begleitung ergänzend angeboten.

Neue Finanzierungstechnik

Wegen der unterschiedlichen Zwecke und Steuerung der Leistungen für CURE und CARE ist eine neue Finanzierungstechnik gefragt:

- Für CURE: Sachleistungsprinzip mit Vollfinanzierung, ergänzt durch die Finanzierung von Leistungen zur Steuerung (medizinisch-pflegerische Versorgungs- und Hilfeplanung, Anleitung, Monitoring, Aushandlung).
- Für CARE: Abschaffung des Sachleistungsprinzips in der bisherigen Ausprägung bei Wahrung verbraucher-schützender Elemente und der Differenzierung der Leistungshöhe für privat organisierte und professionelle Pflege. Leistungen

müssen individuell und flexibel eingesetzt werden können und die Kosten zur Organisation der Alltagsgestaltung decken. Ein hoher Unterstützungsbedarf darf nicht automatisch zur Sozialhilfeabhängigkeit führen und muss daher leistungsrechtlich besser ausgestattet werden. Ein Bundesleistungsgesetz ergänzt die Pflegeversicherung und reduziert die Sozialhilfe. Dies muss mit einer Reform des Leistungsrechts der Teilhabe abgestimmt werden, dessen **Neuregelung in der nächsten Legislaturperiode** bevorsteht, da Pflege bei einem **teilhabeorientierten Pflegebedürftigkeitsbegriff** (auch) zu den Teilhabeleistungen gehört.

Integrierte Steuerung

Ein Hilfesystem muss den Defiziten begegnen, die seine Effizienz unterlaufen.

Die Mängel, um die es derzeit in der Praxis geht, zeigen sich in den Bereichen Aufmerksamkeit (für den Pflegeverlauf), Abklärung und Koordination. CURE und CARE brauchen daher leistungsträgerübergreifend sowohl ein neues Begutachtungswesen als auch eine Infrastruktur für den Aufbau von Care - und

Case Management. Um die strukturellen Probleme der Pflegestützpunkte zu überwinden, werden Servicestellen für Pflege und Teilhabe mit einer Vermittlungs- und Weiterleitungsfunktion eingerichtet, die je nach Konstellation und Bedarf auf ein Assessment hinwirken, Einzelfallbegleiter (sogenannte Piloten) oder ein umfassendes Case Management vermitteln (siehe dazu auch Seite 12).



Sozialräumliche Orientierung

DAS REFORMPAKET:

Im Fokus: Prävention, Rehabilitation, Vernetzung und Flexibilität

Um das Reformpaket verwirklichen zu können, werden folgende Maßnahmen vorgeschlagen:

■ Integration der Pflege in das SGB I und der Pflegeversicherung in das SGB IX

Die Pflege insgesamt wird übergreifend im SGB I beschrieben. Pflegeleistungen werden die 5. Leistungsgruppe der Teilhabeleistungen im SGB IX. Die Pflegeversicherung wird Reha-träger für die pflegerischen CARE-Leistungen und damit verbindlich in die (weiterzuentwickelnden) Kooperationsvorschriften des SGB IX eingebunden.

■ Behandlungspflege unabhängig vom Leistungsort

- Die Behandlungspflege wird auch im stationären Bereich zur Leistung der GKV. Durch die Trennung von CURE und CARE wird das Interesse der GKV an Prävention und Rehabilitation auf die stationäre Pflege ausgedehnt. Bürokratischer Abgrenzungsaufwand zwischen ambulanter und stationärer Behandlungspflege entfällt damit. Dienste können übergreifend von einem Träger organisiert werden. Das steigert die Flexibilität und Produktivität.

- Die Leistungsverchiebung von der Pflegeversicherung in die GKV kann beitragsatz- und wettbewerbsneutral gestaltet werden. In der Pflegeversicherung wird aus der Leistung für stationäre Pflege ein normierter Betrag herausgelöst und für alle stationär Versorgten als Gesamtbetrag in den Gesundheitsfonds überführt. Dort werden die Beträge auf die Krankenkassen morbiditätsentsprechend verteilt. Der im Einzelfall höhere Leistungsbedarf ist von der jeweiligen Krankenkasse zu tragen.

- Wenn die Behandlungspflege von der GKV getragen wird, können die Leistungen für stationäre Pflege in der Pflegeversicherung ohne Schlechterstellung des Einzelnen um genau diesen Betrag gesenkt werden. Damit ergibt sich eine Neubestimmung der Leistungshöhe zwischen dem stationären und ambulanten Bereich. Dies reduziert den Fehlanreiz zugunsten stationärer Pflege.



Rehabilitation

■ Umwandlung in Budgets

- Die als Sachleistung ausgestalteten Leistungsansprüche werden wertgleich in Geldbudgets (Sachleistungsbudgets) umgewandelt. Diese erlauben es Pflegebedürftigen, frei zwischen (lizenzieren, qualitätsgesicherten) Dienstleistern zu wählen. Die Höhe des Budgets wird so ausgestaltet, dass die Eigenbeteiligung bei zunehmendem Hilfebedarf prinzipiell gleich bleibt.
- Die Leistungsform des persönlichen Budgets soll auch für Leistungen der Pflegeversicherung geöffnet werden.
- Die Möglichkeit, die Gesamtleistung der Pflegeversicherung bei Bedarf für bestimmte Leistungskombinationen angemessen zu erhöhen, soll erhalten bleiben.
- Die unterschiedliche Höhe von Pflegegeldleistungen und Pflegesachleistungen bleibt unberührt. Aus zwei Gründen:
 1. Bei der Erbringung von Sachleistungen fallen Abgaben an. Das Pflegegeld wird dagegen steuer- und beitragsfrei ausbezahlt und muss allein deshalb niedriger ausfallen.
 2. Subsidiarität und Substitution sollen weiter befördert werden.

■ Steuerung des Pflegeprozesses als GKV-Leistung

Für eine wirkungsvolle Verschränkung der Pflege in CURE und CARE ist es erforderlich, die Steuerung des Pflegeprozesses bei den Fachpflegekräften zu konzentrieren und damit als eigenständige Leistung der GKV abzubilden.

■ Regie als Zuschlagsleistung für integrierten Schutz

Stationäre Versorgung gewährleistet Begleitung, Koordination und Schutz rund um die Uhr. Um flexible Versorgungsarrangements zu fördern, wird diese Besonderheit – bei vergleichbarer Versorgungssicherheit – zur eigenständigen Regieleistung und sowohl stationär als auch ambulant bei Sachleistungen abrechenbar gemacht.

■ (Pflege)Hilfsmittel-Versorgung angleichen

Die heute unterschiedliche Bereitstellung von (Pflege)Hilfsmitteln in der stationären und ambulanten Pflege beeinträchtigt die Entwicklung neuer Versorgungsformen. Für durchgängige Strukturen ist eine Angleichung unter Einbeziehung von Kranken- und Pflegeversicherung erforderlich.

Case Management

Pflegeprozess

Bessere Beratungsinfrastruktur

▪ Servicestelle Pflege und Teilhabe

- Das Informationsangebot heutiger **Pflegestützpunkte** ist grundsätzlich zu sehr auf den Leistungsbereich der Pflegeversicherung verengt und zu wenig mit der kommunalen Sozialarbeit verzahnt. In den Beratungen werden die örtlichen Angebote oft nicht ausreichend berücksichtigt.

Unser Vorschlag: Die Aufgaben der Pflegestützpunkte und Teilaufgaben der gemeinsamen Servicestellen werden in einer **Servicestelle Pflege und Teilhabe** zusammengefasst. Unter kommunaler Federführung wirken Kommunen, Krankenkassen und Pflegekassen zusammen und finanzieren die Stellen zu je einem Drittel.

- Hilfe- und pflegebedürftige Menschen haben gegenüber der **Servicestelle Pflege und Teilhabe** ein Antragsrecht auf Fallabklärung.
- Hausarzt, Gesundheitszentrum, Krankenhaus, Quartiersmanagement und MDK vermitteln die Klienten an die Servicestelle Pflege und Teilhabe. Diese kann im Auftrag des Klienten gegenüber Beratungs- und Assessment-Agenturen (MDK, Gesundheitsamt) und Sozialleistungsträgern initiativ werden und ein Case Management vermitteln.

▪ Gemeinsame Assessment-Agentur

- Um die Leistungsansprüche einer Person umfassend zu klären und ihre Versorgung zu planen und zu koordinieren, bedarf es einer weiteren und neu zu schaffenden Einrichtung: eine übergreifende **Assessmentagentur auf Landesebene für Pflege und Teilhabe**. Hier wird der Bedarf an Pflege und Rehabilitation ebenso festgestellt wie bei wesentlich Behinderten der Bedarf an Teilhabe am Arbeitsleben. In der (ggf. virtuellen) **Assessmentagentur** wirken MDK, die Bundesagentur für Arbeit, die Rentenversicherung und die kommunalen Arbeitsgemeinschaften zusammen.
- Für die Zusammenarbeit verschiedener Leistungsträger bei Hilfeplanung und Leistungsgewährung werden in Weiterentwicklung des SGB IX verbindliche Regelungen geschaffen, die nicht mehr von freiwilligen Vereinbarungen abhängen.

Bessere Koordination und Kooperation im Einzelfall

- **Budgets für Care - und Case Management**
Zur Förderung des vom Gesetzgeber mit der **Pflegeberatung** intendierten Care - und Case Managements wird den **Servicestellen Pflege und Teilhabe** ein Budget von 20.000 Euro zu Lasten der GKV zugeordnet. Hieraus kann für komplexe Versorgungsfälle ein von Dritten durchzuführendes Case Management finanziert werden. Das Leistungsbudget ist nach drei Jahren dem nachgewiesenen Bedarf anzupassen.
- **Individuelle Piloten zur Fallbegleitung**
Die Begleitung des **Einzelfalls** ist eine Aufgabe, die sowohl die Servicestelle als auch die Assessment-Agentur überfordert. Eine individuell verantwortliche Person (für die es Beispiele im CURE-Bereich mit der Spezialisierten Ambulanten Palliativen Versorgung (SAPV), bei einzelnen Krankenkassen als Modell des Patientenbegleiters und im CARE-Bereich als Modell des Pflegebegleiters oder Koordinators gibt), ist hier die Lösung – jeweils ergänzt um die Aufgaben der rechtlichen Betreuung oder Assistenz. 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.
- **Integrierte Versorgung: Überleitung in nachstationäre Pflege verbessern**
Die deutlich kürzere Verweildauer im Krankenhaus verstärkt bei pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen den Druck, in kurzer Zeit zu entscheiden, wo und wie es nach dem Klinikaufenthalt pflegerisch weitergehen soll – zu Hause oder in einem Pflegeheim. Damit hier sorgfältiger geprüft, geplant und entschieden werden kann, schlagen wir Folgendes vor: Durch weiterzuentwickelnde integrierte Versorgungsverträge der Kranken- und Pflegekassen mit Krankenhäusern, Ärzten, ambulanten Diensten, stationären Einrichtungen, Hilfsmittellieferanten und Apotheken wird die Überleitung vom Krankenhaus in die nachstationäre Versorgung auf Kreisebene verbessert. Als Finanzierungsanreiz sollen die über die heute bereits verpflichtend geregelten Aufgaben und Leistungen hinausgehenden Managementleistungen zu jeweils 50 Prozent als Verwaltungskosten aus dem Gesundheits- bzw. Ausgleichsfonds getragen werden.



Assistenz

Pflegeberatung

Sozialräumliche Orientierung: Kommunale Federführung als Grundprinzip

Auf institutioneller Ebene müssen Beratung und Koordination in der Region (Kreis- und Landesebene) zusammengeführt und in die kommunale Daseinsvorsorge als Pflichtaufgabe eingebettet werden, damit die CURE- und CARE-Aufgaben übergreifend bearbeitet werden.

Nur durch Koordination und Moderation auf kommunaler Ebene können die widersprüchlichen Steuerungen von wettbewerbsorientierter 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 der Bauleitplanung und Wohnraumversorgung, im Nahverkehr, in zivilgesellschaftlichen Netzwerken und setzt sich fort in der sozialräumlichen Koordination in Quartieren und Stadtteilen, bei der alle Lebensbereiche und Infrastrukturen in ihrem Zusammenhang gebündelt werden können.

Das betrifft die Handlungsfelder von

- SGB V – ambulante und stationäre Krankenversorgung,
- SGB IX – Assistenzdienste, Teilhabesachleistungen,
- SGB XI – Pflegedienste, stationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen, Wohngruppen, Freiwilligendienste,
- SGB XII – Altenhilfe, Hilfe zur Weiterführung des Haushalts.

Unterstützt werden muss dies durch Abstimmungen auf Landesebene im Rahmen der Zuständigkeiten bei Planung und Förderungen, zum Beispiel der Landeskrankenhausplanung, der Landespflegeplanung (u.a. Pflegestützpunkte), der Koordination Freiwilligendienste sowie im Rahmen der Stadt- und Dorfentwicklung. Die kommunale Federführung muss bei ausbleibenden Selbstverwaltungslösungen als Aufgangzuständigkeit geschaffen werden.

Grundpflege

Integrierte Versorgung

Pflege als Teilhabeleistung und Bundesleistungsgesetz

Durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist Pflege als eine Teilhabeleistung anzusehen, die ohne Beschränkung auf die Versicherungsleistungen im SGB I und SGB XI verankert werden muss. Die bei der Umsetzung des Fiskalpakts getroffene Verabredung, die Eingliederungshilfe in ein neues Bundesleistungsgesetz zu überführen, sollte dazu genutzt werden, ein übergreifendes Teilha-

begesetz zu schaffen, das nach Art und Schwere der Behinderung gestaffelte Teilhabeleistungen des Bundes vorsieht, die im Sinne eines Nachteilsausgleichs nicht nachrangig sind. Es sollte auch den Teilleistungscharakter des SGB XI ergänzen, die Ungleichbehandlung behinderter Pflegebedürftiger beenden und eine stimmige Verknüpfung mit den Teilhabeleistungen der Eingliederungshilfe ermöglichen.

Qualität – an Personen statt an Einrichtungen orientieren

Die Strukturreform macht auch den Weg frei für einen Paradigmenwechsel bei der Qualitätssicherung.

Wenn Menschen mit Pflege- und Hilfebedarf verlässlich assessmentgestützt begleitet werden und ihr Anspruch auf Beratung und Case Management sichergestellt ist, lassen sich die bisher vornehmlich institutionell ausgerichteten Aktivitäten zur Qualitätssicherung zu Gunsten einer personenbezogenen Qualitätssicherung zurücknehmen. Dieser Prozess müsste auch durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff unterstützt werden.

Zur pflegerischen Qualitätssicherung gehören im Wesentlichen die Evaluation des Hilfe- und Pflegeprozesses sowie die Sicherung der Selbstbestimmung des pflege- und hilfebedürftigen Menschen und seiner Präferenzen.

Der CURE-Bereich unterliegt den Qualitätsmechanismen des SGB V. Für den CARE-Bereich bleiben Qualitätsvorgaben ordnungsrechtlicher Art sowie für die zugelassenen oder zertifizierten Dienste geltende Vorgaben hinsichtlich der Struktur- und Prozessqualität verbindlich. Bei der Leistungsform des persönlichen Budgets werden Zielvereinbarungen zu den entscheidenden Instrumenten der Qualitätssicherung.

Pflegebedürftigkeitsbegriff



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.



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

AB JULI 2013:

LANGFASSUNG Strukturreform PFLEGE und TEILHABE

Die Autoren stellen ihre Empfehlungen für eine Gesetzesreform dezi-
diert in einer LANGFASSUNG dieses Eckpunktepapiers vor. In einer
ausführlichen Analyse werden u.a. fiskalische Fehlanreize und andere
Defizite des derzeitigen Systems bewertet. Die Expertise listet konkre-
te 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.

Ökonomische Berechnungen der hier erörterten Strukturreform stehen
ab Juli als Download bereit: AGP Sozialforschung www.agp-freiburg.de