



Pflegesystem den gesellschaftlichen Strukturen anpassen!

Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Weiterentwicklung der Pflege¹

I. Präambel

Seit Einführung des Gesetzes zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit begleitet der Deutsche Verein fachlich die Entwicklung und Umsetzung der fünften Säule des Sozialversicherungssystems. So hat er bereits im Jahr 2004 deutlich gemacht, dass er eine grundlegende Reform der Pflegeversicherung für dringend erforderlich hält.² Neben der Neubestimmung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit hat er unter anderem die Einführung persönlicher Budgets für pflegebedürftige Menschen gefordert. In seiner Stellungnahme im Jahr 2007 hat sich der Deutsche Verein ebenfalls ausführlich zum Reformbedarf in der Pflegeversicherung geäußert.³ In weiteren Positionen⁴ hat er Vorschläge zur Weiterentwicklung der Struktur der Pflegeversicherung unterbreitet, ein neues Verständnis der Pflegebedürftigkeit und

¹ Verantwortliche Referentin im Deutschen Verein: Jana Henneberger. Die Empfehlungen wurden auf der Grundlage der Beratungen in der AG Pflegereform in der Geschäftsstelle des Deutschen Vereins erarbeitet und nach Beratung im Fachausschuss „Alter und Pflege“ am 11. Juni 2013 vom Präsidium des Deutschen Vereins verabschiedet.

² Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Reformbedarf in der Pflegeversicherung vom 14. Juli 2004, NDV 2004, 261 ff.

³ Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Eckpunktepapier des Koalitionsausschusses: „Reform zur nachhaltigen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung“ vom 1. August 2007, NDV 2007, 340 ff.

⁴ Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) vom 5. Dezember 2007, NDV 2008, 1 ff.; Diskussionspapier zur Abgrenzung der Begriffe und Leistungen in einem neuen Verständnis der Pflegebedürftigkeit vom 1. Oktober 2008, NDV 2008, 435 ff.; Stellungnahme zu den Ergebnissen und Beratungen des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs vom 18. März 2009, NDV 2009, 117 f.; Stellungnahme zum Entwurf eines Pflege-Neuausrichtungsgesetzes vom 28.03.2012 vom 18. Mai 2012, NDV 2012, 329 ff.

die Gestaltung von Schnittstellenproblemen diskutiert sowie zu aktuellen Gesetzesvorhaben Stellung genommen.

Es gilt, pflegebedürftigen Personen ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen. Eine selbstbestimmte Lebensweise erfordert die Sicherstellung der Unterstützung bei der Alltagsbewältigung, der medizinischen und pflegerischen Versorgung und der sozialen Teilhabe. Darüber hinaus sind die Vermeidung bzw. die Verringerung von Pflegebedürftigkeit von großer Bedeutung. Der Deutsche Verein hat auch bereits zahlreiche Vorschläge dazu unterbreitet, wie dem bisher nicht ausreichend umgesetzten Grundsatz **Prävention und Rehabilitation vor Pflege** besser Rechnung getragen werden kann.⁵ Politik und Gesellschaft sind vor große Herausforderungen gestellt. Gefordert sind Bund, Länder und Kommunen wie auch Wirtschaft, Wohlfahrt und Bürger/innen.

Zum Jahresende 2011 gab es in Deutschland insgesamt 2,5 Millionen Pflegebedürftige⁶ im Sinne des SGB XI. Das bedeutet im Vergleich zu 2009 einen Anstieg um 7 %.⁷ Prognosen gehen unter der Zugrundelegung von konstanten Diagnosefallquoten von 3,4 Millionen Pflegebedürftigen im Jahr 2030 und von 4,5 Millionen pflegebedürftigen Personen im Jahr 2050 aus.⁸ Dem steigenden Bedarf steht ein immer kleiner werdendes Potenzial an Fachkräften gegenüber. Bereits heute ist der Bedarf an Pflegefachkräften nur schwer zu decken. Die derzeitige Bundesregierung hatte mehrfach eine Pflegereform angekündigt, diese jedoch immer wieder verschoben. Erst am 29. Juni 2012 wurde vom Bundestag das Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) verabschiedet und seitens des Bundesrats am 21. September 2012 gebilligt. Statt einer umfassenden Reform handelt es sich im Ergebnis eher um einen kleinen Schritt. Seitens der Regierung wurde weder mit der Umsetzung des durch den ersten Expertenbeirat im Jahr 2009 vorgeschlagenen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs begonnen noch die zentrale Frage der finanziellen Nachhaltigkeit der sozialen Pflegeversicherung gelöst.

⁵ Prävention und Rehabilitation vor und bei Pflege umsetzen! Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Verringerung von Pflegebedürftigkeit vom 21. Juni 2011, in: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge: Empfehlungen für eine kommunale Infrastruktur für ältere und pflegebedürftige Menschen, Berlin 2011, 51–85.

⁶ Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2011, Deutschlandergebnisse.

⁷ Zur eingeschränkten Vergleichbarkeit der Werte mit früheren Erhebungen beachte Hinweis in Pflegestatistik 2011.

⁸ Statistische Ämter, Demografischer Wandel in Deutschland – Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern, Ausgabe 2010, 28 ff.

Mithin bleibt der Bundesgesetzgeber weiter aufgefordert, die Pflege so weiterzuentwickeln, dass sie den sich verändernden Bedürfnissen der pflegebedürftigen Menschen und den demografischen und finanzpolitischen Anforderungen gerecht wird ebenso wie dem Ziel, pflegebedürftigen Menschen ein Leben weitestgehend unabhängig von Leistungen der Sozialhilfe zu ermöglichen. Notwendig ist eine Reform des Systems der Pflege mit einer **gesamtkonzeptionellen Sichtweise**. Nicht nur das Leistungsrecht, sondern auch die Wechselwirkungen mit der Altenhilfe, der Behindertenhilfe, den Lebenslagen der pflegenden Angehörigen, dem sozialen Umfeld und der sozialen Infrastruktur in den Kommunen sind zu berücksichtigen. Notwendig ist der **Ausbau wohnortnaher, kleinräumiger, flexibler Pflegearrangements** und die Gestaltung eines intelligenten **Hilfe-Mix**, die Stärkung primärer Hilfenetze und die Einbeziehung von (qualifiziertem) freiwilligem Engagement sowie eine bessere Begleitung und wirksame Entlastung pflegender Angehöriger.⁹

Der Deutsche Verein nimmt die anstehenden Bundestagswahlen zum Anlass, seine Positionen zum Reformbedarf in der Pflege darzustellen, um sie in die aktuelle Diskussion einzubringen. Er richtet sich mit diesen Empfehlungen vorrangig an den (künftigen) Bundesgesetzgeber, trifft aber auch Aussagen, die für alle an der Pflege und an den Reformdiskussionen Beteiligten von Bedeutung sind.

II. Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff

Die Einführung eines neuen Begriffs von Pflegebedürftigkeit, der auf den Grad der Selbstständigkeit bei der Durchführung von Aktivitäten und bei der Gestaltung von Lebensbereichen abstellt, ist ein längst überfälliger Schritt. Durch den gegenwärtigen verrichtungsbezogenen Pflegebedürftigkeitsbegriff werden insbesondere demenzkranke Personen, aber auch andere psychisch Kranke oder Pflegebedürftige mit geistiger Behinderung nicht in hinreichendem Maße bei der Einstufung als Pflegebedürftige in der sozialen Pflegeversicherung berücksichtigt. Schon in seiner vorläufigen Stellungnahme zum Entwurf eines Pflege-Versicherungsgesetzes aus dem Jahre 1993 hat der Deutsche Verein darauf hingewiesen, dass bei der Regelung des leistungsberechtigten

⁹ Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Fachkräftegewinnung in der Altenpflege vom 14. März 2012, NDV 2012, 272 ff.

Personenkreis auch psychisch Kranke und Pflegebedürftige mit geistiger Behinderung nicht hinreichend berücksichtigt sind und die Definition der Pflegestufen zu wenig flexibel erscheint.¹⁰ In seinen weiteren Empfehlungen und Stellungnahmen hat er wiederholt die dringend notwendige Neuausrichtung der Pflegeversicherung angemahnt.¹¹ Die mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz einhergehenden punktuellen Leistungsverbesserungen im Bereich der ambulanten Pflege für demenziell erkrankte Menschen führen als Übergangsregelungen bis zur Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zu einem zunehmenden Flickwerk der Regelungen der Pflegeversicherung, wovon der Deutsche Verein bereits mehrfach gewarnt hat.¹²

Die Notwendigkeit und die Dringlichkeit der Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs bestehen fort. Ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff muss sich differenziert an den Lebenslagen orientieren und auf den **Grad der Selbstständigkeit** abstellen. Die Anknüpfung an das Ausmaß der Selbstständigkeit ermöglicht eine ganzheitlichere, auch kontextbezogene Wahrnehmung der Lebenslage der pflegebedürftigen Menschen und somit eine gerechtere Berücksichtigung der unterschiedlichen Beeinträchtigungen von Menschen. Erforderlich ist es, die Reform sofort zu Beginn der kommenden Legislaturperiode unter Berücksichtigung der Ergebnisse des Beirats zur Ausgestaltung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in Angriff zu nehmen.

III. Änderungen des Leistungsrechts

1. Leistung unabhängig von der Leistungsform

Als **Zielperspektive** sieht der Deutsche Verein die Aufhebung der Unterscheidung der Leistungsformen ambulant und stationär. Unabhängig vom jeweiligen Aufenthaltsort des Menschen mit Pflegebedarf müssen gleiche Leistungen durch die Pflegeversicherung orientiert am Grad der Selbstständigkeit erbracht werden. Der Deutsche Verein erachtet es in diesem Zusammenhang mit Blick auf die Schnittstellen zum SGB V als notwendig, die **Leistungen der medizinischen Behandlungspflege im stationären Bereich**

¹⁰ NDV 1993, 329 ff.

¹¹ NDV 2004, 261 ff.; NDV 2007, 340 ff.; NDV 2008, 1 ff.; NDV 2009, 117 f.; NDV 2010, 527 ff.; NDV 2012, 49 f.; NDV 2012, 329 ff.

¹² Stellungnahme zu den Eckpunkten zur Umsetzung des Koalitionsvertrages für die Pflegereform, NDV 2012, 49 f.; Stellungnahme zum Entwurf eines Pflege-Neuausrichtungsgesetzes vom 28.03.2012 vom 18. Mai 2012, NDV 2012, 329 ff.

systemgerecht in der gesetzlichen Krankenversicherung zu verankern.¹³ Die Finanzierung der Behandlungspflege darf nicht als Daueraufgabe bei der Pflegeversicherung verbleiben, weil dies in der Praxis zu erheblichen Unterschieden zwischen ambulanter und stationärer Versorgung führen kann.

Betroffen ist ferner **§ 43 a SGB XI**. Diese Regelung führt dazu, dass Pflegebedürftige von den Pflegekassen geringere Leistungen erhalten und somit benachteiligt werden, sobald sie in einer Einrichtung der Behindertenhilfe leben. Würden sie in einer Pflegeeinrichtung leben, stünden ihnen die vollen Leistungen der Pflegekassen zu. Die rechtliche Ungleichbehandlung nach dem Wohnort bzw. der leistungsrechtlichen Klassifizierung der Einrichtung muss aufgehoben werden. Sofern versicherte behinderte Menschen pflegebedürftig sind, müssen ihnen unabhängig davon, wo und wie sie leben, die Leistungen der Pflegeversicherung vollumfänglich zur Verfügung stehen.¹⁴

Durch ein Gesamtkonzept ist für alle Leistungsbereiche für pflegebedürftige, behinderte und ältere Menschen sukzessive die Trennung der Leistungsformen ambulant und stationär zugunsten einer **Durchlässigkeit der Versorgungsformen** aufzuheben.¹⁵ Pflegebedürftigen Menschen muss der Zugang zu der für sie gewünschten optimalen Versorgungsform offenstehen. Bis zur Auflösung der Grenzen der Leistungsformen sollte der Grundsatz „ambulant vor stationär“ besser umgesetzt werden (siehe dazu unten). In diesem Zusammenhang wird darauf hingewiesen, dass das mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz einhergehende Nebeneinander der Bemessung der Vergütungen nach Zeitaufwand und nach Komplexleistungen in der Praxis zu Umsetzungsproblemen führt. Insofern sollte eine annehmbare Lösung gefunden werden.

2. Persönliches Budget

Der Deutsche Verein hat bereits mehrfach gefordert, die Erbringung von Pflegesachleistungen im übergreifenden persönlichen Budget nach dem SGB IX mittels

¹³ Erste Überlegungen für ein Gesamtkonzept der Betreuung und Versorgung pflegebedürftiger, behinderter und alter Menschen und ihrer Teilhabe am Leben in der Gesellschaft vom 3. Mai 2006, NDV 2006, 306 ff.

¹⁴ Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Weiterentwicklung zentraler Strukturen in der Eingliederungshilfe vom 13. Juni 2007, NDV 2007, 245 ff.

¹⁵ Erste Überlegungen für ein Gesamtkonzept der Betreuung und Versorgung pflegebedürftiger, behinderter und alter Menschen und ihrer Teilhabe am Leben in der Gesellschaft vom 3. Mai 2006, NDV 2006, 306 ff.

Gutscheinen abzuschaffen und eine Übernahme der Pflegeleistung im Budget in Form einer echten Geldleistung zu ermöglichen.¹⁶ Leistungsberechtigte der Pflegeversicherung können gemäß § 35 a SGB XI in Verbindung mit § 17 Abs. 2 bis 4 SGB IX ein trägerübergreifendes persönliches Budget beantragen. Allerdings dürfen nach dieser Norm die Pflegesachleistung, die Kombinationsleistung und die Tages- und Nachtpflege nur in Form von Gutscheinen zur Verfügung gestellt werden, die zur Inanspruchnahme von zugelassenen Pflegeeinrichtungen nach dem SGB XI berechtigen. Die mit der Leistungsoption des persönlichen Budgets verfolgte Zielsetzung, Selbstbestimmung und Eigenverantwortung zu stärken sowie passgenaue, individuelle Hilfen zu ermöglichen, ist durch § 35 a SGB XI infolge der verminderten Variations- oder Gestaltungsmöglichkeiten stark eingeschränkt. Ziel muss es sein, die Sachleistungen der Pflegeversicherung mit anderen sozialrechtlichen Leistungen kompatibel zu machen. Erforderlich ist die **Öffnung des § 35 a SGB XI** dahingehend, dass die Pflegesachleistung in voller Höhe als Geldleistung budgetfähig wird. Hier sollte Voraussetzung sein, dass durch regelmäßigen Nachweis der Leistungsberechtigten gewährleistet ist, dass die Budgetleistungen durch sozialversicherungspflichtig beschäftigte Personen erbracht werden.¹⁷ Notwendig sind eine hinreichende Qualitätssicherung, ein intelligentes Qualitätsmanagement und die Bereitstellung eines hinlänglichen Beratungsangebots.

Persönliche Budgets im Sinne einer betragsmäßig bestimmten, für einen festgestellten Bedarf ausgekehrten Summe Geldes ermöglichen den Budgetempfänger/innen, ein eigenverantwortlicheres und selbstbestimmteres Leben zu führen. In der Pflegeversicherung besteht bisher lediglich im Rahmen von Modellprojekten gemäß § 8 Abs. 3 SGB XI die Möglichkeit, die Leistungsform des personenbezogenen Pflegebudgets zu erproben.¹⁸ Perspektivisch spricht sich der Deutsche Verein für die bundesweite **Einführung** echter persönlicher Budgets auch in der Pflegeversicherung – zunächst im Rahmen einer Erprobungsklausel – aus (**Pflegebudgets**). Eine

¹⁶ Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) vom 5. Dezember 2007, NDV 2008, 1 ff.; Diskussionspapier zur Gestaltung der Schnittstelle zwischen der Eingliederungshilfe und der (Hilfe zur) Pflege unter Berücksichtigung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der Reform der Eingliederungshilfe vom 21. September 2010, NDV 2010, 527 ff.

¹⁷ Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) vom 05.12.2007, NDV 2008, 1 ff.

¹⁸ Seit April 2010 lässt der GKV-Spitzenverband ein Modellvorhaben zum Thema „Budgets in der sozialen Pflegeversicherung“ durchführen. Im Mittelpunkt des Modellvorhabens stehen Gestaltungsoptionen im Zusammenhang mit einer künftigen Änderung des § 35 a SGB XI. Das Projekt ist für einen Zeitraum von 4,5 Jahren angelegt.

hinreichende Qualitätssicherung, ein intelligentes Qualitätsmanagement und die Bereitstellung eines hinlänglichen Beratungsangebots ist auch hier unerlässlich.

3. Häusliche Tagespflege

Der Deutsche Verein hält es bis zur Einführung eines Pflegebudgets für sinnvoll, die qualitätsgesicherte häusliche Tagespflege als **besondere Form der Tagespflege/-betreuung** in das SGB XI aufzunehmen. Diese wurde im Rahmen eines Modellprogramms zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung erfolgreich erprobt.¹⁹ Da es sich dabei nicht um eine zugelassene Einrichtung im Sinne des § 71 Abs. 1 SGB XI handelt, muss eine neue gesetzliche Grundlage geschaffen werden.

4. Stärkung und Entlastung pflegender Angehöriger

Um dem Ziel „Stärkung der häuslichen Pflege“ näherzukommen, müssen entsprechende Anreizstrukturen geschaffen bzw. weiter ausgebaut werden. Im Besonderen muss die Zusammenarbeit mit und die Unterstützung von pflegenden Angehörigen verbessert werden. Pflegende Angehörige tragen die Hauptlast der Pflege. Eine **qualifizierte, umfassende Beratung** pflegender Angehöriger ist das Fundament, um Pflegebereitschaft und Pflegefähigkeit zu erhalten, die häusliche Pflegesituation zu stabilisieren und eine stationäre Versorgung zu vermeiden oder hinauszuzögern.²⁰

Daneben benötigen pflegende Angehörige oftmals auch **Schulungen** zur Durchführung der Pflege, **psychosoziale Begleitung** und **flexible Unterstützungs- und Entlastungsangebote**. Insbesondere Tages- und teilstationäre Betreuungsformen und die Kombination ambulanter Pflegesachleistungen mit Tages- oder Nachtpflege (§ 41 SGB XI) schaffen Freiräume und helfen Beruf und Pflege zu vereinbaren.²¹ Unterstützungsangebote nach § 45 c SGB XI sollten konsequent im Zusammenwirken von Kommunen und Pflegekassen sowie den Trägern von Einrichtungen und Diensten der Altenpflege ausgebaut und pflegende Angehörige im Rahmen der Angebotsentwicklung als Expert/innen in eigener Sache einbezogen werden.

¹⁹ Projekt „Entwicklung qualitätsgesicherter häuslicher Tages- und Kurzzeitpflege“ gemäß § 8 Abs. 3 SGB XI – SOWieDAheim.

²⁰ Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Fachkräftegewinnung in der Altenpflege vom 14. März 2012, NDV 2012, 272 ff.

²¹ Ebenda.

Im Hinblick auf die Kurzzeitpflege hält es der Deutsche Verein für angezeigt, § 37 Abs. 2 Satz 2 SGB XI bzw. § 38 Satz 4 SGB XI, die trotz Änderung durch das Pflege-Neuausrichtungsgesetz noch immer zu § 34 Abs. 2 SGB XI in einem gewissen Ungleichgewicht stehen, entsprechend anzupassen.²² Es sind keine Gründe ersichtlich, die es rechtfertigen, dass im Rahmen der Kurzzeit- und Verhinderungspflege das Pflegegeld nur zur Hälfte, aber im Falle einer vollstationären Krankenhausbehandlung in voller Höhe weitergezahlt wird. Zudem fordert der Deutsche Verein, die **Kurzzeitpflege**, die als Übergangsvorsorge nach Krankenhausaufenthalt eine große (rehabilitative) Bedeutung hat, **ebenso wie die teilstationäre Pflege weiter auszubauen**.²³ Beispielsweise sollte im Rahmen eines verantwortlichen Überleitungsmanagements die Kurzzeitpflege als Krankenhausnachsorge auch Betroffenen, die weniger als sechs Monate pflegebedürftig sind, zugänglich sein, wenn ein vorübergehender medizinisch-pflegerischer Nachsorgebedarf besteht.

Der Deutsche Verein regt weiter an, den **Satz 2 des § 39 SGB XI** ersatzlos zu **streichen**. Zur weiteren Stärkung der häuslichen Pflege sollte die Wartezeit für die Inanspruchnahme der Verhinderungspflege gänzlich entfallen. Dies wäre eine aus Sicht der pflegenden Personen außerordentlich wichtige und wirksame Unterstützung.²⁴

Erforderlich sind darüber hinaus **neue, professionell begleitete Strukturen**, in denen professionell Pflegende, pflegende Angehörige, freiwillig Engagierte und nachbarschaftliche Hilfen künftig in geteilter Verantwortung Aufgaben der Pflege und Unterstützung erbringen.

Pflege als gesamtgesellschaftliche Aufgabe umfasst auch die **soziale Absicherung** der informell Pflegenden. So ist die mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz eingeführte Änderung des § 19 Satz 2 SGB XI, wonach Rentenversicherungsbeiträge durch die Pflegeversicherung zugunsten einer Pflegeperson nunmehr auch abgeführt werden, wenn

²² Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Entwurf eines Pflege-Neuausrichtungsgesetzes vom 28.03.2012 (PNG) vom 18. Mai 2012, NDV 2012, 329 ff.

²³ Prävention und Rehabilitation vor und bei Pflege umsetzen! Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Verringerung von Pflegebedürftigkeit vom 21. Juni 2011, in: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge: Empfehlungen für eine kommunale Infrastruktur für ältere und pflegebedürftige Menschen, Berlin 2011, 51–85.

²⁴ Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Entwurf eines Pflege-Neuausrichtungsgesetzes vom 28.03.2012 (PNG) vom 18. Mai 2012, NDV 2012, 329 ff.

die Pflegeperson mehrere pflegebedürftige Personen zusammen mindestens 14 Stunden wöchentlich pflegt, zwar ein Schritt in die richtige Richtung. Die bestehenden Probleme werden dadurch allerdings nur unzureichend gelöst. Um die rentenrechtliche Absicherung von pflegenden Angehörigen in hinreichendem Maße zu gewährleisten, wäre es erforderlich, die Höhe der Beiträge unabhängig von der Pflegestufe der pflegebedürftigen Person zu entrichten. Allein der Zeitaufwand bzw. die Einschränkung der Selbstständigkeit sollte über die Höhe der Beitragsleistungen entscheiden.

Hinsichtlich einer besseren Vereinbarkeit von Pflege und Beruf stellt das Familienpflegezeitgesetz ebenfalls nur einen ersten Schritt dar. Notwendig insofern ist die Etablierung eines **Rechtsanspruchs auf Familienpflegezeit**.²⁵

IV. Wohnortnahe Pflegeinfrastruktur

1. Quartiers-/Sozialraumorientierung

Die mit dem demografischen Wandel einhergehenden Probleme in der pflegerischen Versorgung können durch eine Gestaltung der Pflegeinfrastruktur abgemildert werden. Der Erfolg der angestrebten Weiterentwicklungen in der Pflege ist von einer am Leitbild der Inklusion und möglichst weitgehenden Barrierefreiheit ausgerichteten Sozialraumgestaltung abhängig.²⁶ Älteren und pflegebedürftigen Menschen muss ein würdevolles und möglichst selbstbestimmtes Leben ermöglicht werden; sie sollen so lange wie möglich in der eigenen Häuslichkeit verbleiben können. Dies bedingt eine Anpassung der gesetzlichen und weiteren Rahmenbedingungen, die sich unmittelbar auf die Gestaltung der lokalen Pflegeinfrastruktur auswirken.²⁷ Anzustreben ist ein **barrierefreies Lebensumfeld**, das alle Menschen mit und ohne Behinderungen, alte und junge Menschen, Menschen mit oder ohne Migrationshintergrund selbstbestimmt

²⁵ Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend für ein Gesetz zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf (Familienpflegezeitgesetz – FamPflegeZG), NDV 2011, 148 ff.

²⁶ Eckpunkte des Deutschen Vereins für einen inklusiven Sozialraum vom 7. Dezember 2011, NDV 2012, 15 ff.

²⁷ Selbstbestimmung und soziale Teilhabe vor Ort sichern! Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Gestaltung einer wohnortnahen Pflegeinfrastruktur vom 8. Dezember 2010, in: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge: Empfehlungen für eine kommunale Infrastruktur für ältere und pflegebedürftige Menschen, Berlin 2011, 7–49.

gemeinsam nutzen und mitgestalten können.²⁸ Ein wichtiges Element ist dabei eine **integrierte wohnortnahe Sozialberatung vor Ort in kommunaler Hand**, an die sich bei Bedarf eine spezialisierte Weiterberatung anschließen kann.²⁹

Eine konsequente Orientierung an einer Unterstützung der möglichst weitgehenden Selbstständigkeit in der eigenen Häuslichkeit und eine präventive Ausrichtung der Pflegepolitik erfordern einen Paradigmenwechsel. Das SGB XI muss sich stärker an den Bedürfnissen Pflegebedürftiger in der häuslichen Umgebung orientieren. Rahmenbedingungen und Anreizstrukturen müssen quartiersbezogen ausgerichtet sein. Der Deutsche Verein sieht es als notwendig an, im Rahmen des Landesrechts, aber auch des Bundesrechts und in den darauf beruhenden Vereinbarungen eine **stärkere Quartiers- und Gemeinwesenorientierung** zu etablieren.³⁰

Obwohl die gesetzliche Pflegeversicherung als Teilleistungssystem konzipiert ist, haben die Pflegekassen im Rahmen ihrer Leistungsverpflichtung den Sicherstellungsauftrag für eine bedarfsgerechte und gleichmäßige pflegerische Versorgung. Im Gegensatz zur kommunalen Ebene eignen sich die Pflegekassen nur bedingt als Akteure für das Quartiersmanagement. Jedoch ist eine Konkretisierung des Sicherstellungsauftrags dahingehend sinnvoll, dass die Pflegekassen auch die Aufgabe haben, auf eine quartiersorientierte Versorgung hinzuwirken.³¹ Denn bedarfsgerecht sind nur solche Angebote, die den individuellen Pflegebedarf der Versicherten erfüllen; dies sind vorrangig Angebote, die quartiersbezogen sind. Kranken- und Pflegekassen haben entsprechende Kooperationen auf lokaler Ebene einzugehen.

2. Rolle der Kommunen

In besonderer Weise kommt den Kommunen als den zentralen Orten der Daseinsvorsorge Verantwortung für die **Gestaltung der konkreten Lebensbedingungen der alternden Gesellschaft** zu. Unterschiedliche regionale

²⁸ Eckpunkte des Deutschen Vereins für einen inklusiven Sozialraum vom 7. Dezember 2011, NDV 2012, 15 ff.

²⁹ Ebenda, 17.

³⁰ Selbstbestimmung und soziale Teilhabe vor Ort sichern! Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Gestaltung einer wohnortnahen Pflegeinfrastruktur vom 8. Dezember 2010, in: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge: Empfehlungen für eine kommunale Infrastruktur für ältere und pflegebedürftige Menschen, Berlin 2011, 7–49.

³¹ Ebenda.

Gegebenheiten in der kommunalen Infrastruktur erfordern unterschiedliche Lösungen. Die besondere Stellung der Kommunen, die die notwendige Kleinräumigkeit bieten, sollte auf der Ebene der Infrastrukturgestaltung stärkere Berücksichtigung finden.

Kommunale **Entscheidungs- und Planungsprozesse** sind auf die Ziele „Gestaltung teilhabe- und pflegegerechter Kommunen“ und „Stärkung der Selbsthilfepotenziale“ auszurichten.³² Die Planung sollte unter der Beteiligung aller relevanten anderen Planungsbereiche (Altenhilfeplanung, Bauleitplanung, Verkehrsinfrastrukturplanung) auf der örtlichen und überörtlichen Ebene erfolgen. Es sollten rechtliche Verfahren etabliert werden, die sicherstellen, dass eine Abstimmung der lokalen Planungsaktivitäten auch mit relevanten Planungen für größere Räume (insbesondere der Bedarfsplanung im Gesundheitsbereich) erfolgt. Zudem sind Menschen, die ein erhöhtes Risiko haben, pflegebedürftig zu werden, sowie Unterstützungspersonen (Angehörige, Ehrenamtliche etc.) und Anbieter der Alltags-, Versorgungs- und Unterstützungsinfrastruktur als Zielgruppen von Pflegeinfrastrukturplanung zu berücksichtigen. Bestehende Steuerungsinstrumente auf lokaler Ebene (z.B. „Pflegeziele“, Zielvereinbarungen oder Pflege- und Gesundheitskonferenzen) sollten auch für die Planung und Evaluation der Pflegeinfrastruktur genutzt werden. Kooperationen auf lokaler Ebene und in der Region sind zu intensivieren und verbindlich zu gestalten. Hinsichtlich bestehender Pflegestützpunkte ist eine gute Zusammenarbeit und Vernetzung zwischen Pflege- und Krankenkassen, Kommunen und Anbietern unabdingbar.³³

Kommunen sind auf Steuerungselemente angewiesen, die eine Beeinflussung der örtlichen Angebotsstruktur durch die Kommune über den derzeit gegebenen Rahmen hinaus ermöglichen. Sie benötigen in Bezug auf die Gestaltung der Angebotsstrukturen **mehr Kompetenzen** und mehr Ressourcen. Die Kommunen können die Sicherstellung der Infrastruktur im pflegerischen und pflegeergänzenden Bereich wie der gesamten Altenhilfe aktiv zudem nur unter der Voraussetzung einer **hinreichenden Finanzausstattung** leisten.³⁴

³² Ebenda.

³³ Ebenda.

³⁴ Ebenda; Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Reformbedarf in der Pflegeversicherung vom 14. Juli 2004, NDV 2004, 261 ff.

V. Verhältnis zur Eingliederungshilfe

Während Leistungen der Eingliederungshilfe für den vollstationären Bereich gemäß § 55 SGB XII, § 13 Abs. 3 S. 3 HS 2 SGB XI auch Leistungen der Pflege umfassen, können Personen außerhalb von vollstationären Einrichtungen sowohl Leistungen der Pflegeversicherung als auch der Eingliederungshilfe nebeneinander beziehen.

Auf die Notwendigkeit, eine eindeutige gesetzliche Abgrenzung zwischen Eingliederungshilfe und Pflegeleistungen zu schaffen, hat der Deutsche Verein bereits mehrfach hingewiesen.³⁵ In seinem Diskussionspapier zur Gestaltung der Schnittstelle zwischen der Eingliederungshilfe und der (Hilfe zur) Pflege unter Berücksichtigung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der Reform der Eingliederungshilfe hat er verschiedene Lösungen vorgestellt.³⁶ Aufgrund des durch das Pflege-Neuausrichtungsgesetz eingeführten § 124 SGB XI (häusliche Betreuung) wird sich die Notwendigkeit der Abgrenzung zwischen den Leistungen nach dem SGB XI und den Leistungen der Eingliederungshilfe insbesondere beim ambulant betreuten Wohnen voraussichtlich noch verstärken.³⁷ Derzeit gibt das Gesetz innerhalb der Pflege nur die pragmatische Vorgabe, dass im Falle der häuslichen Betreuung die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung sichergestellt sein müssen (§ 124 Abs. 3 SGB XI). Der Deutsche Verein weist erneut darauf hin, dass die pflegeversicherungsrechtliche Umsetzung eines neuen Verständnisses von Pflegebedürftigkeit eine enge Abstimmung mit den Diskussionen zum Verhältnis der Eingliederungshilfeleistungen und den Leistungen nach dem SGB XI erfordert.³⁸ Eine **gesetzgeberische Klärung der Schnittstellenproblematik** ist in jedem Falle unumgänglich.

³⁵ Erste Überlegungen für ein Gesamtkonzept der Betreuung und Versorgung pflegebedürftiger, behinderter und alter Menschen und ihrer Teilhabe am Leben in der Gesellschaft vom 3. Mai 2006, NDV 2006, 306 ff.; Diskussionspapier zur Abgrenzung der Begriffe und Leistungen in einem neuen Verständnis der Pflegebedürftigkeit vom 1. Oktober 2008, NDV 2008, 435 ff.; Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Entwurf eines Pflege-Neuausrichtungsgesetzes vom 28.03.2012 (PNG) vom 18. Mai 2012, NDV 2012, 329 ff.

³⁶ NDV 2010, 527 ff..

³⁷ Gutachten vom 21. September 2012, http://www.deutscher-verein.de/04-gutachten/2012/Gutachten_vom_21_September_2012_Nr_14_11; BT-Drucks. 17/12042, 22 f.

³⁸ Diskussionspapier zur Abgrenzung der Begriffe und Leistungen in einem neuen Verständnis der Pflegebedürftigkeit vom 1. Oktober 2008, NDV 2008, 435 ff.

VI. Finanzierung

Der Deutsche Verein mahnt den Gesetzgeber an, gesetzliche Regelungen hinsichtlich einer nachhaltigen Finanzierung der Pflegeinfrastruktur einschließlich der Pflegeversicherung zu treffen, die den finanziellen Anforderungen unter Einbeziehung der Effekte eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der demografischen Entwicklungen mit Weitsicht begegnen.³⁹ Ob der durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz geschaffenen Regelung eine verlässliche und hinreichende Dynamisierung zugrunde liegt, sollte überprüft werden.

Der Deutsche Verein zweifelt an, dass die mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz eingeführte Förderung einer privaten Pflegeversicherung (§§ 126 ff. PNG) die Frage der finanziellen Nachhaltigkeit lösen kann. Die Pauschalförderung einer freiwilligen privaten Pflegezusatzversicherung ist nicht sinnvoll. Eine **langfristig nachhaltige und ausreichende Finanzierung des gesamten Systems** mit dem Ziel, pflegebedürftigen Menschen ein Leben weitestgehend unabhängig von Leistungen der Sozialhilfe zu ermöglichen, muss auf absehbare Zeit erfolgen.

VII. Fazit

Die notwendige **Neuausrichtung der Pflege** ist in der kommenden Legislaturperiode **unverzüglich in Angriff zu nehmen**. In erster Linie bedarf es dringend der **politischen Umsetzungsentscheidungen** hinsichtlich des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, dessen Grundlagen schon seit Längerem ausgearbeitet sind. Die weiteren Reformschritte dürfen keinesfalls weiter aufgeschoben werden.

³⁹ Stellungnahme zum Eckpunktepapier des Koalitionsausschusses: „Reform zur nachhaltigen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung“ vom 1. August 2007, NDV 2007, 340 ff.; Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) vom 5. Dezember 2007, NDV 2008, 1 ff.