

Thomas Klie
Michael Ranft
Nadine-Michèle Szepan

ECKPUNKTE Strukturreform PFLEGE UND TEILHABE II

Pflegepolitik als Gesellschaftspolitik

Ein Beitrag zum pflegepolitischen Reformdiskurs



Kuratorium
Deutsche Altershilfe

Kurzfassung

Vorwort

Vor gut 25 Jahren wurde die Pflegeversicherung in Deutschland eingeführt. Sie war und ist eine sozialpolitische Errungenschaft, die den Dynamiken des demografischen Wandels Rechnung trägt, indem sie „Pflegebedürftigkeit“ als allgemeines und sozialstaatlich abzusicherndes Lebensrisiko versteht. Sie ist darauf angelegt, im Zusammenspiel der unterschiedlichen staatlichen Ebenen – Bund, Länder, Kommunen und Sozialversicherungsträger – gemeinsam mit der Zivilgesellschaft, den beteiligten Professionen und Leistungserbringern (Verbänden) fachliche, infrastrukturelle und finanzielle Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass Menschen mit Pflegebedarf gut versorgt und Teil der Gesellschaft sind und bleiben.

Die Pflegeversicherung befindet sich in einem Prozess der dauerhaften Weiterentwicklung und Anpassung an fachliche, aber auch demografische Dynamiken. Nicht zuletzt die Corona-Pandemie hat gezeigt: Eine grundlegende Reform der Pflegeversicherung ist unabweisbar:

- Gleichwertige Lebensverhältnisse für auf Pflege angewiesene Menschen und ihre An- und Zugehörigen sind zu gewährleisten – das ist aktuell nicht der Fall.
- Die Menschenrechte von auf Pflege angewiesenen Menschen sind wirksamer zu sichern – eine der Lektionen der Corona-Krise.
- Der neuen Professionalität und Eigenständigkeit der Pflege ist Rechnung zu tragen – das verlangt etwa die generalistische Ausbildung.
- Sektorengrenzen sind zu überwinden – sie stehen in der Praxis bedarfsgerechten Versorgungskonzepten im Wege.
- Ihre Finanzierung bedarf einer Revision – das hat auch Bundesgesundheitsminister Spahn (an)erkannt.

Bereits 2013 hat ein Autorenteam mit breiter fachlicher und fachpolitischer Unterstützung ein Papier zur „Strukturreform von PFLEGE und TEILHABE“ – unterstützt durch die Robert Bosch Stiftung – veröffentlicht.¹ Anknüpfend an die seinerzeit vorgelegten Reformvorschläge, die eine breite Resonanz fanden, wird mit dem von Tho-

mas Klie, Nadine-Michèle Szepan und Michael Ranft erstellten Text „Strukturreform PFLEGE und TEILHABE II“² mit Blick auf die kommende Legislatur ein Reformpapier vorgelegt – diesmal eingebunden in einen Diskussions- und Dialogprozess, der seit Februar 2019 im Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) verortet war und ist.

Ebenso wie in dem Papier 2013 steht der auf Pflege angewiesene Mensch und sein Umfeld im Fokus der pflege- und teilhabepolitischen Überlegungen: Es kommt darauf an, dass Menschen mit Pflegebedarf und ihre An- und Zugehörigen Bedingungen guten Lebens vor Ort vorfinden, dass ihre Grund- und Menschenrechte gewahrt und ihnen ein sozial integriertes, ihren Präferenzen und Weltanschauungen entsprechendes Leben ermöglicht wird – flankiert und ermöglicht durch gute professionelle Unterstützung. Pflegenden Angehörige dürfen nicht durch unzureichende Infrastruktur und aus finanziellen Zwangslagen in ihrer Entscheidung zur Übernahme von Pflegeaufgaben bestimmt werden.

Die Bedeutung des Ortes, an dem Menschen mit Pflegebedarf leben, wird in den Vordergrund gerückt. Vor Ort, in den Kommunen und in den Lebenswelten von auf Pflege angewiesenen Menschen entscheidet sich, ob ein Leben mit Pflegebedarf gelingt.

Eine dritte Kontinuität zwischen dem hier vorgelegten und dem 2013 vorgestellten Papier liegt in der Betonung sozialer Teilhabe. Inzwischen ist das Bundesteilhabegesetz vollständig in Kraft getreten. Die paradigmatischen Orientierungen – Personenzentrierung, die methodische Ausrichtung – aushandlungsorientierte Teilhabepflege, sowie die Perspektive der Partizipation, der sozialen Zugehörigkeit und sozialen Teilhabe spielen auch für ein Leben mit Pflegebedarf eine elementare Rolle: auch das ist eine Lektion der Corona-Pandemie.

Schließlich knüpft das Papier an Vorstellungen sektorenübergreifender Versorgungs- und Infrastrukturen an, die auch beim Papier „Strukturreform PFLEGE und TEILHABE I“ leitend waren. Insofern wird aufeinander bezogener Case und Care Management-Strukturen, einer systematischen Sozialraumentwicklung und regionalen

¹ Hoberg et al. 2013.

² Klie et al. 2021.

und kommunalen Planung besondere Bedeutung zugemessen.

Das Papier erscheint mit Blick auf die kommende Legislatur und enthält Bausteine für eine Pflegepolitik der 20. Legislaturperiode, die – so ist zu hoffen – dem Thema Pflege das Gewicht gibt, das es verdient als eines der Top-Themen der Sozial-, Familien- und Gesellschaftspolitik.

Die neun Reformbausteine der Strukturreform PFLEGE und TEILHABE II

1

Vom Objekt zum Subjekt: Der Mensch, seine Bedarfe, seine Präferenzen und seine Rechte stehen im Mittelpunkt

Jeder auf Pflege angewiesene Mensch ist anders. Jeder auf Pflege angewiesene Mensch hat ein Recht und einen Anspruch darauf, dass seine Menschen- und Grundrechte gewahrt werden. Es kommt darauf an, so das Credo des Papiers, dass sich die Leistungen der Pflegeversicherung, aber auch der anderen Leistungsträger konsequent an der Person orientieren, an seinen Ressourcen, seinen Präferenzen und seinen Bedarfen. Es reicht nicht aus, auf Pflege angewiesenen Menschen einen Pflegegrad zuzuweisen. 52 Prozent der Pflegebedürftigen beziehen Pflegegeld. Sie, aber auch alle anderen auf Pflege angewiesenen Menschen, verdienen eine aufmerksame Begleitung und Beratung, die Präventions- und Rehabilitationspotentiale ebenso in den Blick nehmen, wie die Überlastung von pflegenden Angehörigen, Risiken fachlich unangemessener Pflege und Hinweise auf Menschenrechtsverletzungen. Vorgeschlagen wird, dass die Aufgaben des Medizinischen Dienstes (MD) erweitert werden. Durch ein systematisches Risikoscreening der Lebens- und Pflegesituation im Begutachtungsverfahren lassen sich rechtzeitig die benannten Risiken identifizieren, kann ihnen begegnet werden und kann man Menschen mit Pflegebedarf die Hilfe und Unterstützung angeeignet lassen, die ihnen eine bedarfsgerechte, an ihren Präferenzen orientierte und ihre Menschenrechte schützende Begleitung eröffnet.

2

Professionelle Pflege stärken und nutzen

Eine pflegfachliche Begleitung ist in jedem Pflegesetting zu gewährleisten. Nicht zuletzt die Corona-Pandemie hat gezeigt, wie maßgeblich ein wirksamer Gesundheitsschutz für die Gewährleistung der gesundheitlichen Versorgung von dem eigenständigen Beitrag der Profession der Pflege abhängt. Jeder auf Pflege angewiesene Mensch hat – unabhängig vom Status der Pflegebedürftigkeit – ein Recht auf pflegfachliche Begleitung. Dies muss in jedem Pflegesetting gewährleistet werden und unabhängig sein von der gewählten Leistungsart oder -form. Die Steuerung des Pflegeprozesses ist gem. § 4 Pflegeberufgesetz eine Vorbehaltsaufgabe der Fachpflege. Sie ist als eigener Leistungstatbestand in ihrer Bedeutung für die Gewährleistung guter Pflege und des Gesundheitsschutzes im Leistungsrecht der gesetzlichen Kranken- und sozialen Pflegeversicherung zu verankern.

3

Sektorengrenzen überwinden: Eine Pflegewelt ohne Barrieren

Eine effiziente, bedarfsgerechte und auf den Sozialraum hin ausgerichtete pflegerische Versorgung muss die bisher dominanten System- und Sektorengrenzen zwischen ambulant und stationär, zwischen gesetzlicher Krankenversicherung und sozialer Pflegeversicherung überwinden. Insofern gilt es, die Leistungen aus unterschiedlichen Sektoren aufeinander zu beziehen, eine übergreifende Hilfeplanung zu institutionalisieren und auf diese Weise eine effiziente, personenzentrierte Versorgung zu ermöglichen. In der Langzeitpflege wurden – nicht nur in den letzten Jahren, sondern vor allem in der aktuellen Legislatur – die Sektorengrenzen zwischen ambulant und stationär vertieft: Die vollstationäre Pflege folgt anderen Finanzierungsregeln als die häusliche und ambulante Versorgung. Auch diese Sektorengrenzen gilt es im Sinne einer Pflegewelt ohne Sektoren zu überwinden. Dies kann durch eine Angleichung der Finanzierungsbedingungen und flexibilisierte, modularisierte respektive budgetbasierte Leistungen gelingen. In diesem Sinne werden vier für alle Sektoren gleichermaßen

geltende Finanzierungssäulen der Langzeitpflege vorgeschlagen. Auch aus diesem Grund kann einer allein den stationären Bereich berücksichtigende Finanzierungsreform, die nur ihr Augenmerk auf eine Begrenzung der Eigenanteile richtet – nicht zugestimmt werden. Eine Finanzreform darf nicht ohne eine Strukturreform bleiben (vgl. Abb. 1).

4

Innovation fördern, das Leistungsrecht flexibilisieren: Vom Leistungskomplex bis zum Budget

Das Ziel, die Sektorengrenzen zu überwinden, ist zu verbinden mit einer konsequent sozialraumorientierten Infrastrukturentwicklung, in der der

Versorgungsauftrag sich jeweils auf die Bedarfe der Regionen respektive des Sozialraums beziehen. Der Sicherstellungsauftrag beschränkt sich nicht auf die Vorhaltung von Heimplätzen, sondern ist in dem Sinne einzulösen, dass auf Pflege angewiesene Menschen dort, wo sie leben, auf entsprechende sie unterstützende vielfältige Infrastrukturen zurückgreifen können. Dies setzt voraus, dass die in den bisherigen Kategorien als vollstationär, teilstationär und ambulant agierenden Akteure ihren Versorgungsauftrag erweitern können, dass neue und innovative Wohn- und Versorgungsformen unter zivilgesellschaftlicher Beteiligung unterstützt und individuelle Pflegearrangements ermöglicht werden. Um dieses Ziel zu erreichen, wird die Flexibilisierung des Leistungserbringungsrechts vorgeschlagen (vgl. Abb. 2).



Abb. 1: Strukturreform mit Finanzierungreform verbinden | Quelle: Klie 2021

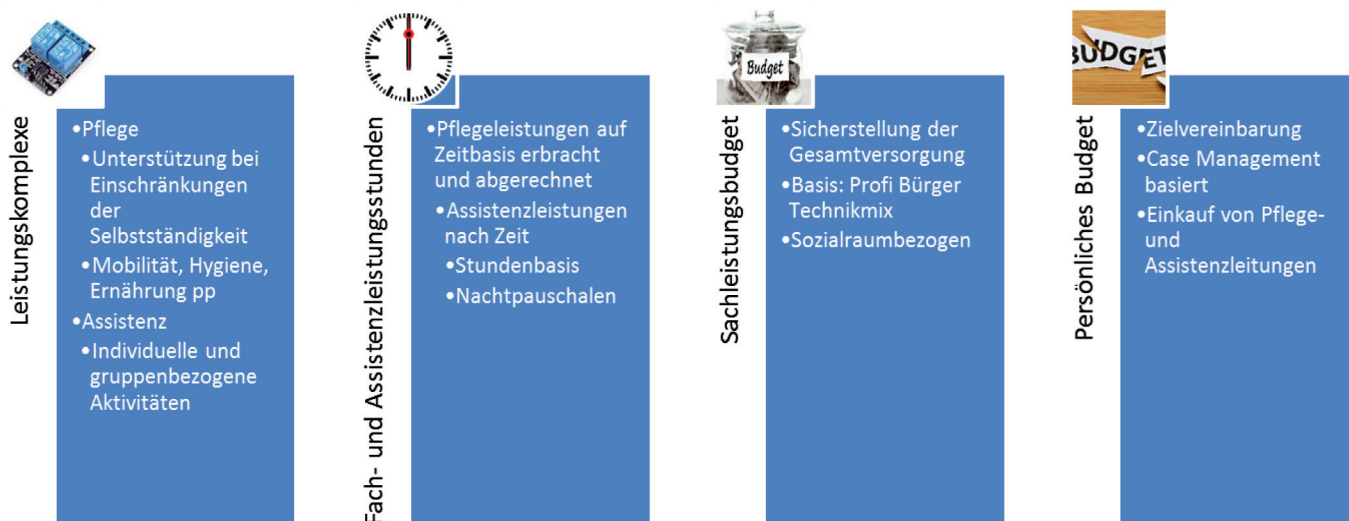


Abb. 2: Leistungserbringungsrechtliche Optionen | Quelle: Klie 2020

5

Effektive Pflege- und Teilhabegovernance: Case und Care Management regional gewährleisten

Eine subsidiär ausgerichtete Pflegesicherung unterstützt solidarische Formen informeller Pflege durch Beratung, Case Management und flankierende sowie entlastende Unterstützung. Sie sorgt schließlich für eine effiziente Kooperation der an der Versorgung beteiligten Professionen und Institutionen und dies in einer sektorenübergreifenden Perspektive. Um in diesem Sinne eine effiziente Governance vor Ort zu gewährleisten, sind für besonders komplexe Fallkonstellationen Case Management-Angebote vorzusehen und weiterzuentwickeln, die verbunden mit einem systematischen regional verankerten und kommunalen Care Management auf eine qualitätsgesicherte und bedarfsgerechte Infrastruktur einerseits und effiziente Kooperationsstrukturen und Koordination andererseits hinwirken. Schließlich sind auf regionaler und kommunaler Ebene datenbasierte Planungsprozesse für die weitere Infrastrukturentwicklung zu verankern. Die Länder haben die Kommunen durch Aufbereitung relevanter Daten, die sich sowohl auf den Personalbedarf, als auch auf den Bedarf an unterschiedlichen Versorgungsformen beziehen, zu unterstützen. Auf der Basis systematisch ausgewerteter Case Management-Fälle, der in Care Management-Zusammenhängen gewonnenen Erkenntnisse, mit Hilfe verlässlicher und prognostischer Daten werden die Grundlagen für eine bedarfsorientierte Infrastrukturentwicklung vor Ort geschaffen. Dies gelingt im engen Zusammenwirken zwischen Pflege- und Krankenkassen, Kommunen, Leistungserbringern und der örtlichen Bürgerschaft und Zivilgesellschaft. Infrastrukturdefizite, die einer bedarfsgerechten Versorgung entgegenstehen, und notwendige und erfolgversprechende Innovationen sind durch die Kommunen aufzugreifen.

6

Infrastrukturdefiziten begegnen: Gleichwertige Lebensbedingungen in der Pflege schaffen

Die Bürger*innen in Deutschland können keineswegs sicher sein, dass sie überall in Deutschland

die Rechtsansprüche, die die Pflegeversicherung einräumt, einlösen können. Die Infrastrukturdefizite sind eklatant. Keinesfalls ist eine bedarfsdeckende und präferenzorientierte pflegerische Infrastruktur gewährleistet. Die Einlösung des gesetzlich geregelten Sicherstellungsauftrages wird im geltenden Recht der Pflegeversicherung nicht eingelöst. Ohne eine Gesamtkonzeption der Infrastrukturverantwortung und die Sanktionierung derselben sind gleichwertige Lebensbedingungen in der Pflege in Deutschland nicht zu gewährleisten. Eine unzureichende Infrastruktur geht auf Kosten der auf Pflege angewiesenen Menschen und der pflegenden Angehörigen. Von daher wird es für dringend erforderlich gehalten, im Zusammenwirken von Bund, Ländern und Kommunen den Sicherstellungsauftrag auch und gerade dort, wo Marktmechanismen versagen oder ihn gefährden, klar zu regeln, ein Monitoring über die bedarfsgerechte Infrastrukturentwicklung und -prognose landesrechtlich zu verankern und auf kommunaler Ebene Planungsverpflichtungen vorzusehen. Da es sich bei der Pflege um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe handelt, sie davon lebt, dass sich die jeweilige örtliche Zivilgesellschaft an der Sorgepolitik beteiligt, ist die Planung stets unter Beteiligung der Bürgerschaft und zivilgesellschaftlichen Akteure zu gestalten.

7

Pflege findet vor Ort statt: Kommunale Handlungsebene stärken

Ob Pflege gelingt, ob ein gutes Leben mit Pflegebedürftigkeit möglich ist, hängt zentral von den Lebensbedingungen, aber auch von den infrastrukturellen Voraussetzungen vor Ort ab. Pflege dient der Teilhabe, dient einem Leben, das dem pflegebedürftigen Menschen elementar bedeutsame Dimensionen menschlichen Lebens sichert. Dazu gehört die Integration in Dorf- und Quartierszusammenhänge, dazu gehören Teilhabeoptionen am kulturellen und gesellschaftlichen Leben, der Zugang zur Natur und die Bedeutsamkeit in sozialer Interaktion. Ob und wie dies gelingt, ist abhängig von der Sorgeskultur und -struktur vor Ort. Insofern kommt den Gemeinden und Kreisen im Rahmen der Daseinsvorsorge eine zentrale Funktion für die Gestaltung von Lebensbedingungen für auf Pflege angewiesene Menschen zu. Ihre Kompetenzen sind zu stärken und ihre Ressourcen zu verbessern.

8

Grenzen standardisierter Qualitätssicherung: Investitionen in Innovationen fördern

Das deutsche System der Langzeitpflege braucht Innovation. Dies wird auch von der Bevölkerung gefordert und präferiert. Sowohl die Hospize als auch ambulant betreute Wohngemeinschaften stehen für Innovationen in der Langzeitpflege. In ihnen verwirklichen sich Formen des Zusammenwirkens von Profis, An- und Zugehörigen und der Zivilgesellschaft. In ihnen werden effiziente Formen gemeinsamer Sorge und geteilter Verantwortung experimentiert. Das Walzbachtaler Modell und Buurtzorg stehen für sozialraumorientierte Konzepte, die die Solidaritätsressourcen des Ortes systematisch einbeziehen. Derartige Innovationen gilt es im Sinne der Einlösung der Infrastrukturverantwortung ebenso zu stärken, wie die Entwicklung von Angeboten für bisher vernachlässigte Zielgruppen, wie etwa FTD-Betroffene, für junge Pflegebedürftige und Menschen mit Pflegebedarf, die über eine Migrationsgeschichte verfügen. Die lokale Kultur, aber auch bestimmte Formen der Diversität (LSBTTIQ) verlangen nach besonderen Wohn- und Versorgungsformen. Nicht die Investition des Staates in Heimplätze, sondern vielmehr die Investitionen in die Infrastruktur ergänzende und sicherstellende Innovationen sind gefragt. Hierfür sollte im Zusammenhang mit Konzepten regionaler integrierter Versorgung im Gesundheitswesen ein Innovationsfonds jenseits von Modellprojekten geschaffen werden.

9

Digitalisierungspotentiale nutzen und vom Bedarf der Menschen her entwickeln

Nicht zuletzt die Corona-Pandemie hat gezeigt, wie wichtig digitale Kommunikation und digitale Unterstützung in der Pflege sein können. Ob über Telemedizin, digitale Beratungstools, Instrumente digitaler Kommunikation bis hin zur sozialen Plattform sind die Potentiale der Digitalisierung auch für Pflegehaushalte zu erschließen und dies in einer Weise, dass (möglichst) alle Bürger*innen von den Potentialen der Digitalisierung in der Pflege profitieren können.

Diese neun Reformbausteine bilden den Kern des Papiers „Strukturreform PFLEGE und TEILHABE II“. Fragen mit einer Strukturreform verbundenen Finanzierungsreform werden in der Langfassung³ aufgegriffen. Dabei wird die Forderung erhoben, **keine Finanzierungsreform ohne Strukturreform** auf den Weg zu bringen. Der im Frühjahr 2021 vom BMG in die fachpolitische Diskussion beförderte Reformvorschlag, der i.W. eine Deckelung des Eigenanteils von Heimbewohner*innen zum Gegenstand hat, vernachlässigt den dringenden Reformbedarf in der häuslichen Pflege und hinsichtlich einer sektorenübergreifenden Versorgungsstruktur in der Langzeitpflege. Auch Fragen der Personalgewinnung für die Langzeitpflege werden in der Langfassung behandelt. Dabei werden eine deutliche Erweiterung des Berufsgruppenkonzeptes und eine klare Profilierung der professionellen Pflege gefordert. Schließlich werden in der Langfassung auch die Belange pflegender Angehöriger in den Blick genommen, auf denen bis heute das System der deutschen Pflegeversicherung kalkuliert ist.

Das Thema Langzeitpflege ist eine der wichtigsten sozial-, gesellschafts- und familienpolitischen Fragen unserer Zeit. Die Corona-Pandemie hat dies allen vor Augen geführt. Wie schaffen wir im Generationen- und Geschlechterverhältnis faire Voraussetzungen für die soziale Sicherung von Pflege, wie gelingt es vor Ort das Thema Bedingungen guten Lebens für Menschen mit Pflegebedarf kulturell und politisch zu verankern, wie kann die Versorgung im Gesundheitswesen und der Langzeitpflege über die Sektorengrenzen hinweg regional effizient gestaltet werden? Diese Themen sollten prominent auf die Agenda einer Bundesregierung der 20. Legislaturperiode gehören.

Zum Autorenteam

Prof. Dr. habil. Thomas Klie, geb. 1955 in Hamburg, ist Professor für öffentliches Recht und Verwaltungswissenschaften an der Evangelischen Hochschule Freiburg, Privatdozent an der Alpen Adria Universität Klagenfurt. Er leitet die Forschungsinstitute AGP Sozialforschung und das Zentrum für zivilgesellschaftliche Entwicklung in Freiburg und Berlin, arbeitet als Rechtsanwalt, ist Justitiar der VdPB in München und war Vorsitzender der Zweiten Engagementberichtskommission, Mitglied in der 6. und 7. Altenberichtskommission der Bundesregierung sowie der Zukunftskommission Niedersachsen 2030. Seit 2001 ist er Kurator beim KDA.

Kontakt:
AGP Sozialforschung
Bugginger Straße 38
79114 Freiburg
klie@eh-freiburg.de
Tel. 0761-47812-696
www.thomasklie.de

Staatssekretär Michael Ranft, geb. 1957 in Bremen, ist Verwaltungsjurist und politischer Beamter. In den Jahren 1991 bis 2019 hatte Michael Ranft Leitungspositionen im Landtag Brandenburg sowie im Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Brandenburg inne. Seit Dezember 2019 ist Michael Ranft Staatssekretär für Soziales, Gesundheit und Integration im Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg. Staatssekretär Michael Ranft ist seit 2019 Kurator beim KDA.

Kontakt:
Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration
und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg
Henning-von-Tresckow-Straße 2-13
14467 Potsdam
sts.ranft@msgiv.brandenburg.de
Tel. 0331-866-5007/5020

Nadine-Michèle Szepan, geb. 1972 ist Diplom-Volkswirtin und seit 2010 Abteilungsleiterin für den Bereich Soziale Pflegeversicherung und pflegenaher Themen der gesetzlichen Krankenversicherung im AOK-Bundesverband.

Kontakt:
KDA e.V.
Michaelkirchstr. 17-18
10179 Berlin
nadine-michele.szepan@kda.de
Tel. 030-2218298-0

Schwerpunkt ihrer Arbeit ist die systemische, strategische und operative Gestaltung der sozialen Pflegeversicherung und von pflegenahen Themen der gesetzlichen Krankenversicherung. Nadine-Michèle Szepan ist u.a. Kuratorin im Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP), Mitglied im Fachausschuss Qualität in der Pflege bei der Deutschen Gesellschaft für Qualität (DGQ), Hauptauschussmitglied im Deutschen Verein, Mitglied der AG2/3/4 der Konzierten Aktion Pflege, des 18c Begleitgremiums, in diversen AGs beim Bundesministerium für Gesundheit, beteiligt an der Programmarbeit zum Deutschen Pflgetag und im Herausgeberbeirat Monitor Pflege. Seit 2019 ist Nadine-Michèle Szepan Kuratorin beim KDA.

Literaturverzeichnis

Hoberg, Rolf; Klie, Thomas; Künzel, Gerd (2013):
Strukturreform Pflege und Teilhabe. Langfassung.
Freiburg: FEL Verlag Forschung - Entwicklung - Lehre.

Klie, Thomas (2020): Eckpunkte einer Strukturreform
und Gestaltungsoptionen: So radikal kann man denken!
Strukturreform Pflege und Teilhabe II. Unveröffentlichte
Präsentation im Rahmen des KDA-Kongresses am
13.02.2020. Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA).
Berlin, 2020.

Klie, Thomas; Ranft, Michael; Szepan, Nadine-
Michèle (2021): Strukturreform PFLEGE und
TEILHABE II. Pflegepolitik als Gesellschafts-
politik. Ein Beitrag zum pflegepolitischen Re-
formdiskurs. Langfassung. Hg. v. KDA. Berlin.

Impressum

**Kurzfassung des Strategiepapiers
„Strukturreform PFLEGE und TEILHABE II“,
erarbeitet im Rahmen des KDA Dialogs
„Pflegereform als Gesellschaftsreform?!“**
Berlin, Februar 2021

Herausgeber

Kuratorium Deutsche Altershilfe
Wilhelmine-Lübke-Stiftung e. V. (KDA)
Michaelkirchstraße 17-18
10179 Berlin

www.kda.de
info@kda.de

Autoren und Autorin:

**Prof. Dr. habil. Thomas Klie,
Staatssekretär Michael Ranft,
Nadine-Michèle Szepan**

Gesamtgestaltung: H. J. Wiehr, Mainz

Fotos: © H. J. Wiehr, Mainz