



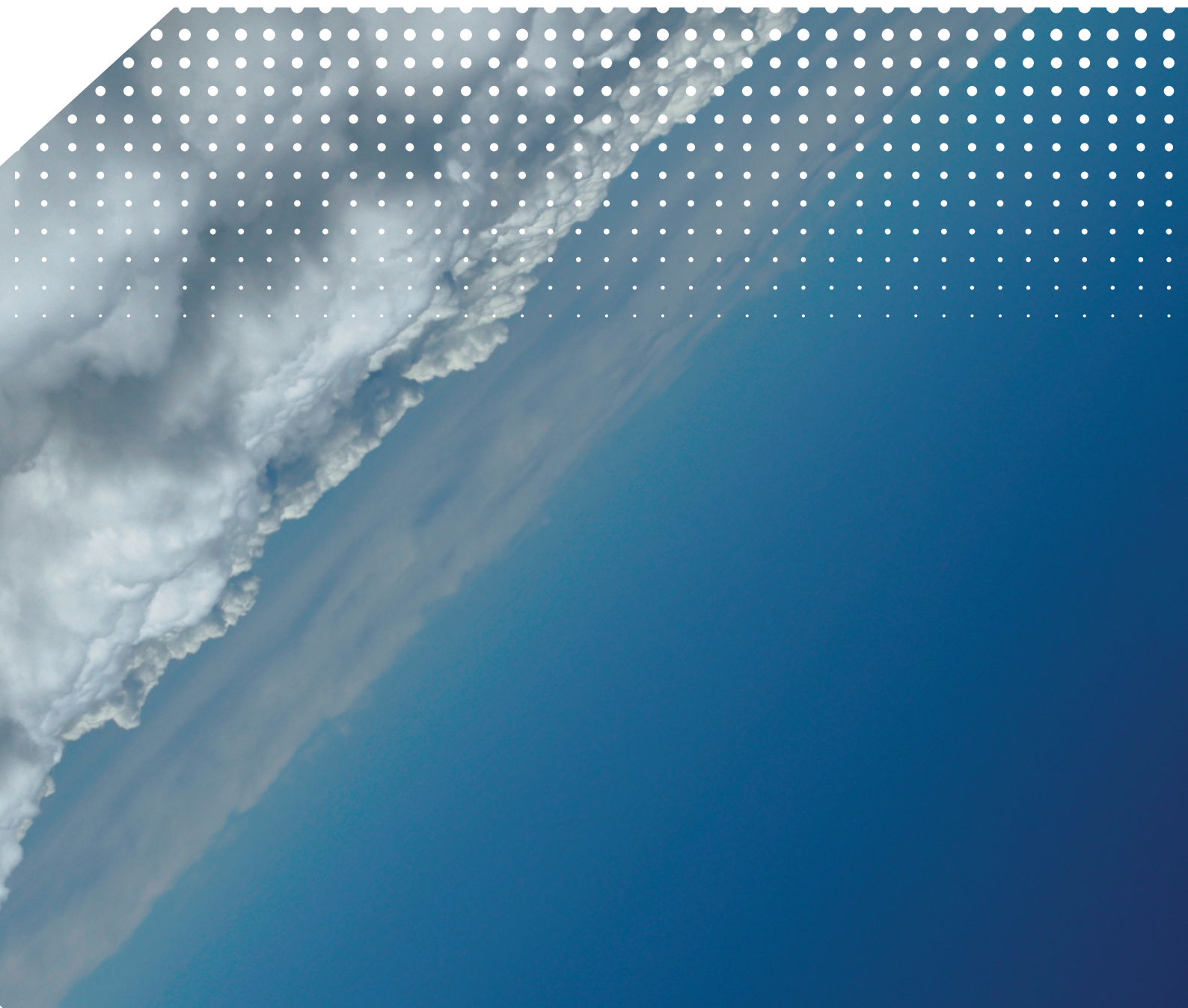
Kuratorium
Deutsche Altershilfe

Thomas Klie
Michael Ranft
Nadine-Michèle Szepan

Strukturreform PFLEGE UND TEILHABE II

Pflegepolitik als Gesellschaftspolitik

Ein Beitrag zum pflegepolitischen Reformdiskurs



Thomas Klie
Michael Ranft
Nadine-Michèle Szepan

Strukturreform PFLEGE UND TEILHABE II

Pflegepolitik als Gesellschaftspolitik

Ein Beitrag zum pflegepolitischen Reformdiskurs



Kuratorium
Deutsche Altershilfe

Vorbemerkung	4
1. Im Fokus: Bedingungen guten Lebens für auf Pflege angewiesene Menschen und ihre An- und Zugehörigen	6
2. Fachliche Begleitung und Erwachsenenschutz sicherstellen	7
2.1 Analyse	7
2.2 Reformperspektive: Subjektorientierte Qualitätssicherung	8
3. Schnittstellenprobleme zwischen Medizin und Teilhabe lösen	10
3.1 Prävention	10
3.2 Rehabilitation	10
3.3 Behandlungspflege	11
4. Abgrenzungen und Schnittstellen zur Teilhabe	14
4.1 Das BTHG	14
4.2 Personenzentrierung in Teilhabe und Pflege	15
5. Pflege geschieht vor Ort: Rolle der Kommunen und der Kassen profilieren	15
5.1 Aufgaben und Zuständigkeiten der Kommunen	15
5.2 Daseinsvorsorge und Allzuständigkeit der Kommunen	17
5.3 Kommune als Sozialhilfeträger	17
5.3.1 Hilfe zur Pflege	17
5.3.2 Hilfe zur Weiterführung des Haushaltes	18
5.3.3 Altenhilfe	18
5.4 Aufgaben und Zuständigkeiten der Kassen auf der kommunalen Ebene	19
5.5 Steuerungsaufgaben und Funktionen auf kommunaler und regionaler Ebene	20
5.5.1 Sozialplanung: Kommunale Teilhabe- und Pflegestrukturplanung	20
5.5.2 Care Management: Pflegestützpunkte	22
5.6 Case Management: Kooperativ und am Sozialraum orientiert	23
5.7 Teilhabe- und Pflegeberatung	23
5.8 Sozialraumorientierte Teilhabe- und Pflegestrukturplanung als kommunale Aufgabe	24
5.9 Infrastrukturkosten	25

6.	Dem Personalnotstand begegnen	26
6.1	Personalnotstand	26
6.2	Differenzierung von beruflichen Qualifikationen	27
7.	Finanzierung der Pflege neu ausrichten	28
7.1	Im Fokus: Die stationäre Langzeitpflege	28
7.2	Sockel-Spitze-Tausch	29
7.3	Immer wieder vernachlässigt: Die häusliche Pflege	30
7.4	Pflegepolitische Reformoptionen	30
7.5	Pflegepolitische Finanzierungs-Reformoptionen im Überblick	31
8.	Bausteine einer Strukturreform II	32
8.1	Pflege- und Sorgepolitik als anthropologisch fundierte Aufmerksamkeitsverlagerung vom Objekt zum Subjekt: Erweiterte MD-Funktion im Sinne einer subjektorientierten Qualitätssicherung	32
8.2	Pflegefachliche Begleitung für alle: Fachpflegerische Steuerung und bedarfsdeckende Leistungen der Behandlungspflege	32
8.3	Innovationen fördern, Sektorengrenzen überwinden: Das Leistungsrecht flexibilisieren	34
8.4	Effektive Governance vor Ort: Steuerungsebenen und Infrastrukturverantwortung profilieren	36
8.4.1	Steuerung auf der Fallebene	37
8.4.2	Care Management	38
8.5	Infrastrukturdefizite ausgleichen	39
8.6	Kommunale Handlungsebene stärken: Governancestrukturen und -kulturen vor Ort qualifizieren	39
8.7	Investitionen in Innovationen fördern	40
8.8	Digitalisierung	41
9.	Ausblick	42
	Literaturverzeichnis	44
	Impressum	48

Vorbemerkung

Die Corona-Pandemie hat deutlich gemacht und tut dies weiterhin: Eine suffiziente und krisenfeste Infrastruktur für die Sorge und Versorgung auf Pflege angewiesener Menschen und die Unterstützung von An- und Zugehörigen ist von existentieller Bedeutung für die Bevölkerung. Insbesondere in der häuslichen Versorgung zeigte sich die Fragilität des aktuellen Pflegesystems. In der stationären Versorgung wurde in menschenrechtlich problematischer Weise auf überwinden geglaubte Mechanismen totaler Institutionen zurückgegriffen (Schulz-Nieswandt 2020b). Gerade Aspekte der Teilhabe auf Pflege angewiesener Menschen waren und sind in besonderer Weise bedroht. Dabei wissen wir wie lebenswichtig sie für die betroffenen Personen sind. Von daher wird in dem hier vorgelegten Papier „Strukturreform Pflege und Teilhabe II“ Pflege und Teilhabe zusammengedacht. Auch die Pflegeversicherung soll ihren Beitrag dazu leisten, Menschen unter Bedingungen von Pflegebedürftigkeit ein Leben zu ermöglichen, dass die für sie elementar bedeutsamen Dimensionen familiärer, örtlicher und gesellschaftlicher Zugehörigkeit realisieren lässt. Gerade in Coronazeiten besteht die Chance, aber auch die Notwendigkeit, die schon lange diskutierten Desiderate der deutschen Pflegeversicherung aufzugreifen und ihnen zukunftsorientiert durch entsprechende Reformen entgegenzutreten.

2013 hatte ein Autorenteam einen Reformvorschlag für eine Strukturreform der Pflegeversicherung für die 17. Legislaturperiode des Deutschen Bundestag erarbeitet (Hoberg et al. 2013). Es kannte als Ausgangspunkt die von auf Pflege angewiesenen Menschen erlebten Defizite in ihrer Versorgung, die nicht zuletzt aus nicht bearbeiteten Schnittstellen, in der fehlenden systematischen Aufmerksamkeit für Risikolagen, defizitären Care und Case Management-Strukturen sowie einer nicht eingelösten Infrastrukturverantwortung auf örtlicher Ebene resultieren. Die seinerzeit erarbeiteten Vorschläge konzentrierten sich auf der einen Seite auf eine Differenzierung von Hilfebedarfen und ihrer Beantwortung basierend auf einer Unterscheidung zwischen Cure- und Care-Aufgaben, und auf der anderen Seite auf Instrumente zur Stärkung der kommunalen Handlungsebene in der Umsetzung der Pflegeversicherung, um die Einlösung der Verantwortung

für die Sicherstellung der Pflege und Teilhabe vor Ort als gemeinsame Aufgabe aller Beteiligten zu befördern. Das Papier hat eine breite fachliche und politische Resonanz erfahren und wurde von den kommunalen Spitzenverbänden einhellig unterstützt. 15 Bundesländer hatten sich den Forderungen angeschlossen. Es fand Eingang in die seinerzeitige Koalitionsvereinbarung und diente als Impuls für die Beratungen in der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflegeversicherung. Auch die Siebte Altenberichtskommission hatte sich das Konzept weitgehend zu eigen gemacht.

Trotz vielfältiger Bemühungen um relevante Reformschritte in der Pflegeversicherung, insbesondere im Zusammenhang mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes, der Ausweitung von Leistungen und der Qualifizierung von Beratungsangeboten hat sich an der Analyse, die dem Papier „Strukturreform Pflege und Teilhabe“ 2013 zugrunde lag, wenig geändert. Von einer systematischen Aufmerksamkeit für die Lebenslagen auf Pflege angewiesener Menschen in ihrer eigenen Häuslichkeit kann in Deutschland weiterhin nicht die Rede sein. Das gilt auch und gerade nach bzw. in Zeiten der Corona-Pandemie. Verbreitet sind weiterhin Überforderungssituationen, insbesondere in der häuslichen Pflege, in der eine große Zahl von osteuropäischen Haushaltshilfen das „Systemversagen“ - regional und für bestimmte Bevölkerungsgruppen - kompensieren. Von gleichwertigen Lebensbedingungen für auf Pflege angewiesenen Menschen kann in Deutschland in keiner Weise die Rede sein: Die Infrastrukturunterschiede sind zwischen den Bundesländern aber ebenso zwischen kommunalen Gebietskörperschaften groß. Leistungsansprüche, die im SGB XI verbriefte sind, können vielfach nicht eingelöst werden.

Seit einigen Jahren wird breit über eine Finanzierungsreform der Pflegeversicherung debattiert (Rothgang und Domhoff 2019; Klie 2019d; Diakonie Deutschland 2019). Inzwischen haben sich durch die Corona-Pandemie die Rahmenbedingungen und Herausforderungen für die Langzeitpflege weiter zugespitzt. Auch wurden die bislang für eine Finanzierungsreform zur Verfügung stehende Finanzreserven der Kassen weithin für Coronakosten eingesetzt und verbraucht. Der Bundesgesundheitsminister hat Ende 2020 u. a. eine Deckelung der Zuzahlungen von Bewohner*innen stationärer Pflegeeinrichtungen ins Gespräch ge-

bracht.¹ Über einen Steuerzuschuss soll die Deckelung finanziert werden. Damit ist in jedem Fall politisch die Tür zu einer Verbreiterung der Finanzierung der Pflegeversicherung aufgestoßen worden.

Der Personalmangel in der Langzeitpflege, der seinerseits in der Corona-Pandemie in seiner Dramatik deutlich hervortrat, führt vielerorts dazu, dass vorhandene Angebote nicht mehr in der gleichen Kapazität aufrechterhalten werden können und neue Einrichtungen pflegerischer Infrastruktur nicht an den Start gehen. Dies macht deutlich: Allein mit einer Optimierung des bestehenden Systems der Pflegeversicherung, die vor 25 Jahren eine sozialpolitische Errungenschaft war, lassen sich die aktuellen und künftigen Herausforderungen nicht bewältigen - ebenso wenig wie mit einer isolierten Finanzierungsreform.

Hier setzt das Papier „Strukturreform Pflege und Teilhabe II“ an, das sich ebenso wie das Papier „Pflegepolitik gesellschaftspolitisch radikal neu denken“ von Frank Schulz-Nieswandt (Schulz-Nieswandt 2020c) als Beitrag zu den Aktivitäten des Kuratoriums Deutsche Altershilfe versteht: eine Plattform für eine Reformdiskussion der Pflegeversicherung zu bieten und Diskussionen in der Steuerungsgruppe und der Fachkommission aufzugreifen. Das nachfolgend vorgestellte Papier – bewusst konzentriert formuliert – wurde unter meiner Federführung in einem stetigen Diskurs und gemeinsamen Prozess der Konzept- und Textentwicklung mit Nadine-Michèle Szepan und Michael Ranft erstellt. Es wurde in seiner Entwicklung begleitet durch die Steuerungsgruppe zur Reform der Pflegeversicherung im Kuratorium Deutsche Altershilfe. Darüber hinaus fanden zahlreiche Gespräche sowohl mit Pflegepolitiker*innen des Bundestages als auch der Länder statt, Verbandsvertreter*innen wurden konsultiert. Auch wenn die allermeisten Vorschläge und konzeptionellen Überlegungen im Konsens formuliert wurden, wurden einige Fragen auch im Autoren*innenteam kontrovers diskutiert. So bietet das Papier an der einen oder anderen Stelle unterschiedliche Optionen zur Beantwortung der Fragen an, die in dem Papier behandelt werden.

Das Papier reflektiert in besonderer Weise das Bundesteilhabegesetz, das zum 01.01.2020 auch leistungsrechtlich in Kraft getreten ist. Nicht nur

die schon länger diskutierten Schnittstellen zwischen SGB XI und SGB V werden aufgegriffen, sondern auch und gerade die zum Bundesteilhabegesetz. Wird das Papier doch, wie schon das Papier „Strukturreform I“ von der Überzeugung getragen, dass alle pflegerischen Aufgaben und insbesondere die Leistungsversprechen der Pflegeversicherung ganz wesentlich auch dazu dienen, die Teilhabe auf Pflege angewiesener Menschen in den gesellschaftlichen Feldern zu sichern, die dem je einzelnen Bürger oder der Bürgerin elementar bedeutsam sind - und dies bis zum Lebensende. Das Teilhabeversprechen ist an keine Altersgrenzen gebunden und darf nicht durch den Masterstatus Pflegebedürftigkeit relativiert werden. Das Papier wird von der Überzeugung getragen, dass Teilhabe i.S.d. Sicherung von Zugehörigkeit von auf Pflege angewiesene Menschen nur dann und dort wird gelingen können, wenn und wo in der Pflege auch die Sicherung der Teilhabe als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe wahrgenommen wird. Zugehörigkeit, Lebensqualität und Teilhabe sowie der wirksame Schutz von Menschenrechten lassen sich nur im Zusammenwirken von Familien und anderen sozialen Netzwerken, Professionellen und ihrer fachlichen Expertise und ethischen Selbstbindung, passfähigen Dienstleistungsangeboten im Bereich der Assistenz und Unterstützung sowie einer lebendigen Zivilgesellschaft erreichen. In diesem Zusammenhang hat sich das Leitbild der Caring Community (vgl. Klie 2020b) eingebürgert, das deutlich machen soll, dass zur Beantwortung der Herausforderungen im Zusammenhang mit dem, was wir in Deutschland Pflegebedürftigkeit nennen, dies nur mit einer Demokratisierung der Sorge- und Pflegeaufgaben wird gelingen können. Auch die Siebte Altenberichtscommission hat sich dem Leitbild der geteilten Verantwortung angeschlossen, das in wohlfahrtspluralistischen Arrangements die einzig tragfähige Antwort für die Zukunft sieht.

Dieser Text ist im Dialog und Austausch mit Nadine-Michèle Szepan und Staatssekretär Michael Ranft als Kuratorin und Kurator im KDA entstanden.

Prof. Dr. habil. Thomas Klie
Berlin, Freiburg, Tutzing

Februar 2021

1 Vgl. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/2020/pflegereform.html> (Abruf vom 10.12.2020).

1

Im Fokus: Bedingungen guten Lebens für auf Pflege angewiesene Menschen und ihre An- und Zugehörigen

Der hier vorgelegte Reformansatz orientiert sich an dem von Martha Nussbaum (vgl. Nussbaum 1997) vorgelegten Konzept der **Bedingungen guten Lebens**, das ausgehend von zehn Wesensmerkmalen des Menschen danach fragt, ob und wie die Bedingungen aussehen, unter denen Menschen weltweit und in jedweder Lebenslage das realisieren können, was für sie in den Dimensionen guten Lebens jeweils elementar bedeutsam ist. Gerade für vulnerable Bürger*innen in schwierigen Lebenslagen ist der Ansatz von Martha Nussbaum relevant. Er thematisiert damit die Verantwortung von Gesellschaft und Staat, die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass auch unter schwierigen und prekären Voraussetzungen ein gutes Leben möglich wird. Keine Bestimmung dessen, was gutes Leben für den jeweiligen Bürger bedeutet, ist mit dem Ansatz verbunden. Das für die jeweilige Person Bedeutsame kann nur sie selbst identifizieren und entscheiden. Die Voraussetzungen für Bedingungen guten Lebens als sozialstaatliche Verpflichtung zu adressieren, ist in hohem Maße verbunden mit dem den Sozialstaat in Deutschland prägenden Subsidiaritätsprinzip, das von der Fähigkeit des Menschen in seinen jeweiligen sozialen Bezügen, seine eigenen Angelegenheiten zu besorgen, ausgeht, aber dabei zugleich staatliche Vorleistungspflichten mit bedenkt, die die Voraussetzungen dafür schaffen, dass das **Subsidiaritätsprinzip** „atmen“ (Zacher 1968) und jeder das ihm Gemäße zur Gestaltung einer Gesamtaufgabe (Korff 1999) beitragen kann. Nicht messbare Kriterien der Lebensqualität, nicht die problematische Dimension der „Kundenzufriedenheit“ (Schulz-Nieswandt 2020c) werden in dem Papier zugrunde gelegt. Als Referenz gilt das Konzept der Bedingungen guten Lebens von Nussbaum (1997), das inzwischen vielfältig in der gerontologischen und pflegewissenschaftlichen Forschung herangezogen wird (BMFSFJ 2016; Nolan et al. 2006; Klie 2018b).

In der Soziologie hat sich das Konzept der **Lebenslagen** durchgesetzt und bewährt, das die

Handlungsspielräume von Menschen beschreibt und analysiert und danach fragt, welche Ressourcen den Bürger*innen zur Verfügung stehen, um eine selbstbestimmte Lebensführung entfalten zu können und inwieweit sie über die Fähigkeit verfügen, das, was ihnen bedeutsam ist in der Lebensführung, auch und gerade mit Blick auf gesellschaftliche Teilhabe, zu realisieren (Schulz-Nieswandt 2006; Naegele 2013). Der Lebenslagenansatz ist weitergehend als das Konzept der Pflegebedürftigkeit, das Einschränkungen der Selbständigkeit und ihre Kompensation fokussiert. Analysiert man die Lebenslagen auf Pflege angewiesener Menschen und ihrer An- und Zugehörigen, auf deren Pflegebereitschaft die deutsche Pflegeversicherung weiter kalkuliert ist – was unter Subsidiaritätsgesichtspunkten bei einer fairen Verteilung von Sorgeaufgaben auch vertretbar ist – wird man Überforderungssituationen pflegender Angehöriger (Rothgang und Müller 2018; DAK-Gesundheit 2015) ebenso wenig übergehen können wie **Menschenrechtsverletzungen in der häuslichen Pflege**. Vielfach fehlt es an entlastender Infrastruktur. Eine systematische Awareness für Risiken in der Versorgung auf Pflege angewiesener Menschen wurde nicht entwickelt. Auch ist die Pflegeversicherung in ihrer fiskalischen Architektur so konzipiert, dass sie lediglich einen Sockelbetrag finanziert und eine bedarfsdeckende Versorgung, insbesondere im ambulanten Bereich, in die Verantwortung und in die Finanzierungsbereitschaft und -möglichkeit der Betroffenen stellt. Auch im stationären Bereich muss festgestellt werden, dass trotz vielfältiger Qualitätssicherungsaktivitäten die Versorgungsqualität, auch und gerade unter menschenrechtlichen Gesichtspunkten (Klie 2020g) keineswegs befriedigen kann. Das hat sich unter Bedingungen der Corona-Pandemie nochmals in dramatischer Weise zugespitzt gezeigt. Auch reicht das Personal in der Regel nicht aus, um eine teilhabeorientierte Pflege und Sorge unter Bedingungen stationärer Versorgung zu gewährleisten. Dies spiegelt sich nicht zuletzt auf der auf persönlichen Erfahrungen beruhenden Einstellung in der Bevölkerung wider, die trotz anerkannter Qualitätsbemühungen in der stationären Pflege eine Pflegeheimversorgung als Perspektive für die eigene oder die Versorgung von nahen Angehörigen weitgehend vermeiden möchte (Haumann 2018). In der häuslichen Versorgung haben wir es mit einer insgesamt ausgeprägten Leistungsbereitschaft von Familien zu tun, die auch im historischen Vergleich eine erstaunliche Versorgungsqualität gewährleistet.

Gleichwohl haben wir insbesondere bei Alleinstehenden, aber auch bei überforderten An- und Zugehörigen die Verletzung von Menschenrechten, Gewaltkonstellationen im Pflegealltag und nicht sach- und fachgerechte Pflege zu beklagen, die auch durch vielfältige Qualitätssicherungsbemühungen, vom obligatorischen Beratungsbesuch in der eigenen Häuslichkeit bis hin zu Angeboten der Pflegeberatung, nicht kompensiert werden. Die menschenrechtlichen Probleme in der häuslichen Pflege lassen sich auch als Folgen einer problematischen Risikoprivatisierung zu Lasten der Familien lesen (Schulz-Nieswandt 2020c). All dies verlangt nach wesentlich stärkerer Aufmerksamkeit auf die Lebenslage des jeweiligen auf Pflege angewiesenen Menschen und seiner An- und Zugehörigen, nach suffizienten Unterstützungs- und Beratungsangeboten jenseits respektive ergänzend zu den formellen Hilfen, die das Leistungsrecht der Pflegeversicherung vorsieht, und einer systematischen Care und Case Management-Struktur, die die auf der individuellen (Fall-) Ebene sichtbar werdenden Defizite systematisch für die Weiterentwicklung von Infrastrukturen, Kooperationen und die Gestaltung von Hilfeprozessen auswertet und nutzt (Klie 2020a). Eingebunden in Strategien der Sozialplanung und mit einer neu zu normierenden Infrastrukturverantwortung, die jeweils einen regionalen und Ortsbezug aufweisen muss, kann und muss der diagnostizierten dramatischen Ungleichwertigkeit von Lebensbedingungen für auf Pflege angewiesene Menschen entgegengetreten werden. Das gelingt nur über neue Kooperationsformen zwischen Leistungsträgern, Kommunen, der Zivilgesellschaft und Leistungserbringern.

Es besteht ein so nicht länger zu akzeptierender Gap zwischen streng regulierten formellen Dienstleistungsangeboten in der ambulanten und stationären Pflege einerseits und einem weithin Laissez-faire gehandhabten Geschehen in der lebensweltlichen Bewältigung von Pflege- und Sorgeaufgaben in der jeweiligen Häuslichkeit andererseits. Bei den lediglich von 24 Prozent der zu Hause versorgten, auf Pflege angewiesenen Menschen in Anspruch genommenen Pflegediensten werden strenge Qualitätskontrollen durchgeführt. In nicht durch formelle Dienste begleiteten Pflegehaushalten – aber auch in diesen – werden Überforderungssituationen pflegender Angehöriger ebenso übersehen wie Menschenrechtsverletzungen im Pflegealltag. Auch die verbreitete Inanspruchnahme von osteuropäischen Haushalts- und Pflegehilfen, die ganz überwie-

gend im illegalen oder zumindest im Graubereich gesetzlicher Regelungen eingesetzt werden, wird weithin hingenommen und geduldet. Von einem Systemversagen ist hier zu sprechen (Klie 2019f).

Die Zurückhaltung des Staates in dem Bereich der familiären Pflege wird u.a. mit der Autonomie der Familie begründet. Unabhängig von der problematischen – auf einem überkommenden Familialismus beruhenden – Fokussierung der pflegenden Angehörigen (Schulz-Nieswandt 2020a) muss im Sinne des Subsidiaritätsprinzips und unter Heranziehung der Referenz der Bedingungen guten Lebens stets die Frage gestellt werden, ob der Staat seinen Vorleistungspflichten nachkommt, damit in den weiterhin vorausgesetzten und dominanten informellen Pflegearrangements in für die Beteiligten verträglicher Weise Pflege- und Sorgeaufgaben übernommen und gestaltet werden können. Hiervon ist die soziale Pflegeversicherung aber auch die kommunale Altenhilfe, bezogen auf einen nennenswerten Anteil auf Pflege angewiesener Menschen und ihrer An- und Zugehörigen, trotz einer Reihe von Angeboten der Beratung – in der Praxis, weit entfernt. Dies verlangt nach Reformen.

Fachliche Begleitung und Erwachsenenschutz sicherstellen

2.1 Analyse

Auf Pflege angewiesenen Menschen steht ebenso wie aufgrund von Krankheit behandlungsbedürftigen Menschen ein Rechtsanspruch auf fachliche Begleitung im Kontext der Bewältigung von Pflegebedürftigkeit i. S. d. § 14 SGB XI zu: hier auf medizinische, dort auf (fach-)pflegerische: Sie sind darauf ausgerichtet, die selbstständige Lebensführung sowie die Selbstständigkeit im Umgang mit funktionellen Beeinträchtigungen und krankheitsbedingten Belastungen soweit wie möglich zu erhalten und zu fördern. Auch wenn die Übernahme von pflegerischen Aufgaben innerhalb von Familien, in Haushalten aber auch Freundschaftsbeziehungen in unserer Gesellschaft als eine Solidaritätsaufgabe verstanden und auch tatsächlich wahrgenommen wird, sind mit dem

unter dem Begriff der Pflegebedürftigkeit subsumierten Einschränkung der Selbständigkeit aufgrund von Krankheit und/ oder Behinderung zahlreiche fachliche Anforderungen verbunden. Die Übernahme von Pflegeaufgaben lediglich als eine private Angelegenheit zu sehen, ist nicht zuletzt durch Einführung der Pflegeversicherung 1994 hinfällig. Mit der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst (MD), durch die Verankerung eines Rechtsanspruches aber auch der Verpflichtung von Geldleistungsbeziehern zur Inanspruchnahme von Pflegeberatungsbesuchen gem. § 37 Abs. 3 SGB XI, der inzwischen elaborierten fachlichen Anforderungen im Rahmen von Qualitätssicherung in der Langzeitpflege kann und darf man die Übernahme von Aufgaben der Pflege nicht als solche verstehen, die in der Durchführung als von jedem „Laien“ als kompetent wahrzunehmende angesehen werden können und dürfen. Aus der Sicht des auf Pflege angewiesenen Menschen und seiner An- und Zugehörigen resultiert daraus ein Anspruch auf pflegfachliche und gegebenenfalls weitere fachliche (rehabilitative, sozialarbeiterische, medizinische) Begleitung. Nicht nur unter dem Gesichtspunkt der Prävention, auch mit Blick auf mögliche und notwendige Maßnahmen zur Erhaltung der Selbständigkeit, der Nutzung rehabilitativer Potentiale im Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit aber auch zur Entlastung und Unterstützung von pflegenden Angehörigen, ist fachpflegerische Begleitung als Rechtsanspruch zu verstehen. Durch die Verankerung der Steuerung des Pflegeprozesses als Vorbehaltsaufgabe der Fachpflege in § 4 PflBG wird die Exklusivität fachpflegerischer Begleitung und Steuerung noch einmal deutlich unterstrichen (Klie 2021). Die Inanspruchnahme von fachpflegerischen Leistungen wird auf der einen Seite durch das SGB XI vorgesehen. Gleichzeitig setzt allerdings die Finanzarchitektur der Pflegeversicherung und das Nebeneinander von Cash- und Care-Leistungen Anreize, dass auch dort, wo fachpflegerische Begleitung an sich erforderlich wäre, diese aus Haushaltsökonomischen Gründen und zum Schutz der Haushaltsautonomie vor staatlicher und fachlicher Ingerenz abgelehnt wird. Selbstverständlich gilt es die Autonomie von Pflegehaushalten zu schützen. Auch ist hier ein fachpflegerischer Paternalismus abzulehnen. Gleichzeitig ist nicht zu verkennen, dass durch den Verzicht auf fachpflegerische Begleitung nicht nur Pflegefehler

provoziert, sondern auch Überlastungssituationen befördert und das Wohl auf Pflege angewiesener Menschen gefährdet sein kann. In diesem Zusammenhang sind auch Aspekte des Erwachsenenschutzes zu betonen. Sozialleistungen in Deutschland dienen im Kern der Grundrechtsrealisierung von Bürger*innen. Jede erwachsene Person hat – nicht zuletzt abgeleitet aus dem Haager Erwachsenenschutzübereinkommen – ein Recht auf wirksamen Schutz der Grund- und Menschenrechte. Das gilt auch für erwachsene Menschen, auch wenn es an einer das Kindeswohl schützenden Vorschrift gem. § 1666 BGB für erwachsene Personen bislang fehlt (vgl. Zenz 2007; EmMa-Projekt²). Sozialleistungsträgern kann unter bestimmten Voraussetzungen eine Garantenstellung gegenüber vulnerablen Bürger*innen zuwachsen (vgl. Hoffmann 2010a; Klie 2019c), wenn sie Kenntnis von einer Notlage erhalten und eine Fallverantwortung in den entsprechenden Strukturen übernommen worden ist. Eine entsprechende Awarenessstruktur für erwachsenenschutzrechtlich relevante Risikosituationen existiert in Deutschland bislang nicht. Das gilt auch und gerade für erwachsenenschutzrechtlich relevante Konstellationen in der häuslichen Pflege. Einschlägig ist das Betreuungsrecht als eine Ausformung des Erwachsenenschutzrechts in Deutschland, das advokatorische Funktionen für ihre Angelegenheit selbst nicht mehr besorgen könnende Personengruppen vorsieht (vgl. § 1896 BGB, § 1814 BGB E). In beiden: In einer systematischen Awarenessstruktur für erwachsenenschutzrechtlich relevante Risikosituation auf Pflege angewiesener Menschen wie auch für die pflegfachliche Begleitung von Beziehern von Leistungen der Pflegeversicherung fehlt es bislang an einer auch in der Praxis verfangenen suffizienten Infrastruktur und klaren Regelung rechtlicher Verantwortlichkeiten. Bei der anstehenden Reform des Betreuungsrechts sollten diese Desiderate aufgenommen werden.

2.2 Reformperspektive: Subjektorientierte Qualitätssicherung

Unter dem Label „Subjektorientierte Qualitätssicherung“ wurde in den letzten Jahren ein Ansatz entwickelt (Klie und Büscher 2019), der ausgehend von dem Pflegemodell von Nolan (Nolan et

2 Goethe-Universität, Frankfurt am Main, <https://www.uni-frankfurt.de/62154606/Projekt-EmMa> (Abruf vom 22.01.2020).

al. 2006) und basierend auf dem Capability-Approach von Martha Nussbaum - die Bedingungen guten Lebens (Nussbaum 1997) - die Perspektive der Qualitätssicherung in der Langzeitpflege von den zu kontrollierenden Einrichtungen respektive Institutionen auf die Subjektebene, auf die jeweilige Person und ihre Lebenswelt verlagert. Jeder auf Pflege angewiesene Mensch, der Leistungen der Pflegeversicherung oder anderer Sozialleistungsträger bezieht, hat einen Anspruch auf wirksamen Schutz seiner Menschenrechte und darauf, dass Bedingungen gesichert werden, unter denen er seine Selbständigkeit entfalten respektive Selbstständigkeitsdefizite kompensieren kann, um die für ihn bedeutsamen Dimensionen guten Lebens leben und insofern seine Persönlichkeit auch unter Bedingungen von Pflegebedürftigkeit entfalten zu können. Die der Konzeption der subjektorientierten Qualitätssicherung zugrundeliegende Überlegung in methodischer und institutioneller Sicht basiert auf der Begutachtungsfunktion des Medizinischen Dienst der Krankenversicherung gem. § 18 SGB XI und dem neuen Begutachtungsinstrument (NBI), das der Feststellung der Pflegebedürftigkeit seit 2017 dient. Das Begutachtungsverfahren ist pflegewissenschaftlich hinterlegt und bietet wesentlich mehr Informationen als das bisherige Begutachtungsinstrument. Bei dem im Auftrag des AOK-Bundesverbandes weiterzuentwickelnden Konzeptes wird sichtbar, dass die Items des Begutachtungsinstrumentes verbunden mit dem Begutachtungsbogen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit geeignet sind, sowohl Gelingens- als auch relevante Risikofaktoren für das jeweilige Pflegearrangement unter Heranziehung der beschriebenen Parameter zu befördern. Mithilfe des MD und des Begutachtungsverfahrens könnte die bislang fehlende systematische Awareness für Fragen der Notwendigkeit pflegfachlicher Begleitung und erwachsenenschutzrechtlich relevanter Risikosituationen geschaffen werden. Dabei wäre zu prüfen, ob die Rolle des MD insofern weiter zu fassen ist: Nicht nur die Begutachtungsfunktion i.S.d. Feststellung eines Pflegegrades, sondern darüber hinaus auch die Aufgaben, das jeweilige Pflegearrangement hinsichtlich seiner Potentiale aber auch seiner Risiken in den Blick zu nehmen, ließe sich als Aufgabe dem MD zuordnen. Im Ansatz sind diese Aufgaben bereits im Aufgabenkonzept des MDK vorgesehen: So hat er sowohl hinsichtlich bestehender Rehabilitationsbedarfe, im Einsatz von Heil- und Hilfs-

mitteln eine besondere Feststellungsfunktion als auch dort, wo aus seiner Sicht die Pflege bei Pflegegeldbezug nicht sichergestellt ist, eine Art Warnfunktion gegenüber den jeweiligen Pflegekassen. Ob de lege lata oder de lege ferenda wäre in jedem Fall die Funktion des MD zu präzisieren und wäre das Begutachtungsverfahren potential- und risikospezifisch weiterzuentwickeln, damit sowohl für den Pflegehaushalt selbst als auch für Beratungsinstitutionen entsprechende Rückmeldungen und Hinweise gegeben werden können, welche Maßnahmen zur Sicherung der Qualität in Betracht gezogen respektive ergriffen werden sollten. Eine ähnliche Funktion war mit dem bis heute in § 18 SGB XI vorgesehenen Pflegeplan bereits angelegt, wurde jedoch nicht weiterverfolgt respektive umgesetzt, da der Begriff der Pflegeplanung anderweitig besetzt ist und der jeweils verantwortlichen Pflegefachperson übertragen wurde, einen Pflegeplan im Rahmen der Steuerung des Pflegeprozesses mit dem auf Pflege angewiesenen Menschen gemeinsam zu entwickeln.

Klärungsbedürftig sind die Fragen, die sich aus den Feststellungen des MD respektive den ermittelten Potentialen und Risikofaktoren ergebenden Folgerungen und Maßnahmen. § 18 SGB XI sieht bereits jetzt vor, dass die Feststellung eines Rehabilitationsbedarfes durch den MDK leistungsrechtliche Implikationen mit sich bringt. Ähnliches könnte man sich für die Feststellung hinsichtlich der Potentiale und Risikofaktoren vorstellen: Die Empfehlungen wären an den Versicherten selbst und seine An- und Zugehörigen weiterzuleiten, ebenfalls an seine Pflege- und Krankenkasse. Diese hätte dann insbesondere bei Risikofaktoren darauf hinzuwirken, dass geeignete Beratungsangebote unterbreitet und gegebenenfalls auch Maßnahmen zur Sicherung des Erwachsenenschutzes ergriffen werden. Abgestufte Maßnahmen von Informationen über Beratung bis hin zu einer Case Management-basierten Begleitung (Pflegeberatung) wären ebenso vorzusehen wie im Extremfall von unabweisbarem Schutz etwa in gewaltgeneigten Pflegekonstellationen und der Ablehnung von Beratung die Einschaltung des Betreuungsgerichtes, die bereits heute nach dem Sozialdatenschutzrecht möglich und geboten sein kann. Inwieweit sich eine Garantenstellung – ähnlich wie in der Sozial- und Jugendhilfe bekannt – mit entsprechenden Handlungspflichten ergeben kann, wäre zu prüfen.

3. Schnittstellenprobleme zwischen Medizin und Pflege lösen

3.1 Prävention

Im Zusammenhang mit der Entstehung aber auch dem Verlauf von „Pflegebedürftigkeit“ spielt die Prävention eine zentrale Rolle. Leistungen der medizinischen Rehabilitation und Prävention dienen der Vermeidung und -minderung von Pflegebedürftigkeit. Der Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ (Klie 2017b) wurde vielfältig im Leistungsrecht niedergelegt. Während die Verhältnisprävention i.W. als Aufgabe der Kommunen zu verstehen ist, konzentriert sich die Präventionsverantwortung von Kranken- und Pflegekassen auf die Verhaltensprävention. In einem breiten Präventionsverständnis geht es zudem nicht nur um Leistungen der medizinischen Prävention, die auf die Verminderung und Vermeidung von Pflegebedürftigkeit zielen. Auch solche der sozialen Prävention spielen eine bedeutsame Rolle. Für sie tragen vorrangig die Kommunen die Verantwortung – bezogen auf ältere Menschen etwa über § 71 SGB XII. Die Hoffnungen durch den Ausbau von Präventionsangeboten für von Pflegebedürftigkeit Bedrohten die Zahl der Pflegebedürftigen zu begrenzen, werden politisch immer wieder aufgegriffen. Von einer konsequenten Ausrichtung der Kranken- und Pflegeversicherung an Public Health-Konzepten (Hildebrandt et al. 2020a; Hildebrandt et al. 2020b) kann noch keine Rede sein. Dabei ist ein weites Präventionsverständnis im Sinne der WHO gefragt, das auch in den §§ 20 ff SGB V seinen Niederschlag findet, inzwischen aber auch in der Bewohnerprävention gem. § 5 SGB XI, die auch auf ambulante Settings ausgedehnt werden sollte. Gesundheitskompetenz vermittelnde Bildungsangebote gehören in das Spektrum von Präventionsleistungen, die in der Logik des Präventionsgesetzes abgestimmt zwischen Kassen, Trägern von Präventionsleistungen, der Zivilgesellschaft und den Kommunen unterhalten, entwickelt und vermittelt werden sollen. Die Aufgaben der

Identifikation von sekundären Präventions- und Rehabilitationsbedarfen vor und bei Pflege ist in § 18 Abs. 6 SGB XI niedergelegt und als Aufgabe des MD definiert. Die Umsetzungshindernisse für eine breit angelegte und konzeptionell ausgereifte Prävention vor und im Umfeld von Pflegebedürftigkeit liegen zum einen in den unterschiedlichen Finanzierungslogiken in der GKV und SPV, im in Präventionsleistungen virulent werdenden Vertragswettbewerb in der GKV und fehlenden bzw. nicht greifenden Regelungen, die auf eine sektorenübergreifende Koordinationsverpflichtung zielen bzw. Vorleistungsverpflichtungen für Reha- und Präventionsleistungen verankern. Es wird davon ausgegangen, dass in einem nicht unbeträchtlichen Umfang das Eintreten der eingeschränkten Selbstständigkeit, die zur Leistungsberechtigung nach dem SGB XI führt, hinausgezögert werden kann. Auch ist bekannt, dass es im Wesentlichen soziale Risikofaktoren sind, die einen Pflegeheimenritt als unabweisbar erscheinen lassen. Insofern ist das Investment in (soziale) Präventionsmaßnahmen im Kontext von Pflegebedürftigkeit unabweisbar. Im Bereich Prävention ist das Spektrum von Niveaus der Vorhaltung von Angeboten und Leistungen in der Bundesrepublik noch vielfältiger als hinsichtlich der Leistungen der Pflegeversicherung und entsprechender Infrastrukturen. Auch und gerade hier kann in keiner Weise von gleichwertigen Lebensbedingungen für von Pflegebedürftigkeit bedrohten Menschen gesprochen werden. An tragfähigen und gut evaluierten Konzepten, wie etwa den unterschiedlichen Ansätzen des präventiven Hausbesuches mangelt es nicht.³

3.2 Rehabilitation

In einem rehabilitationswissenschaftlichen Sinne ist das Spektrum von Rehabilitationsangeboten für von Pflegebedürftigkeit bedrohten oder von ihr betroffenen Menschen ausgesprochen weit und schließt auch und gerade auf soziale Teilhabe ausgerichtete rehabilitative Maßnahmen ebenso ein wie solche der Heil- und Hilfsmittel, die alle Rehabilitationszielen dienen. In der leistungsrechtlichen Logik des SGB V wird von Rehabilitationsleistungen nur insoweit gesprochen, als dass es

3 Vgl. zum Beispiel: Blotenberg et al. 2020; Deutsches Institut für Angewandte Pflegeforschung 2008; Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip) 2019.

sich um Formen stationärer oder teilstationärer Reha-Leistungen handelt, die etwa im Rahmen der Geriatrie in Krankenhäusern der Regelversorgung (Frührehabilitation gem. § 39 SGB V) und im Bereich der geriatrischen Rehabilitation in Reha-Kliniken gem. § 40 SGB V vorgehalten und finanziert werden. Gefragt ist ein sektorenübergreifendes Verständnis und Angebot von Rehabilitationsleistungen, das im Sinne des Versicherten alle rehabilitativ relevanten Ansätze und Angebote aufeinander bezieht, miteinander verbindet und den Versicherten zugänglich macht. Ansätze derart weitgefasster Rehabilitationsverständnisse finden sich etwa in Konzepten wie Pflege-Plus des AOK-Bundesverbandes (Wagner und Szepan 2018, S. 184ff.). Die Rehabilitationsansprüche aus dem SGB V sehen vor allen Dingen stationäre und ambulante Angebote in Kliniken vor. Aufsuchende Angebote sind zwar regelhaft vorgesehen, aber keineswegs flächendeckend implementiert. Leistungen gem. §§ 32, 33 SGB V, die Heil- und Hilfsmittelversorgung, werden nicht im engeren Sinne als Rehabilitationsleistungen verstanden, Leistungen der ergänzenden Rehabilitation gem. § 43 SGB V für auf Pflege angewiesenen Menschen oder von Pflegebedürftigkeit bedrohten Personen selten zugänglich gemacht. Inwieweit sich eine rehabilitativ orientierte Pflege (Bobarth etwa) auch im Leistungserbringungsrecht der häuslichen Krankenpflege gem. § 37 SGB V niederschlägt respektive Rehabilitationsziele auch bei der Leistungserbringung im Rahmen von § 36 SGB XI ihren Niederschlag finden (können), ist nicht in jeder Hinsicht geklärt, zumal wenn es darum geht, Rehabilitationsziele zum zentralen Ziel oder Ankerpunkt für die Verordnung entsprechender Leistungen zu machen. Ähnliches gilt für Angebote und Konzepte der Kurzzeitpflege, die ihrerseits ressourcenorientiert pflegerisch-therapeutisch ausgerichtet sein sollten.

Unabhängig von diesen Detailfragen stellt sich die Frage danach, wie die Rehabilitationsleistungen für auf Pflege angewiesene Menschen künftig besser koordiniert und Rehabilitationsbedarfe von auf Pflege angewiesenen Menschen gezielter beantwortet werden können. Zwei Positionen werden hierzu vertreten: Eine Position möchte die Pflegeversicherung zum Träger von Rehabilitationsleistungen für auf Pflege angewiesene Menschen machen, die andere sieht die Rehabilitationsleistung weiterhin in der Hand der gesetzlichen Krankenversicherung. Für eine Verlagerung der Rehabilitationsleistungen in das Recht der sozialen

Pflegeversicherung könnte sprechen, dass hier am ehesten ein Interesse an den Wirkungen der Rehabilitationsleistungen auch in ökonomischer Hinsicht besteht. Dies ist allerdings eingeschränkt, so der Kassenwettbewerb nicht auch im Bereich der sozialen Pflegeversicherung verankert wird. Auch stellt sich die Frage, ob es allein wettbewerbliche Elemente sind, die die Kassenaktivitäten steuern. Überdies wäre mit einer Verlagerung der Trägerschaft für Reha-Leistungen in die Pflegeversicherung nur ein enges Rehabilitationsverständnis Basis der Reha-Leistungen. Rehabilitation im Sinne der ICF – der Sicherung sozialer Teilhabe – bliebe weiterhin außen vor, wobei die im Konzept der Pflegebedürftigkeit in den Vordergrund gestellten Selbstständigkeitsbeeinträchtigungen in ihrer Beantwortung jeweils der sozialen Teilhabe dienen, obwohl sie keine Teilhabeleistung im engeren Sinne darstellen. Man würde durch die Verlagerung der Trägerschaft der medizinischen Rehabilitation nur ein Teilproblem lösen.

Die andere Position sieht weiterhin die gesetzliche Krankenversicherung als Träger der Rehabilitationsleistung im Vorfeld von und bei Pflegebedürftigkeit. Für die Beibehaltung und gegebenenfalls den Ausbau spreche die enge Verzahnung mit Leistungen ärztlicher Diagnostik und Behandlung, die insgesamt den Rehabilitationsprozess koordinierenden Funktionen von Kliniken und niedergelassenen Ärzten und die Einbeziehung von im weiteren Sinne als Rehabilitationsleistung zu wertenden Maßnahmen wie die Gewährung von Heil- und Hilfsmitteln. Auch die für die GKV-Leistungen in Anwendung zu bringenden Koordinationsvorschriften aus Teil 1 des SGB IX mit der klaren Regelung von Zuständigkeits- und Fragen der Verfahrensgestaltung sprechen für den Verbleib der leistungsrechtlichen Zuständigkeit in der GKV. Damit auch die Koordinations- und Kooperationsregelungen aus dem Rehabilitationsrecht verbindlich die Leistungen der Pflegeversicherung miteinbeziehen, denn Menschen mit Pflegebedarf haben auch Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe, ist es unumgänglich, die Pflegeversicherung zum Reha-Träger im Sinne des SGB IX zu machen.

3.3 Behandlungspflege

Die leistungsrechtliche Verortung der sogenannten Behandlungspflege ist seit vielen Jahrzehnten Gegenstand fachpolitischer aber vor allem pflegeöko-

nomischer Debatten (Steppe 2000; Klie 1998; Szepan 2018). Pflegewissenschaftlich ist der Begriff der Behandlungspflege mehr als umstritten. Sinnvoll lässt sich in einem pflegewissenschaftlichen Verständnis die leistungsrechtliche Unterscheidung zwischen sogenannten körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen- und Behandlungspflege nicht treffen. Traditionell wurden unter Behandlungspflege Aufgaben bei der Mitarbeit bei ärztlicher Diagnostik und Therapie verstanden, soweit Aufgaben und Tätigkeiten in ärztlicher Verantwortung an Pflegekräfte delegiert werden konnten. Die Diskussion pflegeökonomischer Art fokussierte vor allen Dingen die Kostentragungspflicht für die Behandlungspflege in stationären Einrichtungen der Langzeitpflege und der Behindertenhilfe.⁴ Die Finanzierung der Behandlungspflegekosten durch die GKV war bereits mit Einführung der Pflegeversicherung in Aussicht gestellt worden, ist aber bis heute nicht vollständig umgesetzt, auch wenn seit 2019 durch das Pflegepersonalstärkungsgesetz Zuschüsse zu den Personalkosten für Aufgaben der Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen gewährt werden können. Inhaltlich wird das, was heute als Behandlungspflege verstanden wird, im Wesentlichen über die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschuss gem. § 92 SGB V zu dem Leistungsumfang der häuslichen Krankenpflege gem. § 37 SGB V definiert. Bei Beziehen von Leistungen der Pflegeversicherung kommt es regelmäßig zu einer Leistungskonkurrenz respektive einem Nebeneinander von Leistungen gem. § 36 SGB XI und § 37 Abs. 2 SGB V – etwa §§ 41, 42, 43, 43a SGB XI i.V.m. § 37 Abs. 2 SGB V. Mit der leistungsrechtlichen Trennung und der Zuständigkeit unterschiedlicher Kostenträger von Pflegeleistungen im Rahmen des Pflegeprozesses liegt eine bearbeitungsbedürftige Schnittstellenproblematik vor, die sehr unterschiedliche „Gesichter“ in vollstationären Versorgungskontexten, in ambulanten Versorgungssettings aber auch in neueren kollektiven Versorgungsformen wie Tagespflege und ambulant betreuten Wohngemeinschaften kennt. Mit der Professionalisierung der Fachpflege ist die Behandlungspflege in jedem Fall aus dem Schatten alleiniger ärztlicher Verantwortung und delegierter Aufgaben herausgetreten. Im Zusammenhang mit der Debatte um die Übertragung von Heilbehandlungsaufgaben als eigenständige an die Pflegefachpersonen wird auch die faktische Delegationsfiktion problematisiert und

konzeptionell durchbrochen und zugleich der Versuch unternommen, im Sinne von extended nursing eigenständige Aufgaben der Heilkunde an Pflegefachpersonen zu übertragen (Szepan 2013). Im Rahmen der Corona-Pandemie erhält die Frage der Heilkundeübertragung gem. § 5a IfSG neue Aktualität. Völlig unabhängig davon sind pflegerische Aufgaben immer eingebunden in einen allein von den Pflegefachpersonen als Vorbehaltsaufgabe gem. § 4 PflBG in Aushandlung mit den Patient*innen zu gestaltenden Pflegeprozess. Der Pflegeprozess kann und darf in seiner Logik nicht einer leistungs- und vertragsrechtlichen Segmentierung nach körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen hier und Behandlungspflege dort folgen. Die Fachpflege wird ganzheitlich verstanden und der Pflegeprozess ist einheitlich unter Berücksichtigung aller pflegerelevanten Aspekte zu gestalten und hat jeweils die Schnittstellen zu den Verantwortungsbereichen anderer Berufsgruppen, seien es die der Ärzte, seien es die der Therapeuten, aber auch die der Hauswirtschaft und Sozialarbeit zu reflektieren und die Kompetenzen der angesprochenen Berufsgruppen einzubeziehen. In der Pflegewissenschaft und in den Lehrbüchern zur Pflegeplanung (Weidner 2019; Brandenburg 2013) wird dies auch in diesem umfassenden Sinne verstanden und wird Pflegeplanung entsprechend konzipiert. Die Frage ist, wie leistungsrechtlich auf die Schnittstellenproblematik eingegangen respektive diese bearbeitet werden kann und soll. Zwei unterschiedliche Optionen kommen in Betracht und werden diskutiert:

(1) Behandlungspflege und Pflegeprozessessteuerung als Leistung der GKV

Wie schon in dem Reformpapier „Strukturreform Pflege und Teilhabe“ 2013 vorgeschlagen und modellhaft berechnet, könnten die Aufgaben der Pflegeprozessplanung neben den Leistungen der „Behandlungspflege“ als Leistungen in einem erweiterten § 37 SGB V verankert werden. Zusätzlich zu dem bislang schon im Leistungskatalog der häuslichen Krankenpflege gem. § 37 Abs. 2 SGB V vorgesehenen Leistungen kämen solche der Steuerung des Pflegeprozesses hinzu, die bei umfassenden behandlungspflegerischen Leistungsprofilen mitfinanziert, ansonsten gegebenenfalls über eine zusätzliche Pauschale zusätzlich entgolten werden müssten. Auf diese Weise würden im

4 Ruhensvorschrift des § 216 Abs. 1, Ziff. 4 RVO a.F. Klie 1990 wurden im Dritten Reich die Krankenkassen von den Kosten der Behandlungspflege in Anstalten, die nicht mehr kurativ ausgerichtet waren, befreit.

Leistungsrecht der GKV eigenständig Leistungen der Fachpflege, so ihr Aufgaben gem. § 4 PflBG berufsrechtlich vorbehalten sind, verankert.

Für eine GKV-Lösung spricht zunächst, dass Aufgaben der Fachpflege keineswegs lediglich im Zusammenhang mit dem sozialrechtlichen Konstrukt der Pflegebedürftigkeit und dem Leistungsbezug von Pflegeversicherungsleistungen einhergehen. Die pflegefachliche Begleitung ist auch in zahlreichen anderen Situationen indiziert, in denen Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14ff SGB XI nicht vorliegt. Aufgaben der Behandlungspflege werden häufig von nichtpflegebedürftigen Personen in Anspruch genommen. Bei drohender Pflegebedürftigkeit, aber auch bei vorliegender Behinderung können pflegefachliche Begleitaufgaben unter präventiven und rehabilitativen Gesichtspunkten von größter Bedeutung sein (vgl. Community Health Nursing, Robert Bosch Stiftung⁵). Die Präventions- und Rehabilitationspotentiale fachpflegerischer Begleitung, die gesundheitsfördernde und edukative Ausrichtung von Fachpflege wären auf diese Weise ebenso zu gewährleisten wie ein stigmafreier Zugang zu fachpflegerischer Begleitung. Die Zuerkennung von Pflegebedürftigkeit als einerseits leistungsauslösender Tatbestand und auf der anderen Seite als Stigma behaftet, rückt die fachpflegerische Begleitung stets in die Nähe der sogenannten Altersgebrechlichkeit, die bei dem Konzept der Pflegebedürftigkeit faktisch immer noch prägend ist. Auch ist die Pflegeversicherung nicht nur heute, sondern wird auch in Zukunft stets mit haushaltsökonomischen Kalkülen hinsichtlich der Finanzierung von Pflegeleistungen verbunden bleiben. Im geltenden Leistungsrecht der Pflegeversicherung wird unter haushaltsökonomischen Gesichtspunkten auf die Inanspruchnahme von Pflegefachleistungen verzichtet (cash oder care). Damit werden die oben beschriebenen bedeutsamen Verantwortlichkeiten sozialstaatlicher Art, die sich auch und gerade in der fachpflegerischen Begleitung niederschlagen, eingeschränkt respektive mit in ihren Folgen problematischen Hürden verbunden. Auch die Zusammenarbeit mit Ärzten, Krankenhäusern, Therapeuten und anderen Akteuren des Gesundheitswesens könnte über eine Integration fachpflegerischer Leistungen als eigenständige Leis-

tung der GKV deutlich unterstützt und erleichtert werden. Dabei berühren die den Pflegefachkräften zugeordneten Kompetenzen in der Primär- und Langzeitversorgung sowie dem breiten Feld von Public Health immer unterschiedliche Kostenträger – und wie nicht zuletzt die Corona-Pandemie deutlich machte, den öffentlichen Gesundheitsdienst, der in den letzten Jahrzehnten zurückgefahren wurde.

(2) Behandlungspflege unabhängig vom Ort der Leistungserbringung in der Finanzierungsträgerschaft des SGB XI

Das Konzept der Pflegebedürftigkeit, das 2017 mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff verbindlich eingeführt wurde, ist pflegewissenschaftlich basiert und kennt als zentralen Akteur die Fachpflege, die sowohl diagnostisch als auch im Assessment unter Hilfeplanung bei pflegebedürftigen Versicherten eine zentrale Steuerungsfunktion übernimmt und dies auch unabhängig von der Profession der Medizin. Das Konzept Pflegebedürftigkeit, wie es jetzt im Recht der Pflegeversicherung mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff verankert ist, rückt Fragen der Selbstständigkeit im Umgang mit den Folgen gesundheitlicher Störungen in den Mittelpunkt. Die Fähigkeit zur selbstständigen Krankheitsbewältigung und selbstständigen Gestaltung von Lebensbereichen zu erhalten, steht im Vordergrund. Pflegerische Aufgabe ist es, den Pflegebedürftigen im Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen zu befähigen, Selbstpflegekompetenzen wahrzunehmen, zu entwickeln und zu unterstützen. Sie folgt dem ganzheitlichen Ansatz und unterscheidet nicht wie das Kranken- und Pflegeversicherungsrecht in körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen, Hilfen bei der Haushaltsführung und Behandlungspflege auf der einen Seite und unterschiedliche Finanzierungsträgerschaften auf der anderen Seite. Pflegerische Handlungen lassen sich weder inhaltlich noch kostenmäßig voneinander trennen. Körperbezogene Pflegemaßnahmen und medizinische Behandlungspflege etwa werden oftmals gleichzeitig ergriffen. Insofern bietet eine Verankerung von behandlungspflegerischen Leistungen im SGB XI zumindest für die Leistungsbezieher der

5 Vgl. <https://www.bosch-stiftung.de/de/projekt/community-health-nursing> (Abruf vom 10.12.2020).

4

Abgrenzungen und Schnittstellen zur Teilhabe

Pflegeversicherung ein aus ihrer Sicht einheitliches, abgestimmtes und aus einer Hand finanziertes pflegfachliches Handeln (Szepan 2019), denn auch sie sind Grundlage für die Steuerung des Pflegeprozesses. Die soziale Pflegeversicherung würde damit zu einem Leistungsgesetz, das den ganzheitlichen pflegerischen Ansatz der Langzeitpflege aufgreift, zur Angleichung der Rahmenbedingungen in der ambulanten und stationären Pflege führt und Fehlanreize beseitigt. Bei Integration von pflegerisch-therapeutischen Versorgungsansätzen in das Leistungsrecht der Pflegeversicherung werden für pflegebedürftige Personen auch Rehabilitationsansprüche zumindest dann leichter zu realisieren. Für die Finanzierung der Behandlungspflege erhalten die Pflegeeinrichtungen für das dafür eingesetzte Personal eine Refinanzierungssicherheit über einen Vergütungszuschlag aus dem Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung in Analogie zur Refinanzierungssicherheit von zusätzlichen Betreuungskräften gemäß § 43b SGB XI respektive in Analogie zur Finanzierung von 20.000 Stellen in stationären Einrichtungen der Langzeitpflege gemäß § 84 Absatz 9 und § 85 Abs. 9 bis 11 SGB XI. Eine Eigenbeteiligung der pflegebedürftigen Person wird damit ausgeschlossen.

(3) Lösungsoptionen

Für beide leistungsrechtlichen Gestaltungsoptionen gibt es Wege ihrer Umsetzung: Sei es über einen Ausgleich unter Leistungsträgern (über Zuschuss oder Beitragsanpassungen) oder über ein entsprechendes Budget für Aufgaben der Steuerung des Pflegeprozesses im SGB V. In Verbindung mit der Heilkundeübertragung an Pflegefachpersonen wären ebenfalls und dies nicht nur bezogen auf pflegebedürftige Personen Ausgleichsmechanismen zwischen dem SGB XI und SGB V vorzusehen. § 8 Abs. 3 a SGB XI sieht modellhaft die Übernahme von ärztlichen Heilkundaufgaben durch Pflegekräfte vor, so sie der Krankenhausvermeidung dienen. Mitbedacht werden muss die Problematik, dass Privatkrankenversicherte keinen gesetzlichen Anspruch auf häusliche Krankenpflege besitzen, diesen vielmehr über spezifische Konditionen im Krankenversicherungsrecht sicherzustellen hätten. Aber auch für dieses Problem gäbe es de lege ferenda Lösungsoptionen.

4.1 Das BTHG

Sowohl die Pflegeversicherung als auch das Recht der Eingliederungshilfe wurde in den letzten Jahren grundlegend reformiert. Die Reformdynamiken müssen deutlich besser als in der Vergangenheit aufeinander bezogen werden. Dies gilt zum einen hinsichtlich der Personenkreise von Menschen mit Behinderung, die einen Pflegebedarf aufweisen als auch umgekehrt, von Pflegebedürftigen, die dem Leitbild der Altersgebrechlichkeit entsprechen, die gegebenenfalls zusätzlich Teilhabeleistungen benötigen.

Eine zukunftsorientierte Debatte zur Weiterentwicklung der Pflege sollte nicht in einem Status quo verharren, sondern neben einer (weiteren) Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege auch Entwicklungen in der Teilhabe von Menschen mit Behinderungen einbeziehen. Mit dem Bundesteilhabegesetz (BTHG) ist in den meisten Bundesländern den Kommunen als örtliche Träger der Eingliederungshilfe eine erweiterte Gestaltungsrolle zugewachsen, die angesichts der zunehmenden Schnittstellen zwischen SGB IX und SGB XI auch in der Diskussion über die Weiterentwicklung der Pflege in Deutschland berücksichtigt werden sollte.

Aufgabe der Eingliederungshilfe nach dem neuen BTHG ist ab 1. Januar 2020 gem. § 90 Abs. 1 SGB IX, Leistungsberechtigten eine individuelle Lebensführung zu ermöglichen, die der Würde des Menschen entspricht, und die volle wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft fördert. Die Leistung soll sie befähigen, ihre Lebensplanung und -führung möglichst selbstbestimmt und eigenverantwortlich wahrnehmen zu können. Sofern die Kommunen als örtliche Träger der Eingliederungshilfe bestimmt sind⁶, haben sie nach § 95 Satz 1 SGB IX im Rahmen ihrer Leistungsverpflichtung eine personenzentrierte Leistung für Leistungsberechtigte unabhängig vom Ort der Leistungserbringung sicherzustellen. Die örtli-

6 Dies ist in folgenden Bundesländern der Fall: BW, BB, HE (tw), MV, NI, NRW (eingeschränkt; LV), RP (tw), SH, SN (z.T. KSV), ST (Einbeziehung im Einzelfall), TH.

chen Träger der Eingliederungshilfe haben dabei mit Leistungsanbietern und anderen Stellen zusammenzuarbeiten und qualifizierte Fachkräfte für die Durchführung der Aufgaben der Eingliederungshilfe in quantitativ wie qualitativ ausreichender Anzahl vorzuhalten.

Mit dem BTHG und seiner Umsetzung vor Ort werden die Kommunen als örtliche Träger der Eingliederungshilfe im Bereich der Teilhabe für Menschen mit Behinderungen verpflichtet,

- Maßnahmen für einen inklusiven, teilhabeorientierten Sozialraum zu befördern und hierbei professionelle wie ehrenamtliche Angebote der Unterstützung, Betreuung und Hilfe in einem Gesamtplan zu verbinden,
- den Leistungsberechtigten umfassend zu beraten und seine Teilhabebedarfe personenzentriert zu ermitteln,
- im Rahmen des Gesamtplanverfahrens, das transparent, trägerübergreifend, interdisziplinär, konsensorientiert, individuell, lebensweltbezogen, sozialraumorientiert und zielorientiert durchzuführen ist, die verschiedenen Rehabilitationsträger und deren teilhabeorientierten Angebote zu koordinieren.

Im Ergebnis haben sie mittels des Gesamtplanes ein verbindliches, koordiniertes und personenzentriertes Teilhabeangebot dem Leistungsberechtigten zu bewilligen.

Das im SGB IX geregelte Gesamtplanverfahren sollte perspektivisch mit den Planungsinstrumenten des SGB XI, die auf professioneller Ebene im individuellen Pflegeplan und auf dem des Care und Case Managements in einem Versorgungsplan gem. § 7a SGB XI zu finden sind, angenähert und verzahnt werden.

4.2 Personenzentrierung in Teilhabe und Pflege

Transformiert man die Ansätze aus der Eingliederungshilfe in die Diskussion über eine inhaltliche Weiterentwicklung der Pflege im Sinne einer stärker personenzentrierten sowie teilhabeorientierten Pflege, dann kristallisieren sich anknüpfend an die Vorschläge der Pflegestrukturereform I aus 2013 folgende „Leitplanken“ für eine Reform heraus:

Das System der Pflege insgesamt müsste sich perspektivisch von einer einrichtungsbezogenen

zu einer personenzentrierten Betrachtungsweise geleitet werden. Mit anderen Worten: Die Leistungen der Pflegeversicherung werden – ganz im Sinne des aus der Teilhabe bekannten personenzentrierten Ansatzes – nicht mehr auf der Grundlage der unterschiedlichen Leistungsansprüche in Abhängigkeit vom Versorgungsort und Leistungskomplexen erbracht. Vielmehr werden pflegerische Hilfen anhand der Bedarfe und Bedürfnisse der pflegebedürftigen Person unter Berücksichtigung des sozialen Umfeldes ermittelt und ausgerichtet.

Hinsichtlich der zuvor skizzierten Verfahrensregelungen des SGB IX zum Teilhabe- bzw. Gesamtplanverfahren ist es – wie bereits dargelegt – erforderlich, dass die Pflegekassen sowie die Leistungsträger der Hilfe zur Pflege Rehabilitationsträger im Sinne von § 6 SGB IX werden müssen. Nur so kann eine zwischen dem Teilhabe-system nach dem SGB IX und dem Pflegesystem nach dem SGB XI abgestimmte Teilhabe- und Pflegeplanung auf der Strukturebene sichergestellt werden. Damit wird eine gemeinsame Verantwortung von Pflegekassen und den örtlichen Trägern der Teilhabeleistungen des SGB IX (Kommunen) für eine Pflege(struktur)planung erforderlich. Dies bedeutet konsequenterweise die Einführung eines § 95 Satz 1 SGB IX vergleichbaren Sicherstellungsauftrages der kommunalen Ebene für die Vorhaltung einer hinreichenden Pflegestruktur.

5 Pflege geschieht vor Ort: Rolle der Kommunen und der Kassen profilieren

5.1 Aufgaben und Zuständigkeiten der Kommunen

Die mit der Einführung der Pflegeversicherung einhergehende „Entpflichtung und Selbstentpflichtung der Kommunen“ in der Pflege hat zu einer „Entlassung“ der Kommunen aus der Verantwortung für die pflegerische Versorgung geführt. Die Ursachen hierfür liegen insbesondere darin begründet, dass mit der Einführung der Pflegeversicherung:

- die Pflegeversicherung als „Teilleistungssystem“ ausgestaltet ist und ihre Leistungen größtenteils nach einem festen Leistungskatalog erbringt und die Hilfe zur Pflege mit ihren nachrangigen Leistungen kaum gestalterischen Spielraum, auch und gerade in finanzieller Hinsicht besitzt,
- das System der Pflege (Leistungen der Pflegeversicherung nach dem SGB XI sowie Leistungen der Träger der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII) nicht als personenzentrierte Angebote ausgerichtet sind und dementsprechend diese Leistungsgewährung orientierte Bedarfsermittlungsinstrumente, die sich an der Einbettung des betroffenen Menschen in seinen Sozialraum orientieren, nicht vorhält,
- weder die Pflegekassen noch die Träger der Hilfe zur Pflege Reha-Träger im Sinne von § 6 SGB IX sind,
- die Ausgestaltung von § 72 SGB XII eine verbindliche Altenhilfeplanung, geschweige denn einen entsprechenden Sicherstellungsauftrag im Sinne einer kommunalen Vorhaltungsverpflichtung, nicht vorsieht,
- den Ländern es bisher nicht gelungen ist, eine klare Neuzuweisung von Aufgaben der Pflege auf die Kommunen bundes- wie landesgesetzlich zu verankern.

Die Ursachen wurden mit der Aufgabenzuweisung der Pflegeberatung auf die Pflegekassen mit dem PFWG (2008) noch verschärft.

Angesichts dieser Ausgangslage verwundert es nicht, dass die Kompetenzen und Potentiale der Kommunen für die Prävention und Bewältigung von Pflegebedürftigkeit nach wie vor weitgehend ungenutzt bleiben.

Die mit dem PSG III vorgenommenen gesetzlichen Änderungen im Ergebnis der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege, z. B. §§ 7c, 8a, 9, 45c, 109 SGB XI ändern an dieser Feststellung nichts. Insbesondere ist der Ansatz der sogenannten Modellkommunen nach §§ 7, 123, 124 SGB XI deutlich hinter den ursprünglich mit ihm verfolgten Erwartungen zurückgeblieben.⁷ Zu Recht hatte der Bundesrat in seiner diesbezüglichen EntschlieÙung festgestellt:⁸

„Die im PSG III in den §§ 123, 124 SGB XI getroffenen Regelungen sind nicht geeignet, den sozialräum-

lichen Beratungsansatz, den die Bund-Länder-AG mit den „Modellkommunen Pflege“ verfolgt, in der Praxis zu realisieren. Eine Zielsetzung der Bund-Länder-AG war, die Bündelung von Beratungsstrukturen mit einem ganzheitlichen Beratungsansatz unter Federführung der „Modellkommune Pflege“ zu ermöglichen. Die Beratungen im engeren Pflegekontext sollte dabei um weitere Elemente aus dem Bereich der kommunalen Infrastruktur, des breiten kommunalen Aufgabenportfolios und der Daseinsvorsorge ergänzt werden. Bestehende gut funktionierende Beratungsstrukturen vor Ort, auch solche der Pflegekassen, sollen in die „Modellkommune Pflege“ integriert werden. Angesichts der völlig unzureichenden und unattraktiven gesetzlichen Regelungen zu Modellkommunen hat lediglich das Land Baden-Württemberg von der Option der Modellkommunen Gebrauch gemacht.⁹ Es geht darum, einen anderen integrativen Beratungsansatz im sozialräumlichen Kontext zu erproben, nicht darum festzustellen, ob Kassen oder Kommunen eine bestimmte Aufgabe besser wahrnehmen. Hierfür müssten die Kommunen aufgrund ihrer lokalen, sozialraumorientierten Verantwortung für die Bürgerinnen und Bürger die Federführung übernehmen.“

Angesichts der vielfältigen Schnittstellen zwischen den Leistungen der Teilhabe nach dem SGB IX Teil II und der Pflege (-versicherung) nach dem SGB IX, den zunehmend schwieriger abzugrenzenden Leistungszugängen nach §§ 99, 103 SGB IX einerseits sowie § 14 SGB XI andererseits ist es zur Erreichung der Ziele einer guten Pflege angesichts des fortschreitenden demografischen Wandels unumgänglich, die qualitativen und quantitativen Ressourcen beider Leistungssysteme sinnvoll aufeinander abgestimmt einzusetzen, Kooperationspflichten zwischen beiden Systemen auszubauen und perspektivisch die Systeme der Teilhabe und Pflege leistungsrechtlich miteinander zu verzahnen bzw. zu verbinden. Dabei kommt den Kommunen als Träger der örtlichen Eingliederungshilfe eine zentrale Rolle zu, die es auch für die Hilfe zur Pflege stärker zu nutzen gilt. Ein derartiger Ansatz sollte dabei den Antagonismus zwischen den immer stärker werdenden sozialraum-orientierten Kompetenzen der Kommunen in der Teilhabe (und darüber hinaus) mit der eher zentralstaatlich angelegten Pflegeversicherung sinnvoll und zielorientiert auflösen.

7 Vorholz, NDV 09/2017, S. 391 ff.

8 BR-Drs. 720/16.

5.2 Daseinsvorsorge und Allzuständigkeit der Kommunen

Daseinsvorsorge, verstanden als Bedingungen guten Lebens für alle Bürger*innen vor Ort (Schmidt 2018) fällt in die Allzuständigkeit der Kommunen gem. Art. 28 Abs. 2 Grundgesetz. Auch die gesundheitliche und pflegerische Versorgung ist zur Daseinsvorsorge zu zählen (Schmidt 2018). Dort, wo die spezialgesetzlichen Regelungen, die eine Sicherstellung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung gewährleisten sollen, nicht greifen, bleiben die Kommunen in der Verantwortung, für eine ausreichende Infrastruktur für ihre Bürger*innen zu sorgen. Während für die gesundheitliche Versorgung die diesbezüglichen Regelungen und Instrumente zugeschärft wurden, bleibt es im Bereich der Pflegeversicherung weiterhin bei allgemeinen Aufgabenzuordnungen ohne eine konfliktfeste Regelung des Sicherstellungsauftrages. Anders als in § 13 SGB V gibt es in dem Recht der Pflegeversicherung keine Regelung für Systemversagen. Dies ist bei einer Teilleistungskonzeption eines subsidiär angelegten sozialen Sicherungsfeldes bisher unbekannt. Es bleibt die Kommune jeweils in der Verantwortung, durch entsprechende Governance auf eine bedarfsgerechte Infrastruktur der pflegerischen Versorgung hinzuwirken. Auch hat sie die Möglichkeit, gegebenenfalls auch die Verpflichtung, selbst Einrichtungen vorzuhalten, sollten Angebote des Marktes und der Leistungserbringer nicht ausreichen oder geeignet sein, die pflegerische und gesundheitliche Versorgung sicherzustellen. Die gut dokumentierten unterschiedlichen Versorgungsstandards und Niveaus der pflegerischen Infrastruktur¹⁰ zeigen, dass es weniger davon abhängt, ob Kommunen selbst eigene Angebote und Dienste vorhalten, als vielmehr von einem gut koordinierten Zusammenwirken aller Akteure auf regionaler und kommunaler Ebene und einer entsprechenden Governance. Daseinsvorsorge ist im Kern kein Rechtsbegriff, sondern ein verwaltungswissenschaftlicher Begriff. Nicht um Pflichtleistungen und freiwillige Leistungen geht es bei Fragen der Daseinsvorsorge im verwaltungswissenschaftlichen Sinne, sondern darum, wie die Kommune durch entsprechende Governance darauf hinwirken kann, dass die Bürger*innen vor Ort gute Bedingungen für ein Leben mit Pflegebedürftigkeit

vorfinden und ihr Leben entsprechend gestalten können. Dabei greifen informelle, familiäre und nachbarschaftliche Unterstützungsformen mit zivilgesellschaftlichen und professionellen Angeboten ineinander. In diesem Zusammenwirken, in das auch Marktakteure einbezogen sind, liegt der Schlüssel für die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung auf örtlicher und regionaler Ebene. Öffentliche Diskurse, fundierte und datengestützte (Sozial-) Planung, koordinierende Gremien und ein suffizientes Care und Case Management gehören zu den Grundvoraussetzungen, dass Angebote der Pflege, aber auch die der gesundheitlichen Versorgung vor Ort in bedarfsgerechter Weise vorgehalten werden können – inklusive des jeweils örtlich zu gewinnenden und auszubildenden Personals.

5.3 Kommune als Sozialhilfeträger

5.3.1 Hilfe zur Pflege

Die Leistungen der Hilfe zur Pflege wurden sowohl durch das PSG III als auch durch das Bundesteilhabegesetz weitgehend neu geregelt und haben ihre Eigenständigkeit hinsichtlich des Verständnisses von Pflegebedürftigkeit ebenso eingebüßt wie hinsichtlich leistungsrechtlicher Ergänzungsfunktion, die über eine Ausweitung der Leistungen in quantitativer respektive finanzieller Hinsicht hinausgehen (Klie 2020d). Insbesondere dadurch, dass sowohl die Feststellung des MDK verbindlich für die Sozialhilfeträger und akzessorisch für die leistungsrechtlichen Entscheidungen ist, bleibt für auf Pflege angewiesene Menschen unterhalb eines festgestellten Pflegegrades keine leistungsrechtliche Zuständigkeit mehr vorhanden. Insofern kommen für diesen Personenkreis Leistungen gem. §§ 70, 71 SGB XII in Betracht. Eine eigene leistungsrechtliche Zuständigkeit der Sozialhilfeträger im Rahmen der Hilfe zur Pflege gem. §§ 61ff. SGB XII bleibt für den nichtversicherten Personenkreis bestehen. Auch haben die Sozialhilfeträger eigenständig gem. § 63b SGB XII den individuellen Bedarf zu ermitteln.¹¹ Da in der Sozialhilfe eine Deckelung der Leistungen der Hilfe zur Pflege anders als in der Pflegeversicherung nicht vorgesehen ist, bedarf es unabhängig von der Frage der Feststellung eines Pflegegra-

9 Die Verhandlungen in Baden-Württemberg waren im Februar 2021 noch nicht abgeschlossen.

10 Vgl. DAK Pflegereport 2018 & 2019: Klie 2018c, 2019d.

11 Vgl. ausführlich: Klie 2020f : in Hauck/ Noftz, SGB XII, K § 63b Rz. 4.

des einer sowohl inhaltlich als auch quantitativ ausgerichteten Bedarfsermittlung und -feststellung, die auch die Leistungen anderer Sozialleistungsträger mit einzubeziehen hat. Dabei ist in besonderer Weise das Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten mit zu beachten. Beim Zusammentreffen von Leistungen der Eingliederungshilfe mit denen der Hilfe zur Pflege ist überdies § 103 SGB IX einschlägig. Im Leistungsrecht der Hilfe zur Pflege ist das persönliche Budget gem. § 29 SGB IX als Leistungsform anders als im Pflegeversicherungsrecht explizit vorgesehen, wobei zumindest beim Zusammentreffen von Leistungsansprüchen auf Eingliederungshilfe und Ansprüchen auf Hilfe zur Pflege mit der Einführung des BTHG auch Leistungen der Pflegeversicherung in ein persönliches Budget vollumfänglich und nicht nur über das Pflegegeld einzubeziehen sind, so der Betroffene dies wünscht und einen Antrag auf ein persönliches Budget gestellt hat. Insofern sind im Recht der Hilfe zur Pflege Flexibilisierungsoptionen im Leistungserbringungsrecht angelegt. Die besondere Stellung der Sozialhilfeträger im System der sozialen Sicherung kann bei Übernahme der Fallverantwortung im Übrigen auch zu einer Garantienstellung des Sozialhilfeträgers kommen, wenn Personen sich in einer von ihnen nicht mehr zu beeinflussenden Notlage befinden, ihr Wohl gefährdet ist und erheblicher Schaden droht (Hoffmann 2010b; Klie 2019e). Insofern steht der Sozialhilfeträger anders als die Pflegekasse in einer erwachsenenschutzrechtlichen Aspekte einbeziehenden Fallverantwortung gegenüber Hilfesuchenden und dies ab Bekanntwerden der Notlage. Die Praxis der Sozialhilfeträger im Bereich der ambulanten Versorgung für die auf Hilfe zur Pflege angewiesene Person ist sehr unterschiedlich und bislang wenig „entfaltet“ (vgl. Rischard 2019). Da zumeist, wenn auch nicht immer, die Kommunen Träger der Sozialhilfe im Bereich der Hilfe zur Pflege sind, ergibt sich für die Kommunen eine recht weitreichende Verantwortung, da sie auch als Sozialhilfeträger einen Sicherstellungsauftrag für auf Pflege angewiesene Menschen haben, soweit sie Leistungen der Hilfe zur Pflege beanspruchen können.

5.3.2 Hilfe zur Weiterführung des Haushaltes

Für Bürger*innen, die in ihrem Hilfebedarf unterhalb der Schwelle der leistungsauslösenden Pflegegrade bleiben, bleibt die Hilfe zur Weiterfüh-

rung des Haushaltes als eine für den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit und die damit verbundene Selbständigkeit entscheidende Hilfeleistung. Nachdem durch das PSG III im Rahmen der Hilfe zur Pflege für den Personenkreis unterhalb eines leistungsauslösenden Pflegegrades keine Leistungen gem. §§ 61ff. SGB XII mehr gewährt werden kann (Klie 2020d), bleiben im System des Sozialhilferechtes Leistungen gem. § 70 SGB XII als eine Art leistungsrechtlicher Auffangtatbestand übrig. Die Performance der Sozialhilfeträger in der Gewährung von Leistungen der Hilfe zur Weiterführung des Haushaltes ist höchst unterschiedlich. Der Leistungsanspruch besteht gleichwohl überall in Deutschland in gleicher Weise. Er ist im Bedarfsfall auch Personen zu gewähren, die alleine leben und dauerhaft der Unterstützung bei der Haushaltsführung bedürfen, die über turnusmäßige Haus- und Putzhilfen hinausgehen. Hilfen zur Weiterführung des Haushaltes setzen im Unterstützungs- und Supportbedarf bei der Haushaltsführung an und waren ursprünglich konzipiert für Zeiten des Ausfalls der für die Haushaltsführung verantwortlichen Personen, zumeist die Ehefrau respektive Mutter. Die Ratio des § 70 SGB XII zielt auf die Aufrechterhaltung der Kompetenz zur Haushaltsführung ab, die sich nicht allein auf einzelne hauswirtschaftliche Leistungen, sondern auf das Haushaltsmanagement erstreckt. Ob Leistungen der hauswirtschaftlichen Versorgung im Leistungsrecht der Pflegeversicherung systemkonform platziert sind oder nicht, darüber kann man trefflich streiten (Opolony 2019). In jedem Fall sind und bleiben Leistungen der hauswirtschaftlichen Versorgung für sozialhilfeberechtigte Personen für die Aufrechterhaltung einer selbständigen Lebensführung in der von ihnen gewünschten eigenen Häuslichkeit elementar und dürfen so in einem Gesamtkonzept von Teilhabe und Pflege für (potentiell) auf Pflege angewiesene Menschen nicht fehlen. Auch für pflegebedürftige Personen kommen grundsätzlich Leistungen der Hilfe zur Weiterführung des Haushaltes in Betracht.

5.3.3 Altenhilfe

Eine mit der Einführung der Pflegeversicherung unberührt gebliebene Aufgabe der Kommune ist die der Altenhilfe. Sie wird von den Kommunen in sehr unterschiedlicher Weise wahrgenommen (vgl. Pohlmann 2020). Die aus den 1970er Jahren stammende Vorschrift wurde mehrfach geron-

tologisch modernisiert und aus einem eher fürsorgerisch geprägten Verständnis einem kompetenzorientierten Bild vom Alter angepasst. Mit Einfügung eines neuen Absatzes 5 in § 71 SGB XII ist inzwischen festgelegt, dass die Leistungen der Altenhilfe mit den übrigen Leistungen des SGB XII, den Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem SGB IX, den Leistungen der örtlichen Altenhilfe und der kommunalen Infrastruktur zur Vermeidung sowie Verringerung der Pflegebedürftigkeit und der Inanspruchnahme der Leistungen der Eingliederungshilfe zu verzahnen sind. Dabei sind die Ergebnisse der Teilhabeplanung und Gesamtplanung nach dem SGB XII zu berücksichtigen.

So sinnvoll dieses Verzahnungsgebot sein mag, leidet die so ergänzte Regelung weiterhin an drei Mängeln:

1. § 71 Abs. 1 SGB XII ist als Soll-Regelung ausgebildet; die Norm enthält keinen die Kommunen verpflichtenden Umsetzungsauftrag.
2. Sofern die Kommunen als örtliche Träger dennoch die Gestaltungsaufgaben des § 71 SGB XII verantwortungsvoll und vollumfänglich wahrnehmen, haben ihre Infrastrukturplanungen und -leistungen keine Auswirkungen auf die Leistungsgewährung nach SGB XI, da diese nicht auf der Grundlage eines ganzheitlich angelegten Pflegeplanverfahrens erfolgt.
3. Gleiches gilt für Altenhilfestrukturplanungen der örtlichen Träger der Sozialhilfe, die keinerlei Einfluss auf Zulassungsentscheidungen der Pflegekassen nach § 72 SGB XI haben.

Insofern bedarf es zu einer Weiterentwicklung von § 71 SGB XII sowie notwendiger ergänzender Regelungen im SGB XI folgender zusätzlicher Regelungsinhalte:

- Verpflichtung der örtlichen Träger der Sozialhilfe (Kommunen) zur Durchführung einer Altenhilfeinfrastrukturplanung auf Grundlage folgender Parameter
 - Ziele und Grundlage der Planung
 - Infrastrukturelle Ausgestaltung (bedarfsgerechte Infrastruktur)
 - Eckwerte des Planungsprozesses auf örtlicher und ggf. überörtlicher Ebene
 - Berücksichtigung der Planungsergebnisse in den Leistungsangeboten der Teilhabe nach dem SGB IX und der Pflegeversicherung nach dem SGB XI,

- z. B. im Rahmen einer Zulassung nach § 71 SGB XI
- Vorgaben zur Erhebung/Vorhaltung sämtlicher hierfür relevanter Daten aus den Statistiken der Eingliederungs-, Sozial- und Altenhilfe sowie der Pflege und Aufbereitung für die kommunalen Ebenen
- Verzahnung/Berücksichtigung der Ergebnisse der Altenhilfeinfrastruktur im Rahmen der Zulassung von Einrichtungen nach § 72 SGB XI sowie der Leistungsgewährung nach § 18 i.V.m. § 7a SGB XI.¹²

Auf der Ebene der Landesausführungsgesetze zum SGB XII oder den Sozialgesetzbüchern haben die Länder die Möglichkeit, die Vorgaben des § 71 SGB XII landesrechtlich zu konkretisieren, umzusetzen und in systematischer Weise mit anderen Regelungsbereichen zu verschränken. Vorbildlich wird dies aktuell im Land Berlin in einem Altenhilfestrukturgesetz mit dem Titel „Berliner Gesetz – Gutes Leben im Alter“ im Rahmen einer Initiative des Landessenorenbeirates kodifiziert.

5.4 Aufgaben und Zuständigkeiten der Kassen auf der kommunalen Ebene

Der Sicherstellungsauftrag für die gesundheitliche Versorgung ist im System der gesetzlichen Krankenversicherung auf unterschiedliche Akteure verteilt: Kassen, Kassenärztliche Vereinigung, etc. Fälle des Systemversagens regelt § 13 Abs. 3 SGB V. Für die soziale Pflegeversicherung ist der Sicherstellungsauftrag in § 69 SGB XI normiert – allerdings ohne Sanktionsoption bei Infrastrukturdefiziten. In Kooperation mit Ländern und Kommunen haben sie für eine wohnortnahe, regionale Besonderheiten aufnehmende Infrastruktur ebenso Sorge zu tragen (§ 8 Abs. 1 SGB XI) wie für die realistische Möglichkeit, Leistungsansprüche einlösen zu können. Auch die Kassen sind ihrerseits auf ein funktionierendes Care und Case Management-System, verbunden mit Sozial- und Gesundheitsplanungsinstrumenten angewiesen, um ihrem Sicherstellungsauftrag nachkommen zu können. Eingelöst wird diese Steuerungs- und Infrastrukturverantwortung von den Kassen auf unterschiedliche Weise. Während die AOKs in aller Regel regional und örtlich mit ihren Strukturen vertreten sind, ist dies für die anderen Kassenarten keineswegs regelhaft der Fall. Insofern ist die Einlösung der

12 Im Rahmen der Eingliederungshilfe findet eine Berücksichtigung innerhalb des Gesamtplanverfahrens nach § 117 SGB IX statt.

Steuerungs- und Infrastrukturverantwortung abhängig von der Repräsentanz der Kassen vor Ort und ihrer Verzahnung in den entsprechenden Agenturen, Konferenzen und Planungs- sowie Care und Case Management-Einheiten auf kommunaler und regionaler Ebene.

Drei respektive vier unterschiedliche Varianten der Einlösung der Steuerungs- und Infrastrukturverantwortung, die durchaus miteinander verwoben sein können, kommen in Betracht.

- Entweder wird die Steuerungs- und damit Infrastrukturverantwortung über die korporatistischen Systemakteure (niedergelassene Ärzte, kassenärztliche Vereinigung, zugelassene Krankenhäuser etc.) sichergestellt. Voraussetzung hierfür ist, dass diese in der Lage sind, mit den bei ihnen tätigen Fachkräften und Einrichtungen eine ausreichende Versorgung und Wahrnehmung der Steuerungsfunktion ebenso wahrzunehmen wie die Infrastrukturverantwortung einzulösen.
- Neben der erstgenannten Option besteht die Möglichkeit, dass Kassen über Selektivverträge, sei es in der Variante des Hausarztmodells oder von Verträgen zur besonderen Versorgung gem. §§ 140a ff SGB V ihre Steuerungsverantwortung einlösen.¹³ Aber auch über eigene Dienste können sie Steuerungsfunktionen wahrnehmen: über Information, Beratung, koordinierte Leistungsplanung und -erbringung etc. pp. Mit Selektivverträgen wird der Vertragswettbewerb unterstützt. Konzepte verpflichtender regionaler Integrierter Versorgungskonzepte überwinden dysfunktionale Seiten des Kassenwettbewerbs.¹⁴ In der Praxis werden – auch aus diesen Gründen – die Pflegekassen kaum mit einbezogen, obwohl sie gem. § 92b SGB XI an IV-Verträgen beteiligt werden können. Für Versicherte bestimmter Kranken- und Pflegekassen kann es auf diese Weise gelingen, besonders leistungsfähige und innovative Formen der Steuerung und der Infrastruktur zu schaffen. Gegebenenfalls schließen Kranken- und Pflegekassen Versorgungs- und Infrastrukturlücken durch eigene Einrichtungen, die dann primär oder ausschließlich nur für ihre Versicherten zugänglich wären.

Der Nachteil der Konzeption von Selektivverträgen liegt zum einen darin, dass die Verantwortung gegenüber der Bürgerschaft insgesamt auf diese Weise nicht eingelöst wird – auch wenn grundsätzlich die Beitrittsmöglichkeit anderer Kassen besteht, wird diese selten genutzt – und zum anderen darin, dass es zu unterschiedlichen Versorgungsniveaus und unterschiedlichen Chancen auf tatsächlichen Leistungsbezug der Versicherten auf kommunaler und regionaler Ebene kommen kann. Die unterschiedlichen Versorgungsniveaus zeigen sich im Verhältnis zu den Privatversicherten nochmals deutlicher.

- Die dritte Variante liegt in kooperativen Formen der Steuerung und Einlösung der Infrastrukturverantwortung. Auf diesem Wege können in aufeinander bezogenen Care und Case Management-Strukturen und in regionalen Gesundheits- und Pflegekonferenzen die notwendigen Analysen vorgenommen, Infrastrukturdefizite analysiert und Versorgungslücken sowohl durch Verbesserung der Kooperation als auch durch die Schaffung neuer Einrichtungen geschlossen werden. Für derartige kooperative, gegebenenfalls auch genossenschaftlich organisierte Formen der Sicherstellung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung liegen eine Reihe von Modellprojekten vor.¹⁵
- Von Hildebrandt u. a. (2020) werden IV-Verträge zur regionalen Versorgung als Regelleistung¹⁶ vorgeschlagen – eingebettet in ein Programm „Innovative Gesundheitsreform“.

5.5 Steuerungsaufgaben und Funktionen auf kommunaler und regionaler Ebene

5.5.1 Sozialplanung: Kommunale Teilhabe- und Pflegestrukturplanung

Ausgehend von dem Vorschlag der „Strukturreform Pflege und Teilhabe I“ soll den Kommunen angesichts schon bestehender Zuständigkeiten und Planungsverantwortungen in den Bereichen Wohnen, Bauen, soziale Infrastruktur und Teilhabe, Altenhilfe u.v.m. die Verantwortung für eine Pflegestrukturplanung und -koordinierung zugeordnet werden.

¹³ Vgl. Hildebrandt et al. 2020a; Hildebrandt et al. 2020b.

¹⁴ Vgl. Hildebrandt et al. 2020a; Hildebrandt et al. 2020b.

¹⁵ Vgl. Pflegekompetenzzentren (PKZ): Klie und Monzer 2018; Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung (PORT): <https://www.bosch-stiftung.de/de/projekt/port-patientenorientierte-zentren-zur-primar-und-langzeitversorgung> (Abruf vom 10.12.20).

Hierbei wäre folgendes Stufenmodell denkbar:

1. Im SGB XI wird ein in § 95 SGB IX vergleichbarer Sicherstellungsauftrag an die Kommunen formuliert, der landesrechtlich mittels entsprechender Ausführungsgesetze konkretisiert und entsprechend der jeweiligen Verfassungslage in den Ländern konnexitätsrechtlich untersetzt werden müsste. Die Länder kämen damit zugleich mittelbar ihrer Finanzverantwortung nach § 9 SGB XI nach. Die entsprechenden Landespflegegesetze müssten neben einer Konkretisierung des Sicherstellungsauftrages und seiner Adressaten Organisation, Verfahren und partizipative Strukturen und Gremien – soweit nicht schon ohnehin geschehen – landesrechtlich regeln. Dabei bietet es sich insbesondere in den Flächenländern an, vergleichbare Strukturen und Gremien im Bereich der stationären und ambulanten Versorgungsplanung nach SGB V mit denen der pflegerischen Strukturplanung zu verbinden, zumindest aber verpflichtende Kooperationsgebote zu regeln.

Die Ergebnisse kommunaler Pflegeinfrastrukturplanung müssten auf Grundlage entsprechender Regelungen im SGB XI Eingang in das System der Pflegeversicherung finden, namentlich in Planungs- und Zulassungsentscheidungen der Pflegekassen.

2. Die Pflegestrukturplanung baut auf einem systematischen und kontinuierlichen Monitoring auf, das die Infrastruktur und insbesondere die Bedarfsentwicklung auf kommunaler und regionaler Ebene abbildet. Vorbildlich für ein solches Monitoring sind die Arbeiten des Deutschen Instituts für angewandte Pflegewissenschaften (dip) in Nordrhein-Westfalen und Niedersachsen und das gemeinsam mit AGP Sozialforschung durchgeführte Monitoring Pflegepersonalbedarf in Bayern.¹⁷ Durch die Einbeziehung der GKV-Routinedaten über das Bundesamt für Soziale Sicherung und ggf.

regionalisierte Auswertungen von MD-Daten¹⁸ könnte den Regionen, aber auch den Sozialleistungsträgern auf kommunaler Ebene eine verlässliche Datengrundlage für Fragen der Infrastrukturentwicklung und Bedarfsabschätzung für die Zukunft geboten werden. Durch die systematische Analyse von GKV-Routinedaten kann überdies gewährleistet werden, dass untypische und durch Kooperationsdefizite verursachte Kosten in den unterschiedlichen Leistungsbereichen erkannt und ihnen begegnet wird – etwa vermeidbare und nicht indizierte Krankenhauseinweisungen, Probleme im Versorgungsmanagement nach Klinikaufenthalten, Fehlmedikation auf Pflege angewiesener Menschen, insbesondere von Menschen mit Demenz.¹⁹ Auf der Basis des Monitorings werden überdies die Akteure auf kommunaler Ebene, sowohl auf Kreis- als auch auf gemeindlicher Ebene in die Lage versetzt, partizipativ ausgerichtete Planungsprozesse datenbasiert zu gestalten und mit den Bürger*innen gemeinsam über die politischen Zielsetzungen für die Weiterentwicklung einer pflegerischen Infrastruktur in einem wohlfahrtspluralistischen Konzept zu entscheiden und zivilgesellschaftliche Initiativen und Potentiale in die Infrastrukturentwicklung, wie aus dem Hospizbereich, den ambulant betreuten Wohngemeinschaften und Angeboten im Vorfeld der Pflege bekannt, einzubeziehen. Eine anbieterinduzierte Nachfragesteuerung ist weder mit einer bedarfsgerechten Pflegeinfrastrukturentwicklung vereinbar, noch mit dem Ziel, gleichwertige Lebensbedingungen auch für auf Pflege angewiesene Menschen und ihre Angehörigen zu schaffen.

3. Das mit dem Case Management notwendigerweise verbundene Care Management liefert überdies aus komplexen Fallkonstellationen hervorgehende Informationen über Kooperationsdefizite, Infrastrukturdesiderate und Probleme der Bedarfsdeckung – nicht zuletzt an den Schnittstellen zwischen gesundheitlicher, pflegerischer und teilhabeorientierter Versor-

¹⁶ Vgl. Hildebrandt et al. 2020a; Hildebrandt et al. 2020b.

¹⁷ Vgl. Deutsches Institut für Angewandte Pflegeforschung 2003; Monitoring „Pflegepersonalbedarf in Bayern“ unter: <https://www.vdpb-bayern.de/zukunft-der-pflege-in-bayern-sichern-das-monitoring-pflegepersonalbedarf-in-bayern/> (Abruf vom 10.12.20); vgl. auch den Ansatz im Land Brandenburg, den Kommunen über vom Land finanzierte „Pflegedossiers“ landkreisbezogene Planungsdaten zur Verfügung zu stellen: <https://msgiv.brandenburg.de/msgiv/de/themen/soziales/pflege/daten-und-fakten-zur-pflege> (Abruf vom 10.12.20). Dieser Ansatz soll im „Pakt für Pflege“ dergestalt ausgebaut werden, dass jeder Landkreis, jede kreisfreie Stadt pro Jahr einen Betrag zur Finanzierung einer Personalstelle nebst Sachkosten zur regionalen Pflegestrukturplanung sowie für Aktivitäten zur Unterstützung der regionalen Planungsarbeit erhält, um die Angebotsstrukturen in der Pflege und den angrenzenden Versorgungsbereichen zu vernetzen, zu koordinieren und planerisch weiterzuentwickeln.

¹⁸ So vorgesehen im Konzept der „Subjektorientierten Qualitätssicherung“: Klie und Büscher 2019.

gung. Das Care Management ist untrennbar mit dem Case Management verbunden. Insofern kann ein suffizientes Case Management nicht auf eine Verankerung in örtlichen Koordinations- und Kooperationsstrukturen verzichten. Die systematische Aufbereitung von Case Management-Fällen im Care Management für die Infrastrukturentwicklung und -planung ist unverzichtbar.²⁰

4. Die Sicherung der Pflege und Teilhabe ist in einem subsidiär angelegten Sicherungssystem, wie es die deutsche Pflegeversicherung, aber auch die Eingliederungshilfe auszeichnet, immer in örtliche Kulturen und Strukturen eingebunden und von ihr abhängig. Im Sinne von Caring Communities²¹ gilt es den Ort ernstzunehmen als die maßgebliche territoriale Einheit, in der ein Leben mit Pflegebedürftigkeit und Behinderung gelingt oder auch nicht. Die Einflüsse für tragfähige Sorgestrukturen vor Ort sind unterschiedlicher Art: Bevölkerungszusammensetzung, demografische Entwicklung, politische Polarisierung, sozialer Zusammenhalt, wirtschaftliche Leistungsfähigkeit.²² Dort wo entsprechende Sorgestrukturen nicht vorfindlich oder nicht allen Bürger*innen zu Gute kommen, ist auf der Ebene der Quartiers- und Dorfarbeit in die soziale Architektur und in die Entwicklung von Sorgestrukturen und -kulturen zu investieren. Entsprechend werden seit Jahrzehnten Investitionen in die Quartiersentwicklung getätigt. Die Weiterverfolgung eines solchen Ansatzes auf der Basis eines regionalen Monitorings bleibt unverzichtbar, will man die Voraussetzungen für eine subsidiäre Struktur und Kultur der Pflege auch in modernen Gesellschaften gewährleisten. Die Investitionen in die soziale Architektur²³ zahlt sich im Sinne von social return of invest in der Stabilisierung häuslicher und nachbarschaftlicher Sorgearrangements und der Sicherung von Teilhabe aus, die weit über die Versprechen der Pflegeversicherung mit ihren Leistungen hinausgeht und hinausgehen muss.
5. Dort wo die Infrastruktur weder über zivilgesellschaftliche Akteure noch über Marktakteure (allein) in einer bedarfsgerechten Weise

entwickelt und vorgehalten werden kann, sind neue Formen gemeinwirtschaftlicher Infrastrukturen gefragt, die von Kommunen oder anderen Akteuren initiiert werden, wie es die Beispiele der regionalen Pflegekompetenzzentren²⁴ zeigen. Im Sinne des Sicherstellungsauftrages sind gegebenenfalls die Kommunen mit ihren Kooperationspartnern gefragt, kooperative Infrastrukturkonzepte zu entwickeln, die sektorenübergreifend angelegt sind und Aspekte gesundheitlicher, teilhabeorientierter und pflegerischer Versorgung miteinander verbinden. Auch sie basieren auf einer Care und Case Management-Organisation, die die Kompetenzzentren als Infrastruktureinrichtungen einbinden in ein reflexives Gesamtsystem pflegerischer und gesundheitlicher Versorgung.

5.5.2 Care Management: Pflegestützpunkte

Die Beratungsverantwortung der Kommunen im Bereich der Eingliederungshilfe (§ 106 SGB IX), der Hilfe zur Pflege sowie der Altenhilfe (§ 71 SGB XII), der Pflegeversicherung (§§ 7 ff. SGB XI) sowie gegebenenfalls anderer Akteure sind als abgestimmtes Beratungsangebot der Teilhabe und Pflege zu bündeln und als aufsuchende, präventiv angelegte Beratungsstruktur auszubauen. Als Ausgangspunkt sind hierfür die Pflegestützpunkte nach § 7c SGB XI als funktionierende und akzeptierte Struktur der Kooperation zwischen Kommunen und Pflegekassen weiter flächendeckend auszubauen. Nur mit einer derartigen Kooperationsstruktur wird es gelingen, die leistungsrichtlich ausgerichtete Beratungsverantwortung der Pflegekassen nach §§ 7, 7a SGB XI mit den sozialräumlich angelegten Zuständigkeiten der Kommunen als Träger der Eingliederungs-, Sozial- und Altenhilfe sinnvoll zu verbinden. Insofern sind die Beratungsaufgaben nach §§ 7, 7a und 7c SGB XI mit den Beratungsstrukturen der Teilhabepflege nach § 32 ff. bzw. § 106 SGB IX sowie der Sozialhilfe (Hilfe zur Pflege und Altenhilfe) nach § 11 SGB XII im Sinne von „Teilhabe- und Pflegestützpunkten“ zu verzahnen. Hierbei sollten insbesondere Möglichkeiten der Digitalisierung von Beratungsprozessen umfänglich genutzt werden,

19 Vgl. hierzu die DAK Pflegereporte 2017-2019: Klie 2017a, 2018c, 2019d.

20 Vgl. Case Management Grundlagen: Monzer 2018; Care und Case Management - Steuerung im Kontext von Pflegebedürftigkeit: Klie 2020a.

21 Vgl. Caring Communities: Klie 2020b, 2020h.

22 Vgl. Demokratische Integration: Klie 2019a, 2019b.

23 Vgl. Soziales neu gestalten (SONG): Klie 2009; Klie und Lincke 2009; Netzwerk: Soziales neu gestalten (SONG) 2008, 2009.

24 Vgl. Pflegekompetenzzentren: Klie und Monzer 2018.

um eine abgestimmte, zielgenaue, persönliche Beratung aus einem Guss zu ermöglichen. Zum Aufbau eines flächendeckenden Netzes von derartigen Teilhabe- und Pflegestützpunkten bedarf es bundesgesetzlich festgelegter Kennziffern, ein gesetzlich verpflichtendes Kooperationsgebot, die Ermöglichung gemeinsamer Trägerschaften in den betreffenden Leistungsgesetzen und eine ausreichende, verlässliche Finanzierungsgrundlage unter Beteiligung von öffentlicher Hand (Bund, Ländern, Kommunen) sowie Pflegekassen und ggf. anderer Reha-Träger. Das Gebot zur Kooperation bzw. Verzahnung der Beratungsleistungen sollte ggf. durch besondere finanzielle Anreizmechanismen nachhaltig unterstützt und begleitet werden.

5.6 Case Management: Kooperativ und am Sozialraum orientiert

Ein kooperatives, am Sozialraum orientiertes Case Management der Teilhabe und Pflege sollte zunächst auf der Ebene von verpflichtenden Kooperationsregelungen zwischen den verschiedenen Trägern der Teilhabe und der Pflege, namentlich den Kommunen als örtliche Träger der Eingliederungshilfe sowie der Hilfe zur Pflege und den Pflegekassen ansetzen.

Die Pflegekassen und die Leistungsträger der Hilfe zur Pflege sind als Rehabilitationsträger in den Katalog von § 6 SGB IX neu aufzunehmen und somit in die Kooperationsregelungen des neu geregelten Teilhabeplanverfahrens nach §§ 19 ff. SGB IX verpflichtend einzubeziehen. Kommen Leistungen verschiedener Leistungsgruppen oder mehrerer Rehabilitationsträger in Betracht, ist nach § 19 SGB IX der leistende Rehabilitationsträger dafür verantwortlich, dass er in Abstimmung und im Benehmen mit den beteiligten Rehabilitationsträgern die für die Leistungsberechtigten erforderlichen Leistungen so zusammenstellt, dass sie nahtlos ineinandergreifen können. Eine Teilhabeplanung ist nach § 19 Abs. 2 Satz 3 SGB IX auch auf Wunsch der leistungsberechtigten Person durchzuführen. Das Teilhabeplanverfahren dient dazu, die Leistungen so aufeinander auszurichten, dass das gesamte Verfahren nahtlos, zügig und zielorientiert und wirtschaftlich abläuft, um das Ziel der Selbstbestimmung und einer vollen wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe des Leistungsberechtigten am Leben in der Gesellschaft zu erreichen und Beteiligung zu vermeiden oder ihr entgegenzuwirken (§§ 1 und 4 SGB IX).

Die Verantwortung für die Fallsteuerung sollte im Sinne des Case Managements auf kommunaler Ebene angesiedelt werden, da nur dort Kenntnisse der lokalen Pflegeinfrastruktur und ihrer Einbettung in den Sozialraum vorliegen. Erst auf diese Weise kann ein individuell angemessenes Pflegearrangement gewährleistet werden, das u. a. durch eine aufeinander abgestimmte Verbindung von professioneller Pflege und Unterstützung aus dem sozialem Umfeld geprägt wird.

5.7 Teilhabe- und Pflegeberatung

Die individuelle Beratung auf Pflege angewiesener Menschen und Menschen mit Behinderung ist nicht nur in § 14 SGB I als Rechtsanspruch hinterlegt (Krahmer 2020). Das Recht auf Beratung in Fragen der Teilhabe und Pflege ist spezialgesetzlich geregelt, einerseits im § 32 SGB IX und zum anderen in den §§ 7, 7a SGB XI. Während die Pflegeversicherung den individuellen Beratungs- und Anspruch auf Case Management im Sinne der Pflegeberatung in einen landesrechtlich auszugestaltenden Zusammenhang von Care Management-Strukturen stellt, ist dies in der Eingliederungshilfe so nicht der Fall. Dafür ist in der Eingliederungshilfe gesetzlich vorgesehen, dass die Teilhabeberatung personenzentriert erfolgt. Das heißt, auf der Basis der ICF werden die individuellen Teilhabeziele und -bedarfe eruiert und in einen Hilfeplan umgesetzt. Weiterhin sieht das Gesamtplanverfahren im SGB IX vor, dass alle Hilfen koordiniert geplant und erbracht werden. An einer entsprechenden Vorschrift fehlt es (bislang) im Recht der Pflegeversicherung. Beiden Rechtsansprüchen auf Beratung in Teilhabe- und Pflegefragen ist gemein, dass sie sich jeweils auf die individuelle Bedarfssituation beziehen muss, die jeweiligen lebensweltlichen Bedingungen mit in die Beratung einzubeziehen sind und die Beratung advokatorisch auszurichten ist. Letztes ergibt sich für das SGB IX aus der Teilhabeberatung, die von Peer Group-Organisationen angeboten wird. Im SGB XI ergibt sich die advokatorische Ausrichtung aus der Bezugnahme auf das Case Management (vgl. Monzer 2018). Eine suffiziente Teilhabe- und Pflegeberatung setzt voraus, dass die Angebote vor Ort und in der eigenen Häuslichkeit in Anspruch genommen werden können. Davon ist insbesondere die Wirklichkeit der Pflegeberatung der meisten, vor allem der bundeszentral organisierten Kassen weit entfernt (Klie et al. 2011; Braeseke et al. 2019). In diesem Zu-

sammenhang sind die Vorschläge für die Strukturreform Pflege und Teilhabe II gestellt, die eine systematische Rückbindung der Pflegeberatungsangebote auf kommunale Ebene vorsehen und bei Nichttätigwerden der Pflegekassen den Kommunen einen entsprechenden – refinanzierten – Handlungsauftrag für die Pflegeberatung zuweisen. Sinn macht es, beide Angebote örtlich zu koordinieren, um Parallelstrukturen zu vermeiden und Formen integrierter Beratung zu befördern und zu ermöglichen. Schließlich gilt es sicherzustellen, um Aufgaben der Daseinsvorsorge auf örtlicher Ebene durch die Kommune entsprechend wahrnehmen lassen zu können, dass die Erkenntnisse und Erträge der individuellen Teilhabe- und Pflegeberatung im Sinne des Care Managements systematisch aufbereitet werden, um aus jedem Einzelfall, in dem Desiderate in der Infrastruktur und der Koordination und Kooperation sichtbar werden, zum Anlass dafür nehmen zu können, dass Infrastrukturdefizite behoben werden können. Dabei lassen sich im Rahmen der Pflege- und Teilhabeberatung aber auch des Versorgungsmanagements gem. § 11 SGB V sichtbar werdende Desiderate in der Infrastruktur und in der Kooperation typisieren (vgl. Klie 2020a). Es kann sich um Infrastrukturdefizite im Sinne nichtbedarfsgerechter Angebote der teilstationären und stationären und ambulanten Versorgung handeln. Es können aber auch Kooperationsdefizite der beteiligten Institutionen sein, die einer bedarfsgerechten Versorgung im Einzelfall im Wege stehen. Schließlich kann es sein, dass Sozialleistungsträger in ihren Routinen der Leistungsgewährung und Entscheidung über Leistungsansprüche einer bedarfsgerechten Versorgung nicht gerecht werden. All diese und darüber hinausgehende Typen von Versorgungsproblemen können die Grundlage einer nicht bedarfsgerechten Versorgung bilden.

5.8 Sozialraumorientierte Teilhabe- und Pflegestrukturplanung als kommunale Aufgabe

Eine zukunftsorientierte Teilhabe- und Pflegepolitik muss die Infrastrukturplanung von Pflege und Teilhabe umfassend verstehen.²⁵ So bezieht sich diese auf bedarfsorientierte integrierte Versor-

gungs- und Teilhabekonzepte und umfasst beginnend bei der leicht zugänglichen Senioren- und Behindertenarbeit sowohl die Begleitung und Förderung des ehrenamtlichen Engagements als auch Leistungen der Beratung, Unterstützung, sozialen Betreuung, Prävention, aktivierenden Gesundheitsförderung sowie Angebote der altersgerechten bzw. barrierefreien Wohnraumversorgung. Letztendlich handelt es sich um ein umfassendes Dorf- und Quartiersmanagement zur Ermöglichung von Teilhabe für verschiedene Zielgruppen. Dies gilt umso mehr, wenn zugleich die pflegepolitische Zielstellung verfolgt wird, durch ein inklusives, teilhabeorientiertes und aktivierendes Wohn- und Quartiersumfeld den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden bzw. zu verzögern.

Im Hinblick auf die Stärkung der kommunalen Verantwortung gilt es, folgende Zielstellungen in der Weiterentwicklung der bestehenden gesetzlichen Regelungen zu verfolgen:

- Die Schaffung teilhabeorientierter Sozialräume durch Präzisierung der Altenhilfeplanung im Rahmen von § 71 SGB XII oder der Wiederaufnahme der Diskussion um ein Altenhilfestrukturegesetz im Sinne einer kommunalen Pflichtaufgabe sowie deren weitere gesetzliche Verzahnung mit dem Sicherstellungsauftrag der Eingliederungshilfe nach § 95 SGB IX (vgl. § 71 Abs. 5 SGB XII) und der Pflegeversicherung nach § 12 SGB XI,
- die Einbindung dieser Planungsprozesse in die den Kommunen landesrechtlich übertragenen bzw. noch zu übertragenden Pflegeplanungsinfrastrukturverantwortung,
- die Berücksichtigung derartiger kommunaler Planungsprozesse bei der Zulassung von (ambulanten und stationären) Pflegeangeboten/-einrichtungen durch Anpassung der Zulassungsvorschriften nach § 72 SGB XI. Dabei sind diese Regelungen dergestalt auszurichten, dass es nicht zu Parallelverfahren und Rechtsunsicherheiten kommt. Insofern wird vorgeschlagen, den landesrechtlichen Planungsgremien nach § 8a SGB XI gesetzlich die Aufgabe zuzuweisen, belastbare Parameter für eine notwendige pflegerische Versorgungsstruktur regional und überregional festzulegen, die ihrerseits unter Berücksichtigung der kommunalen Pflegeinfrastrukturplanung Leitlinie für die je-

²⁵ <https://www.deutscher-verein.de/de/empfehlungenstellungnahmen-2020-eckpunkte-des-deutschen-vereins-fuer-eine-integrierte-kooperative-sozialplanung-3955,1998,1000.html> (Abruf vom 10.12.20).

weiligen Zulassungsentscheidungen der Pflegeversicherung gem. § 72 SGB XI ist.²⁶

5.9 Infrastrukturkosten

Eine in kommunale Aushandlungsprozesse eingebundene, Ergebnisse eines regionalen Monitorings aufnehmende Infrastrukturentwicklung, die auch auf eine präferenzorientierte Weiterentwicklung der Infrastruktur unter Einbeziehung zivilgesellschaftlicher Aktivitäten ausgerichtet ist, kollidiert sowohl mit den Prinzipien nach einer Marktsteuerung als auch der Regelung der Infrastrukturkosten in der Langzeitpflege. Denn anders als der GKV-Bereich ist das Leistungsrecht an Teilhabe und Langzeitpflege im Wesentlichen marktorientiert ausgestaltet. Den Leistungserbringern soll durch leistungsgerechte Entgelte ein wirtschaftlicher Betrieb der Einrichtungen gewährleistet werden, so nun wirtschaftlich gehandelt und qualitätsgesicherte Leistungen angeboten respektive erbracht werden. Das Marktmodell der Versorgung in der Langzeitpflege (und eingeschränkt in der Teilhabe) setzt investitionsbereite Marktteure voraus, die bereit und in der Lage sind, bedarfsgerechte Infrastrukturen mit eigenem Geld respektive mithilfe von investiven Mitteln von Anlegern zu schaffen. Ein derartiger Markt funktioniert allerdings nur solange und dort, als eine auskömmliche Finanzierung gewährleistet, Gewinnmargen zugestanden und die Voraussetzung für einen ordentlichen Betrieb (Personalgewinnung u. ä.) gegeben sind.

Diese Ansätze einer vom Land geförderten bzw. unterstützten systematisierten Versorgungsplanung auf kommunaler Ebene werden nunmehr im Koalitionsvertrag der neuen Landesregierung Brandenburg aufgegriffen und im Rahmen eines sog. Pflegepaktes integriert. Dabei steht die Pflege im Quartier im besonderen Mittelpunkt des weiteren landespolitischen Engagements, „sie ist

nur durch gemeinsames Handeln aller Akteurinnen und Akteure im Sozialraum möglich.“

Die Prävention und die Bewältigung von Pflegebedürftigkeit sind in hohem Maß abhängig von den örtlichen Gegebenheiten und Angeboten. Insbesondere dem engeren Sozialraum kommt eine entscheidende Bedeutung zu. Hier entscheidet sich, ob Risikofaktoren erkannt und beseitigt werden, hier entscheidet sich, ob das verwirrend komplexe Leistungssystem der Pflegeversicherung in Anspruch genommen werden kann, hier entscheidet sich die tägliche Teilhabe. Aufgelegt werden soll ein Förderprogramm zur Stärkung der Pflege vor Ort sowie für den Aufbau alltagsunterstützender Angebote. Die derzeitige Diskussion über die Umsetzung dieses Auftrages beabsichtigt zwei Gedanken miteinander zu verknüpfen: Einerseits soll der örtlichen Ebene mittels eines Infrastrukturbudgets die Möglichkeit gegeben werden, unter Berücksichtigung der Planungsgrundlagen der kreislichen Ebene sozialräumlich angelegte Infrastrukturangebote zu schaffen. Zugleich soll durch (un- oder mittelbare) Einbeziehung der Bürgerschaft vor Ort in den Entscheidungsprozess der örtlichen Ebene ein Diskurs über die zukünftige Ausgestaltung ihres teilhabeorientierten Sozialraumes angestoßen werden. Hiervon verspricht man sich die Gewinnung noch ungenutzter Potentiale des jeweiligen Sozialraumes.

Der erste Teil des geplanten Programms mit dem Titel „Pflege vor Ort“ richtet sich direkt an die 52 Ämter und 138 amtsfreien Gemeinden. Sie erhalten in den Jahren 2021 bis 2024 finanzielle Mittel, mit denen Hilfen im Vor- und Umfeld von Pflege nach dem SGB XI gefördert werden sollen, insbesondere zur:

- Sicherstellung der sozialen Teilhabe pflegebedürftiger Menschen und häuslich Pflegenden,
- Unterstützung bei der Inanspruchnahme flankierender Hilfen nach dem SGB XI, insbesondere von Pflegeberatung nach § 7a SGB XI, Pflegekursen nach § 45 SGB XI, Unterstützung im Alltag nach § 45 a SGB XI,

²⁶ Exemplarische Konzeption zur Sozialraumorientierte Planung sieht das Land Brandenburg vor: Hinsichtlich der Verknüpfung von Ansätzen einer kommunalen Pflege(bedarfs)planung mit kommunalen Pflege(struktur)budgets können erste Ansätze und deren weitere Umsetzung im Land Brandenburg eine geeignete Diskussions- und Erfahrungsgrundlage darstellen. Im Rahmen der sog. Pflegeoffensive werden dort seit 2016 einerseits kommunalbezogene, pflegerelevante Daten der amtlichen Pflegestatistik systematisch aufbereitet sowie Projektionen über zukünftige Bedarfe erarbeitet und den Landkreisen und kreisfreien Städten zur Sozialraumplanung durch das Land zur Verfügung gestellt. Zum anderen sind durch ein Geodatenystem gemeindebezogene Daten der gesundheitlichen wie pflegerischen Versorgung dergestalt aufbereitet, dass die Nutzer wohnortbezogen ihre jeweilige Versorgungssituation nachvollziehen können. Geprüft werden soll, ob perspektivisch eine unterhalb der kreislichen Ebene liegende Datenaufbereitung möglich und sinnvoll ist.

- sowie für ergänzende Angebote zur Unterstützung der häuslichen Pflege und Betreuung durch Information, Beratung, Begleitung und Entlastung.

Durch den Ansatz „Pflege vor Ort“ könnten durch die Gemeinden der Aufbau neuer bzw. der Ausbau bestehender alltagsunterstützender Angebote, Hilfen in der Nachbarschaft, Angebote für gemeinsames Mittagessen (mit Rädern zum Essen statt Essen auf Rädern), Informationen und Veranstaltungen für Pflegebedürftige und die sie häuslich Pflegenden, Demenz-Kurse, Demenz-Stammtische bzw. lokale Projekte und Allianzen für Menschen mit Demenz, Projekte zur Anregung sinnstiftenden Tuns oder Projekte mit Handwerkern aus der Region, die bei Baumaßnahmen zur Minimierung von Barrieren in Wohnungen helfen, initiiert und finanziert werden. Bei der Verteilung der Mittel auf die einzelnen Kommunen soll deren Betroffenheit von Pflege berücksichtigt werden. Die Akteure vor Ort werden bei der Gestaltung von entsprechenden Angeboten durch die Fachstelle Altern und Pflege im Quartier und das Kompetenzzentrum Demenz fachlich unterstützt.

Dies ist – trotz Zunahme von Kapazitäten in der Langzeitpflege und Investitionen von Kapitalanlegern – augenscheinlich keineswegs überall der Fall, so dass neben reinen Marktanreizen respektive Rahmenbedingungen für den Langzeitpflege- und Teilhabemarkt bei Unterversorgung auch andere Lösungen der Sicherstellung der Infrastruktur gefunden werden müssen. Aus dem Bereich der hausärztlichen Versorgung sind entsprechende Modelle ebenso bekannt wie aus dem Bereich der Langzeitpflege, in dem Kommunen sich zum Teil wieder stärker mit eigenen Einrichtungen oder der Unterstützung entsprechender Initiativen an der Pflegeinfrastruktur beteiligen. Während bei den auf einen Daueraufenthalt ausgerichteten Infrastruktureinrichtungen eine auf die Pflegeleistungen beschränkte Finanzierung, wie derzeit in der Langzeitpflege vorgesehen, im Prinzip zielführend sein kann, erscheint diese dort, wo es um interkurrente Aufenthalte oder die Entlastung von An- und Zugehörigen in der häuslichen Pflege geht, nicht der Fall. Die Desiderate an Kurzzeitpflegeeinrichtungen in Deutschland sind unter anderem auch

darauf zurückzuführen, dass bei einer monistischen Finanzierung diese weder von den Trägern selbst, noch von Kliniken, die auf Leistungen dort selbst angewiesen sind, betrieben oder genutzt werden können. Insofern wäre hinsichtlich der Finanzierungstypik für Einrichtungen der Kurzzeit eine Vollfinanzierung durch die Kassen respektive anteilig durch die Länder vorzusehen, um eine entsprechende Infrastrukturentwicklung zu befördern und die Inanspruchnahme bedarfsgerecht zu ermöglichen.²⁷ Demgegenüber wären bei allen Dauerversorgungsformen wie bislang die Hotel- und LuK-Kosten wie in der häuslichen Versorgung in die Verantwortung der Leistungsberechtigten respektive -nutzer*innen zu stellen, im Bedarfsfall gegebenenfalls mit Hilfe ergänzender Sozialhilfe. Gerade hier würde sich eine Harmonisierung zwischen Teilhabeleistungen und Leistungen der Langzeitpflege anbieten. Dabei spielen die unterschiedlichen Regelungen zwischen Hilfe zur Pflege und Eingliederungshilfe hinsichtlich der Heranziehung Unterhaltsverpflichteter, des Einsatzes von Einkommen und Vermögen eine wichtige Rolle.

6 Dem Personalnotstand begegnen

6.1 Personalnotstand

Eine der zentralen Herausforderungen in der Langzeitpflege aber auch in der Teilhabe besteht darin, den notwendigen Personalbedarf für die Versorgung auf Pflege angewiesener und Menschen mit Behinderung zu gewährleisten. Regional haben wir es bereits heute mit deutlichen Unterversorgungs- und Personalmangelsituationen zu tun. Die ergriffenen Maßnahmen reichen von der Anwerbung transnationaler Haushalts- und Pflegekräfte bis hin zu Imagekampagnen und dem Ausbau von Ausbildungsplätzen in Deutschland. Sicher ist, dass die Gewinnung ausreichenden Personals für die Langzeitpflege, aber auch die Teilhabe eine der zentralen Herausforderungen für die Sicherung des Langzeitpflege- und

27 Bezugnehmend auf dem Konzept zur Stärkung solitärer Kurzzeitpflegeeinrichtungen im Rahmen des „Pflege-Plus“-Konzeptes des AOK-Bundesverbandes (kann beim AOK-Bundesverband angefragt werden).

Teilhabebedarfes darstellen wird. Dabei ist der Arbeitsmarkt der Langzeitpflege, der Hauswirtschaft und Teilhabe ein regionaler, so dass es stets auf abgestimmte regionale Aktivitäten zur Personalgewinnung, zur Attraktivität der Berufsfelder und der Durchlässigkeit der Berufe und des Bildungssystems ankommt.

6.2 Differenzierung von beruflichen Qualifikationen

Die aktuelle Debatte um den Personalnotstand in der Langzeitpflege fokussiert einseitig Pflegefachberufe. Diesen kommt eine zentrale Funktion in der Sicherstellung der pflegerischen Versorgung zu. Mit der Identifikation von Vorbehaltsaufgaben in der Fachpflege wird jedoch deutlich gemacht, dass keineswegs alle Aufgaben und schon gar nicht alle Tätigkeiten in der Langzeitpflege Aufgaben sind, die allein und in alleiniger Verantwortung von Fachpflegekräften wahrzunehmen sind. Insofern ist es erforderlich, auch mit Blick auf ein ganzheitliches Menschenbild, auf eine Teilhabeorientierung auch in der Langzeitpflege ein breiteres Spektrum beruflicher Qualifikation in den Blick zu nehmen, um nicht nur neue Ressourcen und neue Gruppen Berufstätiger anzusprechen, sondern auch das Versprechen einzulösen, Prinzipien der Personenzentrierung auch in der Langzeitpflege Rechnung zu tragen. Im Anschluss an das Papier „Strukturreform Pflege und Teilhabe“ 2013 (Hoberg et al. 2013) wird eine Differenzierung von beruflichen Qualifikationen in vertikaler und horizontaler Hinsicht vorgeschlagen. Dabei wird allerdings die seinerzeit getroffene Unterscheidung zwischen care und cure nicht weiterverfolgt.

Als Profession und Berufsgruppen in der Langzeitpflege und Teilhabe kommen im Wesentlichen folgende in Betracht:

1. Pflegefach- und Assistenzkräfte
2. Hauswirtschaftsfach- und Assistenzkräfte
3. Soziale Arbeit und Assistenzkräfte
4. Therapeut*innen
5. Heilpädagog*innen und Heilerziehungspfleger*innen.

Alle diese fünf Berufsgruppen kennen ihrerseits Professions- und Wissenschaftsbezüge, die eine eigenständige Fachverantwortung implizieren. Sie fokussieren jeweils unterschiedliche Aspekte, die die Gestaltung der Lebenssituation und die Beantwortung von Bedarfskonstellationen auf Pflege angewiesener Menschen betreffen. Sie ergänzen sich und stehen zunächst einmal in einem Verhältnis der Kooperation und Symmetrie. Die Berufe mit ihren jeweiligen professionsbezogenen Perspektiven sind für unterschiedliche Gruppen von Bürger*innen unterschiedlichen Alters interessant. Das macht den horizontal breit angelegten Berufsgruppenansatz für die Langzeitpflege und Teilhabe auch unter dem Gesichtspunkt der Gewinnung von Arbeitskräften interessant und bedeutsam. Unter Nutzung des Deutschen Qualifikationsrahmens (DQR) und den dort hinterlegten Kompetenzniveaus können für die unterschiedlichen Berufsgruppen Kompetenzniveaus identifiziert werden, die mit einem entsprechenden Qualifikationsniveau verbunden sind. Die in eine Matrix überführte Gesamtkonzeption würde die Aufstiegs- und Durchlässigkeitsanforderungen an ein modernes Berufsgruppenkonzept in der Langzeitpflege und Teilhabe unterstützen helfen (vgl. Abb. 1).

Promotion	Pflege	Hauswirtschaft	Soziale Arbeit	Therapeutische Berufe	Heilpädagogik
Master					
Bachelor					
Weiterbildung					
Fachausbildung					
Ausbildung					
Training / Schulung					
Praktische Erfahrung					

Abb. 1: Matrix Berufsgruppenkonzept, eigene Darstellung

Weiterzuentwickeln ist der Ansatz der sogenannten Betreuungskräfte gem. § 43b SGB XI. Ausgehend von dem Assistenzansatz in der Teilhabe dienen auch die sogenannten Betreuungskräfte der persönlichen Assistenz auf Pflege angewiesener und Menschen mit Behinderung und dies in einer personenzentrierten Ausrichtung. Das Modell, das mit einem übergreifenden Berufsgruppenansatz kompatibel erscheint, ist kein Geheimnis, das an institutionellen Logiken und Hierarchien in den und zwischen den Berufsgruppen orientiert ist. Insofern wären die sogenannten Betreuungskräfte als Assistenzkräfte den jeweiligen Berufsgruppen zuzuordnen mit entsprechenden beruflichen Aufstiegs- und Weiterentwicklungsperspektiven. Der Betreuungsbegriff ist fachlich nicht hinterlegt und insofern à la longue ungeeignet, ein tragfähiges Berufsgruppenkonzept für die Langzeitpflege und Teilhabe zu unterstützen. Er wurde rein pragmatisch gewählt und verdient nun der entsprechenden Weiterentwicklung mit klarer Abgrenzung auch gegenüber ehrenamtlichen und freiwilligen Tätigkeitsprofilen. Sicherzustellen ist, dass die den jeweiligen Fachkräften in den Berufsgruppen obliegende Steuerungsverantwortung, zum Teil als Vorbehaltsaufgaben ausgestaltet (§ 4 PflBG), auch tatsächlich zugeordnet werden, ohne dass damit die Steuerungsfunktion anderer Berufsgruppen in ihrem Kern berührt respektive determiniert oder dominiert werden.

Auf der Basis eines nach Kompetenzniveaus und Professionssträngen ausdifferenzierten und sowohl auch horizontal als auch vertikal durchlässigen Personalkonzeptes gilt es, um den entsprechenden Arbeitskräftebedarf sichern zu können, ein regionalisiertes und sektorenübergreifendes Personalbedarfsmonitoring auf Landesebene zu etablieren, wie dies in Nordrhein-Westfalen und insbesondere in Bayern inzwischen auf den Weg gebracht wurde. Sowohl Pflegefachpersonen als auch Assistenzkräfte in den unterschiedlichen Bereichen Pflege, Hauswirtschaft und Soziales gehören zu den Berufsgruppen, die durch eine geringe territoriale Mobilität gekennzeichnet sind. Insofern ist der Arbeitskräftebedarf in diesen Feldern regional zu befriedigen, was entsprechende Ausbildungsangebote in der Region voraussetzt. Nicht (allein) das Image von Pflegeberufen, das über Imagekampagnen versucht wird zu verbessern, ist maßgeblich für die Gewinnung geeigneter Mitarbeiter*innen, vielmehr die Ausbildungskapazitäten vor Ort, die Beratung durch die Arbeitsagenturen und Schulen sowie das regiona-

le Image sowohl der Berufsfelder als auch der Arbeitgeber (Das Demographie Netzwerk e.V. (ddn) 2017). Ein differenziertes Berufsgruppenkonzept allein sichert in keiner Weise, dass ausreichend Personal vor Ort zur Verfügung steht. Insofern sind die Länder hier in besonderer Weise gefragt, durch eine abgestimmte Regelung von Assistenzberufen für klare Berufsbilder für Assistenzberufe Sorge zu tragen und durch ein Monitoring des Personalbedarfs in der Langzeitpflege Planungsgrundlagen für koordinierte Bemühungen zur Sicherung des Personalbedarfs in der Langzeitpflege zu unterstützen.

7 Finanzierung der Pflege neu ausrichten

Eine Weiterentwicklung der Pflegeversicherung kommt nicht ohne eine Diskussion über die Finanzierung der Sicherung der Pflege aus. Die Diskussion ist aktuell neu entbrannt. Nachfolgend werden die pflegepolitischen Handlungsoptionen skizziert, die hinsichtlich einer Reform der Finanzierung der Pflegeversicherung bestehen und die sich derzeit in der Diskussion befinden.

7.1 Im Fokus: Die stationäre Langzeitpflege

Der politische Handlungsbedarf wird ganz wesentlich in der stationären Pflege wahrgenommen, kommuniziert – und politisch transportiert. Der Bundesgesundheitsminister Spahn hat Ende 2020 einen Vorschlag zur Deckelung der pflegebedingten Heimkosten ins Gespräch gebracht und damit die Diskussion um die Finanzierung der Pflegeversicherung neu munitioniert. Die Sozialhilfeträger problematisieren ihn, in den Medien aber auch den Landtagswahlkämpfen 2019 war er Thema. Im Heimbereich wirken sich höhere Kosten schnell auf die Sozialhilfeausgaben aus. Auch hierin liegt ein Grund für die größere politische Aufmerksamkeit dieses Bereichs.

Auch steht der Politik bezogen auf Heime eher vor Augen, wie politisch mehrheitsfähige Reformschritte aussehen könnten: Die Politik kann auf stationäre Einrichtungen wesentlich einfacher

Einfluss nehmen als auf die häusliche Pflege. Die Stakeholder der institutionellen Langzeitpflege, die nicht unwesentlich Einfluss auf die deutsche Pflegepolitik ausüben, sind im Bereich der stationären Pflege ungleich besser organisiert als in der häuslichen Pflege. So wird die Notwendigkeit einer Systemreform, insbesondere was die Finanzierung anbelangt, aus den steigenden Eigenanteilen abgeleitet, die zunehmend und vor allem prognostisch die finanziellen Möglichkeiten der Heimbewohner*innen übersteigen.

7.2 Sockel-Spitze-Tausch

Der von der Initiative ‚Pro Pflegereform‘²⁸ in die Debatte gebrachte inzwischen präzisierte und gerechnete Vorschlag stellt in das Zentrum der Reformüberlegungen den bereits 1999 diskutierten Sockel-Spitze-Tausch (Klie und Schmidt 1999). Die Pflegeversicherung soll nach diesem Vorschlag nicht weiter als Sockelleistung ausgestaltet werden. Sie soll vielmehr für den besonders hohen Pflegebedarf bedarfsdeckende Leistungen vorsehen. Die Pflegebedürftigen zahlen stets einen Sockelbetrag, der als fixer Eigenanteil fungiert. Die Initiative ‚Pro Pflegereform‘ bezog sich zunächst lediglich auf die vollstationäre Versorgung, ebenso der von einigen Bundesländern unter Federführung von Hamburg erarbeitete Vorschlag.²⁹ Er sieht vor, den Eigenbeitrag von Heimbewohner*innen für die pflegebedingten Aufwendungen in der Höhe zu begrenzen. Diese Eigenanteile sind in den letzten Jahren deutlich gestiegen. Das Pflegestärkungsgesetz II und die mit ihm verbundenen Leistungsausweitungen und Vertrauensschutzregelungen führten zu Sondereffekten, die kurzfristig zu einer Reduzierung der Sozialhilfeausgaben und der durchschnittlichen einrichtungseinheitlichen Eigenanteile (EEE) führten. Wie dargelegt, stieg der EEE bereits 2019 wieder deutlich, nicht zuletzt wegen fehlender regelgebundener Dynamisierung der Leistungen. Auch für den ambulanten Bereich sieht die erwähnte Bundesratsinitiative eine Begrenzung des Eigenanteils vor – wie, bleibt noch offen.

Mehr Personal und bessere Bezahlung in der Langzeitpflege führen zu höheren Kosten. Dies gilt für alle Pflegearrangements und führt jeweils zu mehr Eigenbeteiligung bei der Inanspruchnahme von professioneller Pflege. Während diese Kostendynamik in vollstationären Pflegeeinrichtungen politisch – nicht zuletzt im Zusammenhang mit der geplanten Einführung eines Personalbemessungssystems gem. § 113c SGB XI – aufgegriffen wird, gilt dies für die häusliche Versorgung nicht.

Berechnungsszenarien bezogen auf die Eigenanteile von Heimbewohner*innen lassen je nach Berechnung – einen stabilen Beitragssatz angenommen – in den nächsten 25 Jahren Steigerungen zwischen 150-300 Prozent erwarten. Diese werden weder von der Bevölkerung noch von den Sozialhilfeträgern akzeptiert werden. Auch die Stakeholder der Langzeitpflege werden politisch Druck aufbauen, damit es zu derartigen Kostensteigerungen nicht kommt bzw. diese abgefangen werden. Entsprechend große Chancen wird man politischen Initiativen beimessen, die zumindest auf eine Begrenzung des Eigenanteils von Heimbewohner*innen gerichtet sind. Die Eckpunkte des Bundesgesundheitsministeriums³⁰ vom November 2020 sehen eine Deckelung des Eigenbetrags der Bewohner von vollstationären Einrichtungen vor. Die sind als solche nicht geeignet, eine Diversität der Versorgungslandschaft zu unterstützen. Vielmehr wird jegliche Weiterentwicklung hin zu einer effizienteren sektorenübergreifenden Versorgung durch die Manifestierung unterschiedlicher Finanzierungsregelungen und Rahmenbedingungen zwischen ambulanter und stationärer Pflege erschwert. Inwieweit einkommensabhängige Zuzahlungen vorgesehen werden sollten, bleibt ebenso zu diskutieren, wie die Frage, wie mit unterschiedlichen Preis- und Entgeltniveaus umgegangen werden soll.³¹

28 Evangelische Heimstiftung (Hg.) (2019). Pressemitteilung vom 10.05.2019: Info-Kampagne #NeustartPflege. Initiative startet Postkarten-Aktion an Minister Spahn zum Sockel-Spitze-Tausch. Online unter: https://www.pro-pflegereform.de/fileadmin/default/Pressemeldungen/2019-05-10_TagDerPflege_ProPflegereform.pdf (Abruf vom 26.08.2019).

29 BR-Drs 106/19; Pressebehörde der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg (2019). Pressemitteilung vom 19.02.2019. Pflegeversicherung. Pflege solidarisch finanzieren: Eigenanteile der Pflegebedürftigen dürfen nicht weiter steigen. Hamburg macht im Bundesrat Vorschläge für eine soziale und gerechte Weiterentwicklung der Pflegeversicherung. Online unter: <https://www.hamburg.de/pressearchiv-fhh/12177862/2019-02-19-bgv-pflegeversicherung/> (Abruf vom 26.08.2019).

30 Vgl. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/2020/pflegereform.html> (Abruf vom 10.12.2020).

31 Vgl. Positionen und Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Weiterentwicklung und nachhaltigen Finanzierung der Pflege: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. 2020.

7.3 Immer wieder vernachlässigt: Die häusliche Pflege

Bei dem beschriebenen Fokus auf die stationäre Pflege darf es angesichts der Desiderate in der pflegerischen Versorgung keineswegs bleiben. Würde man lediglich die stationäre Versorgung in den Aufmerksamkeitshorizont der Pflegepolitik lenken, würde in sträflicher Weise die häusliche Pflege vernachlässigt. Auch hier besteht großer Handlungsbedarf, will man nachhaltig bzw. langfristig wirksam einen Beitrag zur Sicherung der Pflege in Deutschland leisten. Es wäre unseres Erachtens unverantwortlich, allein den stationären Bereich zum Gegenstand einer finanziellen Entlastung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen zu machen. Auf diese Weise würden alle Bemühungen um ein differenziertes, innovatives und auf die örtlichen Bedarfe hin angepasstes Versorgungssystem konterkariert. Eine Finanzierungsreform muss sich von daher von Anfang an auf alle Sektoren respektive auf einen sektorenübergreifenden Ansatz beziehen.

Zu den Versorgungsdefiziten in der häuslichen Versorgung gehören überlastete Angehörige, Formen der Unterversorgung sowie Erscheinungsformen von Gewalt. Auch die bis zu 600.000 osteuropäischen Haushaltshilfen (Petermann et al. 2017) lassen sich als Hinweis auf ein Systemversagen in der häuslichen Versorgung interpretieren. Verschärft werden die häuslichen Versorgungsdefizite durch regionale Infrastrukturdefizite u.a. bei Kurzzeit- und Teilzeitpflegeeinrichtungen. Aber auch vollstationäre Langzeitpflegeeinrichtungen weisen inzwischen wieder Wartelisten aus, Pflegedienste nehmen keine neuen ‚Kund*innen‘ an. Beratungsdefizite sind zu beklagen.

Insofern besteht gerade in der häuslichen und in der komplementären Versorgung von Pflegehaushalten großer Handlungsbedarf. Allein erfolgversprechend erscheinen langfristig Konzepte zu sein, die auch der Siebte Altenbericht der Bundesregierung aufgegriffen hat (BMFSFJ 2016), nämlich Ansätze, die auf einen wohlfahrtspluralistischen Ansatz setzen. Sie haben nicht allein die Vollversorgung im Blick, sondern vielmehr das Zusammenwirken von An- und Zugehörigen, Nachbar*innen, beruflich Tätigen, Professionellen in der Pflege, Ehrenamtlichen und Unterstüt-

zungsleistungen, die der Markt anbietet und generiert. Auch das Leitbild der Caring Community (Klie 2014) enthält gerade auf der lokalen Ebene interessante Perspektiven für die Sicherung von Sorge und Pflege in einer Gesellschaft des langen Lebens: Die Sicherstellung der Pflege ist nicht nur eine finanzielle und personelle Herausforderung, sondern auch eine kulturelle.

7.4 Pflegepolitische Reformoptionen

Die Politikentwürfe, die in diesem Zusammenhang verhandelt werden, sind unterschiedlicher Ausrichtung und Reichweite. Während die Bundesregierung, aber auch der GKV-Spitzenverband lange Zeit eine moderate Dynamisierung der Beitragssätze für ausreichend erachtet hat, wird zunehmend in Frage gestellt, dass auf diese Weise eine langfristige solide Pflegeabsicherung finanziert werden kann. Die Bundesratsinitiative der Bundesländer Hamburg, Schleswig-Holstein, Bremen und Berlin³² setzt auf eine Begrenzung des einheitlichen einrichtungsbezogenen Eigenbeitrages. Prominent ist insbesondere bei den Grünen und bei der SPD die Konzeption der Bürgerversicherung.³³ In die Finanzierung der Pflegeversicherung würden dabei die Versicherten der privaten Pflegeversicherungen einbezogen. Dadurch könnte die Gerechtigkeitslücke geschlossen werden, die darin besteht, dass die Pflegeprävalenz bei dieser Personengruppe niedriger ist als bei den in der GKV-Versicherten. Auch die Beitragssätze der besser Verdienenden würden einen, wenn schon nicht maßgeblichen, aber doch nicht zu leugnenden Beitrag zur Stabilisierung der Einnahmen der sozialen Pflegeversicherung leisten. Teile von den Grünen und der SPD unterstützen auch den Sockel-Spitze-Tausch.

Die Einnahmen der Pflegeversicherung könnten auch dadurch erhöht werden, dass die Bemessungsgrundlage für die Pflegeversicherungsbeiträge durch den Einbezug anderer Einkunftsarten erweitert wird. Im Auftrag von ver.di wurde das Konzept einer (Pflege-)Vollversicherung berechnet und präsentiert (Lüngen 2012; Rothgang und Domhoff 2019; Rothgang et al. 2019). Danach soll das gesamte Pflegerisiko abgesichert werden. Auf den ambulanten Bereich bezieht sich allerdings dieses Konzept nicht in vollständiger Weise. In der

32 Vgl. BR-Drks. 106/19: Bundesrat (BR) 2019.

33 Vgl. Die doppelte Pflegegarantie. Plädoyer für ein neues Denken der Pflegeversicherung: Bündnis 90/DIE GRÜNEN Bundestagsfraktion 2019.

Debatte ist auch ein Steuerzuschuss zu den Leistungen der Pflegeversicherung, der inzwischen auch von der GKV gefordert wird.³⁴ Ein Steuerzuschuss soll u.a. dazu beitragen, die Zuzahlungen von Heimbewohner*innen zu reduzieren.

Zu den Eckpunkten der schon 2013 vorgestellten und von den kommunalen Spitzenverbänden und 15 Bundesländern unterstützen Strukturreform (Hoberg et al. 2013) gehören eine Stärkung der Rolle der Kommunen und eine verbindliche Gewährleistungsregelung für die Sicherung einer ausreichenden Infrastruktur. Die breit diskutierte Finanzierungsreform muss einerseits eingebettet werden in die hier dargelegten Elemente einer Strukturreform und darf andererseits nicht allein auf den vollstationären Sektor begrenzt bleiben. Die Diskussionen um zukunfts feste Finanzierungskonzepte sind nicht abgeschlossen. Das gilt insbesondere für die nicht Fachkräften vorbehaltenden Pflegeaufgaben und den Bereich der Hauswirtschaft. An einem steuerfinanzierten Anteil an der Pflegesicherung führt kein Weg vorbei.

7.5 Pflegepolitische Finanzierungsoptionen im Überblick

(1) Leistungsdynamisierung

Die aktuelle Bundesregierung ging bisher davon aus, dass eine moderate Leistungsdynamisierung dazu in der Lage ist, die künftigen, auf die Pflegeversicherung zukommenden Kosten zu tragen. Die zugrundeliegenden Modellrechnungen reflektieren allerdings nicht die zu erwartenden Leistungsausweitungen und Steigerungen der Kosten. Auch der demografische Faktor bleibt weithin außen vor. Auch wenn der weitergehende Reformbedarf inzwischen erkannt wurde, ist die offizielle Position der Bundesregierung die einer Beitragssatzdynamisierung.

(2) Sockel-Spitze-Tausch

Besonders prominent ist der von Verbänden der Diakonie und der Caritas unterstützte Sockel-Spitze-Tausch, der einen verbindlichen Eigenanteil der Versicherten vorsieht und ansonsten

eine bedarfsdeckende Leistung der Pflegeversicherung kennt (Rothgang und Kalwitzki 2018; Schwinger et al. 2018).³⁵

(3) Steuerzuschuss

Die Systemkonformität wäre, folgt man der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichtes, eine wichtige Voraussetzung (Greß et al. 2019). Die Diskussion um einen Steuerzuschuss wurde insbesondere von der ehemaligen Gesundheitssenatorin Prüfer-Storcks im Verbund mit anderen norddeutschen Bundesländern auf die politische Agenda gesetzt. Bundesgesundheitsminister Spahn hat bei seinem Vorschlag der Deckelung der Heimkosten hinsichtlich der pflegebedingten Aufwendungen diesen Vorschlag insofern aufgenommen, als dass die durch die Deckelung entstehenden Mehrkosten durch eine Steuerfinanzierung aufgefangen werden sollen.

(4) Pflegebürgerversicherung

Seit längerem wird eine Pflegebürgerversicherung als solidarische Pflegeversicherung diskutiert. Würden die privat Versicherten mit in die soziale Pflegeversicherung integriert, und damit die in der Beihilfe und der privaten Pflegeversicherung ‚besseren‘ Risiken in den ‚Finanzierungstopf‘ einbezogen, ließe sich die Finanzierung der Pflegeversicherung auf etwas ‚breitere‘ Füße stellen. Dabei steht die Pflegebürgerversicherung als Teilleistungskonzept³⁶ im Vordergrund.

(5) Vollversicherung

Bereits 2012 hat ver.di eine Pflegevollversicherung im Zusammenhang mit der Einführung einer Bürgerversicherung ins Gespräch gebracht (Lüngen 2012). Der Vorschlag sieht eine vollständige solidarische Finanzierung der Pflegekosten vor. Alle Leistungen, die notwendig, wirtschaftlich und zweckmäßig sind, sollen von der Solidargemeinschaft übernommen werden – unter Übertragung des Grundprinzips der gesetzlichen Krankenversicherung auf die Pflegeversicherung. Lüngen ging bezogen auf das Basisjahr 2010 von einem Nettoeffekt von 7,4 Milliarden Euro Mehrausgaben aus – aus heutiger Sicht ein unrealistischer Betrag. Ak-

34 Vgl. Reformen kommen teuer. Milliarden-Defizit in der Pflegeversicherung: Woratschka 2019.

35 Vgl. Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung II (AAPV II): Rothgang und Kalwitzki 2019.

36 Bündnis 90. Die Grünen (2019): Die grüne Bürgerversicherung für Gesundheit. Online unter: <https://www.gruene-bundestag.de/themen/gesundheits/die-gruene-buergerversicherung-fuer-gesundheit> (Abruf vom 26.08.2019).

tuell wurde die Pflegevollversicherung wieder von der Böckler Stiftung in die Diskussion gebracht und berechnet (Rothgang und Domhoff 2019).

(6) Nachteilsausgleich

In diesem Papier wird ein Nachteilsausgleich präferiert, der ebenfalls steuerfinanziert wäre und entweder das Pflegegeld ersetzen soll oder zusätzlich zum Pflegegeld gezahlt würde (vgl. auch Schulz-Nieswandt 2020c). Das Pflegegeld würde als eine dem Kindergeld vergleichbare Leistung ausgestaltet, die die Pflegebereitschaft von An- und Zugehörigen stärken und eine Art Nachteilsausgleich gewähren soll. Bei dem Pflegegeld handelt es sich nicht um eine typische Versicherungsleistung. Ein steuerfinanziertes Pflegegeld unterläge zudem nicht den relativ komplexen Ausgleichsmechanismen wie das Modell des Steuerzuschusses für die soziale Pflegeversicherung (Greß et al. 2019). Es würde auch für Versicherte in Heimen gewährt werden und für den Eigenanteil eingesetzt werden können. Ein steuerfinanziertes Pflegegeld würde die Pflegeversicherung entlasten und die Durchlässigkeit der Sektoren (ambulant, stationär, teilstationär) befördern, was allenthalben als erforderlich angesehen wird, wenn es um ein effizientes Gesamtsystem gehen soll. Die sektoralen Logiken – hier ambulant, dort stationär – sind unter Effizienzgesichtspunkten verfehlt (Schulz-Nieswandt 2019).

Bausteine einer Strukturreform II

Auf der Grundlage der bisher vorgenommenen Analysen und entwickelten konzeptionellen Vorstellungen werden folgende grundlegenden Überlegungen als Kondensat vorgestellt und folgende Bausteine empfohlen.

8.1 Pflege- und Sorgepolitik als anthropologisch fundierte Aufmerksamkeitsverlagerung vom Objekt zum Subjekt: Erweiterte MD-Funktion im Sinne einer subjektorientierten Qualitätssicherung

Mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff wurde ein pflegewissenschaftlich reflektiertes und

auszugsweise Teilhabeaspekte einbeziehendes Assessment entwickelt, das in seiner Aussagekraft und in seiner Funktion weit über die Feststellung eines Pflegegrades hinaus nutzbar gemacht werden kann und sollte. Verbindet man das Begutachtungsverfahren des MD mit einem Risikoscreening von Pflegearrangements, bietet dies eine belastbare Grundlage für die auf Pflege angewiesene Person selbst, da sie in ihrer Entscheidung der Ausgestaltung des Pflegearrangements unterstützt wird. Die Informationen bieten überdies eine wichtige Grundlage für die Beratung von auf Pflege angewiesenen Menschen und ihren An- und Zugehörigen in den jeweiligen Beratungskontexten und Beratungsstellen. Weiterhin können die über ein Risikoscreening identifizierten Informationen Case Management-Indikationen identifizieren, das heißt einen individuell besonders hohen und komplexen Beratungsbedarf. Schließlich können im Einzelfall Hinweise auf Erwachsenenschutz relevante Konstellationen gegeben werden, die unter Ausschöpfung aller Beratungsmöglichkeiten im Vorfeld auch Schutzmaßnahmen zur Wahrung von Menschenrechten und der Abwendung von erheblichen Gefährdungen erforderlich machen können. Bei einer sozialräumlichen Auswertung der im Screening identifizierten Risikoindikatoren können überdies hochbedeutsame Informationen für die Weiterentwicklung der Infrastruktur für auf Pflege angewiesene Menschen gewonnen und sowohl für ein Monitoring als auch für die Planung genutzt werden. Schon nach geltendem Recht obliegen dem MD gemäß §§ 18, 18a SGB XI beratungsähnliche Verpflichtungen gegenüber dem auf Pflege angewiesenen Menschen, etwa hinsichtlich der Rehabilitation und des Einsatzes von Hilfsmitteln, aber auch Feststellung bei Pflegegeld basierten Pflegearrangements, so die Pflege nicht sichergestellt ist. De lege ferenda wären diese Aufgaben zu erweitern und dann im Gesamtbegleitungs- und Beratungskonzept für auf Pflege angewiesene Menschen zu integrieren. Dabei sind selbstverständlich Autonomie wahrende und den Datenschutz sicherstellende Regelungen vorzusehen.

8.2 Pflegefachliche Begleitung für alle: Fachpflegerische Steuerung und bedarfsdeckende Leistungen der Behandlungspflege

Von grundlegender Bedeutung ist die Sicherstellung einer fachpflegerischen Begleitung aller

Pflegehaushalte. Dies geschieht auf der einen Seite durch die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst, die auf der Basis der Begutachtung neben der Ausweisung eines Pflegegrades vorgenommene Risikoeinschätzung im Sinne der subjektorientierten Qualitätssicherung. Unabhängig davon gilt es sicherzustellen, dass die der Fachpflege vorbehaltenen Aufgaben gemäß § 4 PflBG und die an bestimmte Qualifikationsniveaus gebundenen fachpflegerischen Aufgaben, auch solche im Rahmen der Delegation ärztlicher Tätigkeiten für Diagnostik und Therapie, sozialleistungsrechtlich unabhängig vom gewählten Pflegearrangement und der jeweiligen leistungserbringungsrechtlichen Option gewährleistet werden. Die behandlungspflegerischen Aufgaben und die Steuerung des Pflegeprozesses sind eigenständig zu finanzieren und dies jenseits der Abwägung Pflegegeld oder pflegesachleistungsbasierter Pflegearrangements und der jeweils gewählten leistung(erbringungs)rechtlichen Option. Dies kann über die GKV und eine Ausweitung der Leistungen der häuslichen Krankenpflege gemäß § 37 SGB V und einer eigenständigen Verankerung fachpflegerischer Leistungen im Leistungsrecht der Krankenversicherung geschehen. Es kann aber auch über einen eigenen leistungrechtlichen Tatbestand im Recht der sozialen Pflegeversicherung im SGB XI gewährleistet werden.

In jedem Fall wäre die soziale Pflegeversicherung für eine sektorenübergreifende, einheitliche, Leistungspakete für Pflege und Assistenz gewährleistende Leistungsgewährung zuständig mit den vier respektive fünf dargestellten leistung(erbringungs)-

rechtlichen Optionen. Die leistungrechtlichen Optionen können gegebenenfalls auch verbunden werden mit einem Pflegezeitgeldmodell, das pflegenden Angehörigen, die auf Zeit auf Erwerbsarbeit verzichten, eine Lohnersatzleistung gewährleisten, sei es mit Anstellung bei einem Träger, wie von der Diakonie vorgestellt, bei der Kommune, wie in Skandinavien üblich oder auf andere Weise (vgl. auch Zeulner 2018). Die Höhe der Leistungen der Pflegeversicherung orientiert sich an der Finanzierung der typisierten Module für den stationären Bereich. Für unabwiesbar hohe Bedarfe sind entweder Ausweitungen des Leistungsvolumens oder ergänzende Leistungen der Hilfe zur Pflege respektive komplementäre Leistungen der Eingliederungshilfe vorzusehen.

Die Diskussionen, wie die Begrenzung der pflegebedingten Eigenanteile sichergestellt werden kann und pflegebedürftige Menschen vor wirtschaftlicher Überforderung geschützt werden, ist noch nicht abgeschlossen. Die Autor*innen haben sich in dieser Frage nicht auf ein Modell verständigen können. In jedem Fall hätte sich eine Finanzierungsreform, die insbesondere i.e.S. pflegerische hohe Bedarfe in den Blick nehmen muss, auf alle Pflegearrangements zu beziehen und die Durchlässigkeit zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zu ermöglichen. Anreize für eine stationäre Versorgung sind in jedem Fall zurückzunehmen bzw. zu vermeiden. Die Kosten für das Wohnen, für Verpflegung aber ggf. auch für die hauswirtschaftliche Versorgung (Opolony 2019) bleiben bei den Versicherten und sind von ihnen oder den Sozialhilfeträgern zu tragen.

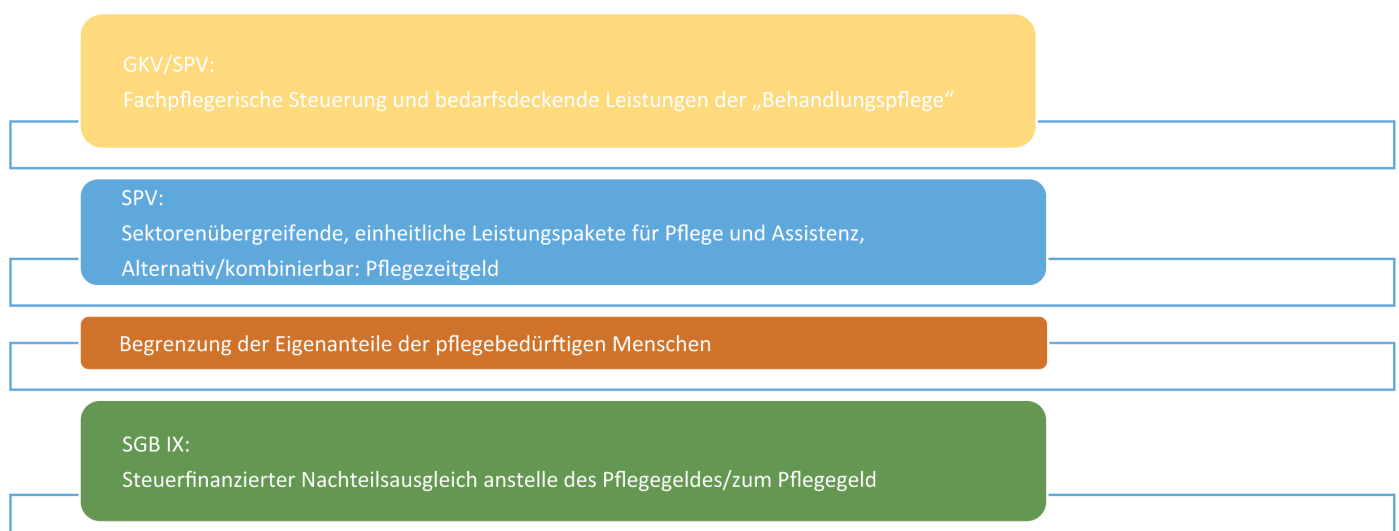


Abb. 2: Strukturreform mit Finanzierungsreform verbinden | Quelle: Klie 2021

Als vierte Finanzierungssäule kommt ein steuerfinanziertes Pflegegeld hinzu, das entweder über das SGB IX als Nachteilsausgleich oder aber über Regelungen im Einkommenssteuerrecht wie beim Kindergeld finanziert wird. Es wird einheitlich ermittelt und nicht an die Pflegegrade geknüpft, da es nicht dazu dient, mit der Intensität der Pflegebedürftigkeit respektive dem Grad der Selbständigkeit verbundene Aufwendung zu decken, sondern die Nachteile zu kompensieren, die sich aus der Bewältigung der Lebenslage Pflegebedürftigkeit ergeben. Ob das Pflegegeld weiterhin allein als Rechtsanspruch des auf Pflege angewiesenen Menschen ausgestaltet wird oder aber (auch) als Rechtsanspruch von Pflegepersonen ausgestaltet werden kann, bedarf der weiteren Diskussion (vgl. Abb. 2).

8.3 Innovationen fördern, Sektorgrenzen überwinden: Das Leistungsrecht flexibilisieren

Das Leistungs- und Leistungserbringungsrecht der sozialen Pflegeversicherung kennt im Wesentlichen zwei grundlegende systematische Differenzierungen. Zum einen wird strikt zwischen (voll)stationärer und häuslicher Versorgung unterschieden, wobei die Logik der teilstationären Leistungen den der stationären weithin folgt. Jeweils handelt es sich um Sachleistungen im Modus der Teilleistung für den Gesamtbedarf, die mit dem Anspruch einer bedarfsgerechten Vollversorgung den Pflegesatzverhandlungen auf der Grundlage der Rahmenvereinbarung gemäß § 75 SGB XI ausgehandelt werden. Dabei wurden in den letzten Jahren einige, die stationäre Finanzierungslogik von der ambulanten noch stärker trennende „Reformschritte“ respektive Gesetzesänderungen vorgenommen. Zu ihnen gehört die zuschussbasierte Finanzierung zusätzlicher Betreuungskräfte gemäß §§ 43b, 84 Abs. 8, 85, Abs. 8 SGB XI, der einrichtungseinheitliche Eigenbetrag gemäß § 92 e SGB XI sowie der mit dem Pflegepersonalstärkungsgesetz eingeführte Zuschuss für Behandlungspflegerische Leistungen, die in vollstationären Pflegeeinrichtungen erbracht werden § 8 Abs. 6 und zusätzliche Pflegeassistenz über §§ 84 Abs. 9, 85 Abs. 9 bis 11 SGB XI. Die Finanzierung der (voll)stationären Pflegeeinrichtungen ist strikt getrennt vom ambulanten Versorgungsregime. Auch die Gesamtversorgungsverträge sehen in der Regel keine Durchmischung und keine Flexibilisierung von stationären und ambulanten Leistungen vor. Damit werden etwa quartiersbezoge-

ne Ansätze der Versorgung zumindest erschwert. Die zweite ganz wesentliche Differenzierung im Leistungsrecht der sozialen Pflegeversicherung ist die zwischen Sach- und Geldleistung, die insbesondere im ambulanten Bereich greift. Die Geldleistung des Pflegegeldes gemäß § 37 SGB XI dient der Stabilisierung häuslicher Pflegearrangements, der Gratifikation unbezahlt erbrachter Pflegeleistungen innerhalb von Familien und anderen sozialen Netzwerken sowie der Finanzierung von selbst beschafften Hilfen in der häuslichen Versorgung – wobei es sich sehr häufig um osteuropäische Haushaltshilfen handelt. Die Inanspruchnahme des Pflegegeldes ist in Deutschland dominant. Das hat sich im Laufe der Jahre nach Einführung der Pflegeversicherung nicht geändert. Die Attraktivität des Pflegegeldes ist aus verschiedenen, bereits oben referierten Gründen weiterhin gegeben: Flexibilität, haushaltsökonomische Kalküle, Wirkung als Lohnersatzleistungen, die Möglichkeit kostengünstigen Einkaufs von Unterstützungsleistungen auf grauen und schwarzen Märkten. Die Sachleistungen in der häuslichen Pflege, die auch in kollektiven Versorgungsformen als häusliche Pflegeleistung genutzt werden können (ambulant betreute Wohngemeinschaften) werden lediglich von knapp 30 Prozent der zuhause Versorgten in Anspruch genommen. Durch die leistungserbringungsrechtlichen Vorgaben wurden diese bei relativ weiten Gestaltungsspielräumen auf der Ebene der Bundesländer weitgehend als Modulleistung konzipiert und designed. Aber auch zeitbezogene Vergütungsformen sind bekannt und werden nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes zunehmend genutzt. Weder die Trennung in ambulant und stationär noch die auch fiskalisch motivierte cash- oder care-Alternative erweisen sich mit Blick auf die Herausforderung der Sicherung der Pflege als funktional. Die strikte Trennung zwischen ambulant und stationär verhindert eine flexible, sektorenübergreifende Versorgung und steht überdies De-Institutionalisierungsbestrebungen, die auch in der Eingliederungshilfe konsequent verfolgt werden, entgegen. Die Alternative cash oder care führt zu einem nicht selten problematischen Verzicht auf die Inanspruchnahme fachpflegerischer Unterstützung. Auch erweist sich das Leistungserbringungsrecht der häuslichen Pflege als Sachleistung weder als kompatibel mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff noch mit sozialraumbezogenen und personenzentrierten Ansätzen der Gestaltung von Pflegearrangements. Das geltende Leistungser-

bringungsrecht erweist sich als strukturell innovationsfeindlich. Vor diesem Hintergrund wird eine sektorenübergreifende Gestaltung des Leistungs- und Leistungserbringungsrechts vorgeschlagen, das vier leistungserbringungsrechtliche Optionen enthält (vgl. Abb. 3).

(1) Leistungskomplexe

Die Leistungsberechtigten haben einen Anspruch auf Pflege- und Assistenzleistungen im Modus der Sachleistung, die bezogen auf typische pflegebedingte Unterstützungsbedarfe modular angeboten und ausgestaltet werden kann. Dabei ist zu differenzieren zwischen im engeren Sinne pflegerischen Leistungen, die sich auf Unterstützung bei Einschränkung der Selbständigkeit beziehen und vor allen Dingen auf die Bereiche Mobilität, Hygiene, Ernährung zu beziehen und mit Blick auf die dort auftretenden typischen Bedarfe auszugestalten sind. Neben den im engeren Sinne pflegerischen Leistungen im Kontext von Pflegebedürftigkeit sind mit Blick auf den erweiterten Pflegebedürftigkeitsbegriff auch Assistenzleistungen bezogen auf persönliche Unterstützung aber auch hauswirtschaftliche Assistenz modular anzubieten. Es wird der Betreuungsbegriff weder fachlich noch terminologisch als trennscharf, sinnvoll und belastbar erachtet. Von daher wird empfohlen, die Leistungen, die sich nicht als im engeren Sinne pflegerisch darstellen, als Assistenzleistungen zu bezeichnen und auszugestalten. Nur so ist die Personenzentrierung, die auch im Pflegeversicherungsrecht mittelbar über die Behindertenrechtskonvention gilt, leistungserrechtlich aufzunehmen. Es geht um persönliche Assistenz im Rahmen des Leistungsrechts der Pflegeversicherung. Mithilfe von modularisierten Leistungen können typische Pflege- und Assistenzbedarfe typisiert, quantifiziert und qualitäts hinterlegt beschrieben und vereinbart werden. Im stationären Bereich bieten sie die Grundlage für die dort anzubietenden und den gesamten Bedarf deckende Leistungen. Im ambulanten Bereich stellen sie sich als optionale Angebote der Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung im Modus der Sachleistung dar.

(2) Fach- und Assistenzleistungsstunden

Als Alternative zu inhaltlich bestimmten Leistungskomplexen lassen sich die Sachleistungen der Pflegeversicherung auch auf der Basis von zeitgebundenen Leistungs- und Entgeltvereinba-

rungen gewähren. Hier werden Pflegeleistungen auf Zeitbasis erbracht und abgerechnet. Ähnliches gilt für Assistenzleistungen, für die gegebenenfalls, etwa in der Nacht oder in Wohngruppen, auch Pauschalen, etwa für die nächtliche Betreuung und Bereitschaft, verhandelt werden können. Inhaltlich müssen sich die Leistungen weiterhin auf das Spektrum der vom Pflegebedürftigkeitsbegriff erfassten Pflege- und Assistenzleistungen beziehen, der aber bekanntermaßen weit ist, allerdings nicht alle Leistungen beinhaltet, insbesondere nicht alle Teilhabeansprüche. Ob im Rahmen der Weiterentwicklung der Pflegeversicherung und des Leistungsrechts der Pflegeversicherung Leistungen der Hauswirtschaft aus dem Leistungskanon der Pflegeversicherung herausgenommen werden oder nicht, wird man auch unter fiskalischen Gesichtspunkten zu diskutieren haben (vgl. Opolony 2019).

(3) Leistungsbudget

Als dritte Leistungs- und Leistungserbringungsrechtliche Variante kommt das sogenannte Sachleistungsbudget in Betracht (vgl. Klie 2018a). Hier werden trilateral individuelle Hilfe- und Pflegeplanungsbudgets ausgehandelt, mit der der Gesamtbedarf eines auf Pflege angewiesenen Menschen in dem jeweiligen Pflegearrangement beantwortet werden kann und soll. Dabei übernimmt der ambulante Pflegedienst die Verantwortung dafür, dass alle in den Sachleistungsbudgets, die auch teilstationäre Leistungen miteinbeziehen können, so man ihnen einen leistungserrechtlichen Sonderstatus weiterhin zugesteht, integrierten Finanzierungen für die Sicherstellung der Pflege und Sorge eingesetzt werden. Der Ansatz bietet für die Dienste Anreize, die in den Buurztorg- und Walzbachtal-Modellen gesetzten Zielen zu verfolgen und dies im Sinne einer ressourcenorientierten, netzwerkbasierenden und sozialraumorientierten Gestaltung von Pflegearrangements. Sie tragen dazu bei, dass Pflegedienste sich konsequent im Sozialraum vernetzen und an der Weiterentwicklung der Infrastruktur ebenso beteiligen wie an der Entwicklung örtlicher Sorge- und Pflegekulturen. Vergleicht man eine public health-orientierte Gesundheitsökonomie werden die Anreize verlagert von der effizienten Leistungserbringung von taylorisierten Pflegeleistungen in möglichst vielen Pflegehaushalten hin zu einer Art gemeinwirtschaftlichen Bewältigung von Pflege- und Sorgeaufgaben und ihrer Stützung. Sachleistungsbudgets bilden die Basis für einen intelli-

genten Profi-Bürger-Technik-Mix und realisieren sozialraum- und quartiersbezogene Pflegeansätze.

(4) Persönliches Pflegebudget

Die vierte leistungsrechtliche Option steht im persönlichen Pflege- respektive trägerübergreifenden Budget. Es wurde für die Langzeitpflege in einem groß angelegten Projekt erfolgreich erprobt (vgl. Klie et al. 2008). Es ist geeignet für einen überschaubaren Kreis von auf Pflege angewiesenen Menschen, die die Regie für das eigene Pflegearrangement selbst übernehmen können und möchten, sich die Leistungen individuell einzukaufen und gegebenenfalls auch im Arbeitgebermodell Pflege- und Assistenzkräfte selbst zu beschäftigen oder gegebenenfalls genossenschaftliche Versorgungsmodelle zu nutzen oder mit aufzubauen. Mit dem Wunsch- und Wahlrecht, das insbesondere in der Eingliederungshilfe mit dem BTHG auf der Basis der Behindertenrechtskonvention eine neue und verbindliche Orientierung gefunden hat, die auch für die Leistungen der Pflegeversicherung Geltung beanspruchen, gewinnt das persönliche Budget als alternative Leistungsform auch für die Langzeitpflege an Bedeutung und wird kaum mehr zurückgewiesen werden können. Dies gilt insbesondere für Menschen mit Behinderung und einem Pflegebedarf, die gemäß § 29 SGB IX einen Anspruch auf ein trägerübergreifendes Budget haben. Über Zielvereinbarungen wird der Unterstützungsbedarf und die zu erbringenden Leistungen ebenso ausgehandelt wie das zur Verfügung stehende Budget. Die Zielvereinbarungen dienen auch dazu, die Qualität der jeweils selbstorganisierten Unterstützungsleistungen zu sichern.

Die vier leistungs(erbringungs)rechtlichen Optionen müssen in ihrer Ausgestaltung in Einklang gebracht werden mit der leistungsrechtlichen Verortung der Behandlungspflege. Über sie kann die pflegefachliche Begleitung in dem jeweiligen Pflegearrangement unabhängig von der Wahl der Leistungserbringungsrechtlichen Option sichergestellt werden. Weiterhin ist das Verhältnis zum Pflegegeld zu klären. Bei einer dem Kindergeld nachgebildeten steuerfinanzierten Gewährung von Pflegegeld wären die haushaltsökonomischen Kalküle nicht mehr im System der Pflegeversicherung handlungsleitend. Durch die anteilige Basis-Soziet-Finanzierung jedes Pflegehaushaltes an dem jeweiligen leistungsrechtlichen Regime wäre eine Überinanspruchnahme und wären moral hazard-Effekte auszuschließen respektive einzudämmen. Schließlich wäre, dies könnte auch als fünfte Variante Leistungserbringungsrechtlicher Optionen vorgesehen werden, die zeitweise Übernahme von Pflegeaufgaben von An- und Zugehörigen und ihre Entgeltung vorzusehen und dies für An- und Zugehörige, die mit Blick auf die Pflegebedürftigkeit ihres Angehörigen Erwerbsarbeit auf Zeit aufgeben oder deutlich reduzieren. Diesen Vorschlag hat auch die Diakonie in ihrem Pflegereformvorschlag mit aufgenommen und sich zu eigen gemacht (Diakonie Deutschland 2019).

8.4 Effektive Governance vor Ort: Steuerungsebenen und Infrastrukturverantwortung profilieren

Das bisherige Konzept der Pflegeversicherung appelliert auf der einen Seite an einen nicht näher bestimmten Kreis von Akteuren für die Sicherstel-

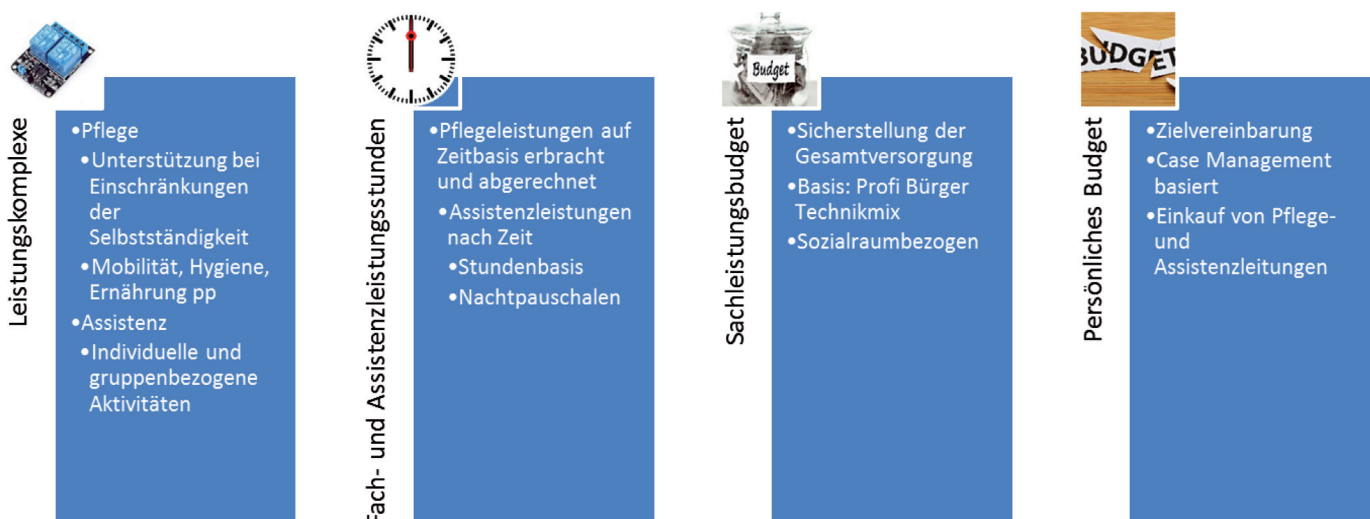


Abb. 3: Leistungserbringungsrechtliche Optionen | Quelle: Klie 2020c

lung der Pflege und Sorge auf Pflege angewiesener Menschen Verantwortung zu übernehmen: Die (Langzeit-)Pflege wird als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstanden, § 8 Abs. 1 SGB XI. Zum anderen ordnet die soziale Pflegeversicherung der „gemeinsamen Selbstverwaltung“ von Leistungsträgern und Leistungserbringern zentrale Regulierungskompetenzen zu, so es um die inhaltliche Bestimmung von Leistungsansprüchen, die Definition von Qualität und Fragen der Entgeltgestaltung geht. Fragen der Infrastrukturverantwortung und solche der Sicherstellung der Versorgung leistungsberechtigter Personen werden nicht in eindeutiger Weise geregelt: Hier setzt die Konzeption der Pflegeversicherung auf das Zusammenwirken von Leistungserbringern, Leistungsträgern, Länder und Kommunen und dies in einem insgesamt marktlich organisierten Feld sozialer Dienstleistungen. Dies führt im Ergebnis zu großen Unterschieden in der Verfügbarkeit von Infrastrukturen der Langzeitpflege auf regionaler und örtlicher Ebene (vgl. Klie und Monzer 2018). Weder das Zusammenwirken mit anderen Leistungsträgern und anderen Sektoren wird faktisch gewährleistet noch die systematische Verarbeitung von aus Einzelfällen resultierenden Erfordernissen für eine Weiterentwicklung der Infrastruktur, der Kooperation und der Zugänglichkeit von Einrichtungen und Diensten. Schließlich spielt gerade in der Langzeitpflege unter dem Gesichtspunkt der Sicherung der Teilhabe auf Pflege angewiesener Menschen aber auch zur Erhaltung der Pflegebereitschaft respektive einer fairen Ausgestaltung der Verteilung von Sorgeaufgaben die örtliche Sorgeskultur und damit die örtliche Sorgepolitik eine zentrale Rolle für die Stabilisierung, Weiterentwicklung und Sicherung der Langzeitpflege vor Ort. Dies verlangt nach einer Neuordnung der Steuerungsebenen und Steuerungsverantwortlichkeiten, insbesondere auf der lokalen und regionalen Ebene.

8.4.1 Steuerung auf der Fallebene

Mit der Beantragung von Pflegeleistungen nach dem SGB XI wird ein umfassendes Begutachtungsverfahren mit dem neuen Begutachtungsinstrument ausgelöst, das zur Zuweisung eines Pflegegrades führt aber auch verbunden ist mit Hinweisen auf den Rehabilitationsbedarf und des Hilfsmiteinsatzes zur Vermeidung oder Verminderung von Pflegebedürftigkeit (§ 18 SGB XI). Dies soll nach den in diesem Papier entwickelten Vorstellungen weiterentwickelt werden in Rich-

tung eines den individuellen Beratungsprozess qualifizierenden und flankierenden Risikoscreening, das sowohl die auf Pflege angewiesene Person als auch ihre An- und Zugehörigen in der Gestaltung geeigneter, belastbarer und stabiler Pflegearrangements unterstützt und sie bei der Wahl der ihnen jeweils zur Verfügung stehenden Leistungen und Unterstützungs- und Versorgungsangebote begleitet. Flankierend steht den Versicherten ein Rechtsanspruch auf Beratung durch ihre jeweilige Pflegekasse gemäß § 7 SGB XI aber auch entsprechende Beratungsansprüche bei gleichzeitiger Inanspruchnahme von Teilhabeleistungen gemäß § 106 SGB IX sowie bei alten Menschen und Beziehen von Leistungen der Hilfe zur Pflege gemäß § 11 SGB XII zu. Diese Beratungsansprüche gilt es zusammenzuführen und dies sowohl durch eine jeweils aufeinander bezogene Beratung als auch mit Blick auf eine systematische Zusammenarbeit auf örtlicher Ebene. Institutionell bieten sich hierfür die Pflegestützpunkte gemäß § 7c SGB XI an, die allerdings sinnvollerweise, wie schon in dem Papier „Strukturreform I“ (Hoberg et al. 2013), um die Angebote für Menschen mit Behinderung erweitert respektive als integrierte örtliche Servicestellen für Pflege und Teilhabe auszugestalten wären. Dort wo die Beratung nicht ausreicht, um eine den Präferenzen und Bedarfen entsprechende Hilfestellung zu gewährleisten, besteht ein Anspruch auf individuelles Case Management, das im Rahmen der Pflegeversicherung als Pflegeberatung bezeichnet wird (vgl. § 7a SGB XI). Über die Pflegeberatung sind nach geltendem Recht die jeweiligen Pflegekassen zuständig. Diese nehmen aber ihre Aufgaben gemäß § 7a SGB XI in sehr unterschiedlicher Weise, keineswegs gleichmäßig und überwiegend nicht rückgebunden an die örtlichen Beratungsinfrastrukturen und Kooperationsgremien wie Pflegestützpunkte, wahr (vgl. Klie 2020a). Insofern muss sichergestellt werden, dass die Case Management-Angebote der Pflegekassen systematisch im Sinne einer Case Management-Organisation (Klie und Monzer 2018) mit den örtlichen Infrastrukturen und Akteuren verschränkt werden, sei es durch die Kassen selbst oder übergreifend durch kommunal gesteuerte Prozesse und Organisation. Pflegekassen, die in ihren Pflegeberatungsangeboten den Qualitätskriterien des Case Managements nicht nachkommen (Wingenfeld und Büscher 2017), insbesondere solche, die keine kontinuierliche Begleitung und Beratung vor Ort und in der eigenen Häuslichkeit wahrnehmen können, müssen verpflichtet

werden, sich an einer Finanzierung der örtlichen Pflegeberatung zu beteiligen. Wie eine solche auf kommunaler Ebene zusammengefasste Pflegeberatung finanziert und organisiert wurde, wurde bereits im Papier „Strukturreform I“ ausführlich dargelegt (vgl. Hoberg et al. 2013). Insbesondere ist sicherzustellen, dass das Case Management im Kontext der Langzeitpflege eng zusammenarbeitet mit Case Management-Akteuren aus dem Bereich des SGB V (§ 11 SGB V) sowie aus dem SGB IX (§§ 32ff. bzw. 106 SGB IX). Nur so kann gewährleistet werden, dass im Einzelfall bedarfsgerechte und sektorenübergreifende Versorgung sichergestellt wird und aus den in Einzelfällen gesammelten Erfahrungen über die Qualifizierungserfordernisse von Kooperationen und unzureichende Infrastrukturen systematisch Schlussfolgerungen für die weitere Entwicklung des Hilfesystems vor Ort gezogen werden können (Care Management). Für die kontinuierliche Pflege- und Hilfeplanung tragen bei Inanspruchnahme von ambulanten Pflegediensten diese nach geltendem Recht eine zentrale Verantwortung für die Steuerung des Pflegeprozesses, wobei pflegfachliche Fragen im Vordergrund stehen. Nach dem hier vorgeschlagenen Reformkonzept soll die pflegfachliche Begleitung im Sinne der Sicherstellung pflegfachlicher Steuerung – zumindest als immer wieder unterbreitetes Angebot – unabhängig davon gewährleistet werden, welches Pflegeregime gewählt wurde: Häusliche Pflege mit oder ohne Pflegedienst, flankiert durch Tages- oder Nachtpflege, wohnen in einer ambulant betreuten Wohngruppe oder in einem stationären Setting. Auf der Ebene der Fallsteuerung geht es nicht um eine singuläre und einmalige Festlegung und Verständigung auf ein Pflegearrangement, sondern vielmehr um einen zirkulären und auf gewisse Dauer angelegten Prozess, in dem kontinuierlich Veränderungen und Nachsteuerung im Pflegearrangement möglich sind. Auch die Awareness für menschenrechtlich problematische Situationen in Pflegearrangements gilt es zu gewährleisten (vgl. Klie 2019c). Auch hier spielt das Risiko adjustierte Screening des MDK eine wichtige Rolle.

8.4.2 Care Management

Auf der sogenannten Systemebene geht es um den Aufbau, die Weiterentwicklung und Qualifizierung von der Koordinierung und Kooperation dienenden Netzwerken, der Identifizierung

von Infrastrukturdefiziten und ihrer Schließung und der Weiterentwicklung und Pflege einer örtlichen Sorgeskultur, die in besonderer Weise das koproduktive Zusammenwirken in wohlfahrtspluralistischen Arrangements, das heißt im Zusammenwirken informeller Pflege mit professionellen Angeboten, nachbarschaftlichen Unterstützungsformen mit ehrenamtlichen sowie weiteren Dienstleistungsangeboten (Assistenzleistungen) befördert und gewährleistet. Für das Care Management sind die in Deutschland sehr unterschiedlich stark verbreiteten und in unterschiedlicher Qualität implementierten Pflegestützpunkte gemäß § 7c SGB XI vorgesehen (Braeseke et al. 2019). Sie wären weiterzuentwickeln in Teilhabe- und Pflegeservicestellen auf örtlicher Ebene. Dabei sind sowohl landesrechtliche als auch örtliche Besonderheiten ebenso zu berücksichtigen, wie die Performance der Pflege- und Krankenkassen im Bereich der örtlichen und kommunalen Versorgungsstrukturen. Gleichwohl muss gesetzlich sichergestellt werden, dass in dem skizzierten Verständnis Care Management überall in Deutschland verbindlich verankert und mit Case Management und Beratungsstrukturen strukturell vernetzt wird. Zu einem regionalen Monitoring gehört die regelmäßige Überprüfung des regionalen Beschäftigungsbedarfs in der Langzeitpflege und dies nicht nur bezogen auf Fachkräfte, sondern auf alle relevanten Beschäftigungsgruppen im Sinne des beschriebenen Qualifikationsmixes. Hier sind die Länder oder die Selbstverwaltungsorganisationen der Pflegeberufe aufgefordert, ein entsprechendes verstetigtes Monitoring aufzulegen und den Regionen und Kommunen zur Verfügung zu stellen (vgl. Isfort und Klie 2021).

Aus dem Monitoring speist sich die regionale und kommunale Pflegeplanung, die sich nicht im Sinne einer bayerischen Pflegeheimplatzgarantie, sondern als partizipativer Prozess regionaler und örtlicher Kultur und Infrastrukturentwicklung zu verstehen respektive als solcher auszugestalten ist. Auf diese Weise können Ressourcen aus der Bürgerschaft, Pflegeerfahrung von pflegenden An- und Zugehörigen ebenso einbezogen werden wie Präferenzen der örtlichen Bevölkerung. Auch das Innovationspotential, das aus örtlichen und regionalen pflegepolitischen Dynamiken im Zusammenwirken von Zivilgesellschaft, Professionellen, Kommunalpolitik und Trägern erwächst, kann auf diese Weise zur Entfaltung kommen. Die örtlichen Gemeinden aber auch regionale

Unternehmen können ihre Ressourcen und Investitionsbereitschaft ebenso in die Planungsprozesse einbringen wie sich gemeinwirtschaftliche Initiativen bilden und ihren Beitrag zur Infrastrukturentwicklung leisten können (Bürgergenossenschaften etc.). Auch die Wohlfahrtsverbände und Religionsgemeinschaften sind in partizipativ angelegten Planungsprozessen bedeutsame Akteure. Sie sind ihrerseits nicht allein als Betreiber von Einrichtungen, sondern als Katalysatoren örtlicher Entwicklungs- und Innovationsprozesse gefragt (vgl. Beck 2018).

8.5 Infrastrukturdefizite ausgleichen

Mit einem systematisch mit dem Care Management verschränkten Case Management oder einer sektorenübergreifenden Kooperation, wie in Modellprojekten vielfach erprobt (vgl. PORT, PKZ, a.a.O.) kann, unterstützt durch eine entsprechende Governance, am ehesten eine suffiziente, bedarfsgerechte und kulturentwickelnde Infrastruktur ortsangepasst entwickelt werden. Dabei müssen sich Care Management-Strukturen und Arbeitsweisen stets in den Dienst einer transsektoralen und integrierten Sozialpolitik stellen. Dabei ist landesrechtlich ein datengestütztes Monitoring über die aktuelle Versorgung und prognostische Bedarfsentwicklung auf regionaler Ebene zu etablieren und dies unter Einbeziehung regionalisiert analysierten GKV- und SPV-Routinedaten. Auf diese Weise werden die Akteure auf regionaler und kommunaler Ebene in die Lage

versetzt, ihren kooperativ einzulösenden Sicherstellungsauftrag gerecht zu werden und ihren Planungsverpflichtungen in qualifizierter Weise nachzukommen.

8.6 Kommunale Handlungsebene stärken: Governancestrukturen und -kulturen vor Ort qualifizieren

Die Kommunen sollen angesichts schon bestehender Zuständigkeiten und Planungsverantwortungen in den Bereichen Wohnen, Bauen, soziale Infrastruktur und Teilhabe, Altenhilfe u.v.m. auf möglichst gesetzlicher Grundlage auch die Verantwortung für eine Pflegestrukturplanung und -koordination erhalten. Dies könnte mittels eines § 95 SGB IX vergleichbaren Sicherstellungsauftrags erfolgen, flankiert durch entsprechende Landespflegegesetze, die neben einer Konkretisierung des Sicherstellungsauftrages und seiner Adressaten Organisation, Verfahren und partizipative Strukturen und Gremien – soweit nicht schon ohnehin geschehen – regeln. Die Ergebnisse kommunaler Pflegeinfrastrukturplanung müssten auf Grundlage entsprechender Regelungen im SGB XI Eingang in das System der Pflegeversicherung finden, namentlich in Planungs- und Zulassungsentscheidungen der Pflegekassen. Eine derart verstandene Pflegestrukturplanung würde auf einem systematischen und kontinuierlichen Monitoring aufbauen, das die Infrastruktur und insbesondere die Bedarfsentwicklung auf kommunaler und re-

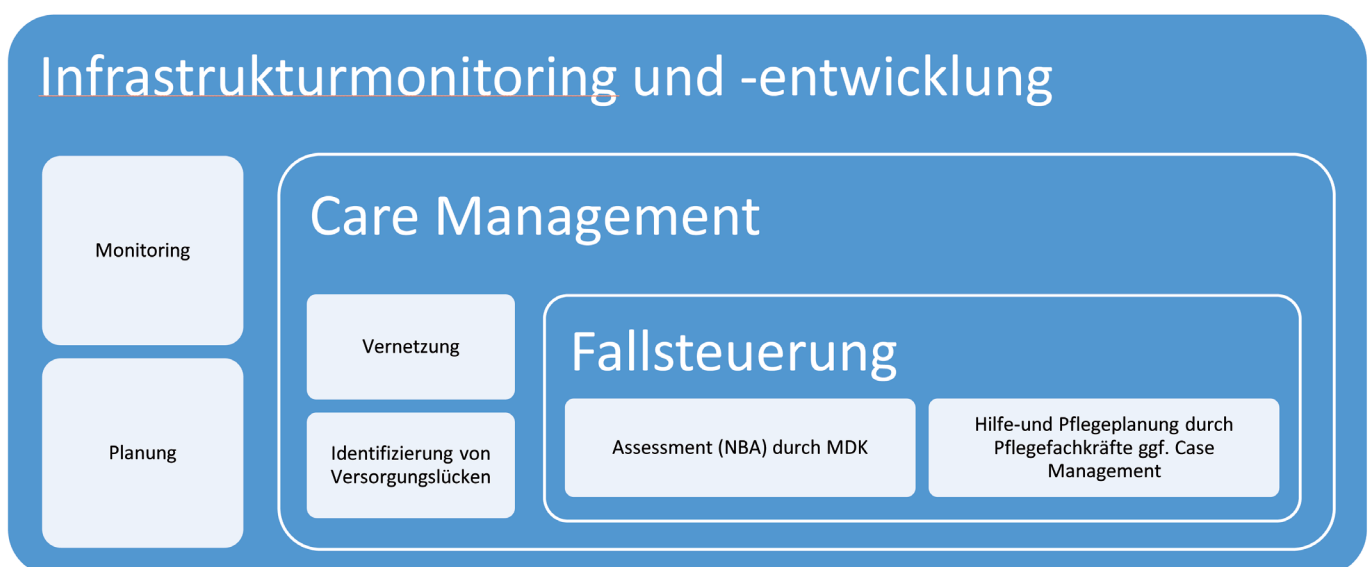


Abb. 4: Effektive Governance vor Ort: Steuerungsebenen und Infrastrukturverantwortung profilieren
Quelle: Klie 2020c

gionaler Ebene abbildet. Auf diese Weise wird den Regionen, aber auch den Sozialleistungsträgern auf kommunaler Ebene eine verlässliche Datengrundlage für Fragen der Infrastrukturentwicklung und Bedarfsabschätzung für die Zukunft geboten.

Auf der Basis dieses Monitorings werden die Akteure auf kommunaler Ebene, sowohl auf Kreis- als auch auf gemeindlicher Ebene in die Lage versetzt, partizipativ ausgerichtete Planungsprozesse datenbasiert zu gestalten. Zugleich können partizipative Diskurse auf örtlicher/gemeindlicher Ebene über die Weiterentwicklung einer pflegerischen Infrastruktur eingeleitet, entschieden und zivilgesellschaftliche Initiativen und Potentiale in die Infrastrukturentwicklung, einbezogen werden.

Ein mit dem Case Management notwendigerweise verbundenes Care Management wie die systematische Aufbereitung von Case Management-Fällen im Care Management liefert überdies aus komplexen Fallkonstellationen hervorgehende Informationen über Kooperationsdefizite, Infrastrukturdesiderate und Probleme der Bedarfsdeckung

Die Sicherung der Pflege und Teilhabe ist in einem subsidiär angelegten Sicherungssystem der Pflegeversicherung wie auch der Eingliederungshilfe in Angebote und Strukturen im Sozialraum eingebunden und von diesen abhängig. Im Sinne von Caring Communities gilt es diesen Ort als die maßgebliche territoriale Einheit, in der ein Leben mit Pflegebedürftigkeit und Behinderung gelingt oder auch nicht, zu nutzen und mit dem Leistungsrecht der Pflegeversicherung systematisch zu verbinden. Zugleich sind diese Sorgestrukturen zu erhalten bzw. auszubauen oder – sofern sie nicht vorhanden oder ein ungenügendes Angebot vorhalten – aufzubauen. Auf der Basis eines regionalen Monitorings sind im Sinne bundesweit annähernd gleichwertiger Lebensverhältnisse häusliche und nachbarschaftliche Sorgearrangements zu fördern und zu stützen, um somit eine gesellschaftliche Teilhabe jenseits der Leistungen der Pflegeversicherung zu gewährleisten.

Dort wo diese Infrastruktur weder entwickelt noch vorgehalten werden kann, sind neue Formen gemeinwirtschaftlicher Infrastrukturen gefragt, die von Kommunen oder anderen Akteuren initiiert werden, wie es die Beispiele der regionalen Pflegekompetenzzentren zeigen. Im Sinne eines Sicherstellungsauftrages sind gegebenenfalls

die Kommunen mit ihren Kooperationspartnern gefragt, kooperative Infrastrukturkonzepte zu entwickeln, die sektorenübergreifend angelegt sind und Aspekte gesundheitlicher, teilhabeorientierter und pflegerischer Versorgung miteinander verbinden.

Die Beratungsverantwortung der Kommunen im Bereich der Eingliederungshilfe, der Hilfe zur Pflege und der Altenhilfe sowie die der Pflegekassen im Bereich des Leistungsrechts nach SGB XI sowie weiterer Akteure sind als abgestimmtes Beratungsangebot der Teilhabe und Pflege perspektivisch zu bündeln und als aufsuchende, präventiv angelegte Beratungsstruktur auszubauen. Als Ausgangspunkt hierfür können die Pflegestützpunkte nach § 7c SGB XI als funktionierende und akzeptierte Struktur der Kooperation zwischen Kommunen und Pflegekassen genutzt und ausgebaut werden. Insbesondere Möglichkeiten der Digitalisierung von Beratungsprozessen können dazu umfänglich genutzt werden.

8.7 Investitionen in Innovationen fördern

Das deutsche System der Langzeitpflege braucht Innovation. Weder das Versprechen einer Heimplatzgarantie, wie von Ministerpräsident Söder im Landtagswahlkampf 2018 ausgesprochen, verspricht eine sinnvolle Lösung noch eine weitere Bevorzugung der stationären Versorgung durch die Begrenzung der Heimanteile. Auch macht es angesichts der wettbewerblichen Orientierung der Pflegeversicherung keinen Sinn, die Länder an die allgemeine Ursprungsverpflichtung aus dem Beginn der Pflegeversicherung zu erinnern, gem. § 9 SGB XI die aus den Einsparungen der Sozialhilfe sich ergebenden Mittel für die Investition in die pflegerische Infrastruktur einzusetzen. Ohne die Möglichkeit, pflegepolitische Ziele mit einer Infrastrukturförderung zu verfolgen, verpufft jede Infrastrukturförderung – und dies gerade in Zeiten des Niedrigzinses, wo ausreichend investitionsbereites Kapital vorliegt. Länder und Kommunen haben dort zu investieren, wo die pflegerische Versorgung nicht sichergestellt ist und sie haben ebenfalls dort zu investieren, wo von der Bevölkerung präferierte, besonders effiziente und innovative, auf das Zusammenwirken von Profis, anderen beruflich Tätigen, zivilgesellschaftlichen Akteuren und An- und Zugehörigen bauende Modelle in die Breite

umgesetzt werden sollen und können – im Sinne von Caring Communities (Klie 2020b, 2020i). Der Diskrepanz zwischen den Präferenzen der Bevölkerung, der Bereitschaft, sich an der Debatte um eine bedarfsgerechte Infrastruktur in der Langzeitpflege zu beteiligen und der faktischen Dominanz der Infrastrukturentwicklung durch Investoren gilt es durch eine landes- und kommunalpolitisch rückgebundene Innovationsorientierung zu begegnen. Eine gezielte Förderung von ambulant betreuten Wohngemeinschaften, die Investition in die Quartiers- und Dorfentwicklung, die Förderung von genossenschaftlichen Formen des Betriebs von Langzeitpflegeeinrichtungen, die Verfolgung von sektorenübergreifenden Ansätzen in der Langzeitpflegeversorgung zwischen ambulant, stationär und teilstationär, sowie die Ansätze einer sektorenübergreifenden Versorgung als Institutionen der Langzeitpflege und der gesundheitlichen Versorgung systematisch zusammenarbeiten: Sie gilt es im Sinne der Innovationsförderung in die Breite zu tragen. Wie in einer zukunftsorientierten Gesundheitspolitik sind integrierte Versorgungskonzepte zu Regelleistungen weiterzuentwickeln. Dies gilt auch für die Langzeitpflege.

8.8 Digitalisierung

Die Potentiale der Digitalisierung für die Langzeitpflege werden seit Langem diskutiert, wurden im Zusammenhang mit der Coronakrise in ihrer Bedeutung sichtbar. Das Spektrum pflegeunterstützender und -entlastender Digitalisierung ist breit. Es reicht von der Standardisierung von Pflegeprozessen über Telemedizin, eHealth und Telecare über technische Assistenzsysteme, Robotik und mobile Health-Apps. Digitalisierung kann auf Pflege angewiesene Menschen und ihre Angehörigen unterstützen, subjektive und objektive Sicherheit erhöhen, im Notfall Hilfe und Assistenz zugänglich machen, Kommunikation stützen und Mobilität erleichtern. Sie wird auch zur Kompensation des Fachkräftemangels diskutiert, etwa über ein automatisiertes Monitoring. Sowohl pflegende Angehörige als auch Fachpersonal können durch Hebe- und Tragehilfen von körperlichen Anforderungen entlastet werden. Auch psychische Anforderungen werden durch Aktivitätssensoren minimiert. Für die professi-

onelle Pflege bietet die Digitalisierung Möglichkeiten der Verbesserung der Pflegeplanung und eine sektoren- und professionsübergreifende Kooperation. Auch können Rationalisierungseffekte durch übergreifende Dokumentationssysteme erzielt werden. Insofern birgt die Dynamik der Digitalisierung wichtige Perspektiven bei einer Weiterentwicklung der Pflege und dies in allen Settings. Dabei sind mit der Digitalisierung verbundene Innovationsprogramme in der Pflege stets konfrontiert mit pflegespezifischen Charakteristika, die insbesondere in komplexen Pflegearrangements auftreten: Es handelt sich bei der Pflege als ein wissensbasiertes Handeln, das nicht zuletzt professionstheoretisch in ein hermeneutisches Fallverstehen eingebunden ist. Pflege ist im Wesentlichen Interaktionsarbeit, die auf Aushandlungsprozessen beruht, die auch die Leiblichkeit des Gegenübers einbezieht. Pflege ist und bleibt körperorientiertes Handeln und ist nur begrenzt standardisierbar. Insofern sind die mitnichten genutzten Potentiale der Digitalisierung in der Pflege immer rückzubinden in das, was Pflege- und Sorgearbeit professionell, familiär und im Sozialraum ausmacht. Entsprechend sind auch die Erwartungen an die Digitalisierung im Sinne von Einsparlogiken und Rationalisierung zu reflektieren und zu begrenzen. Für eine unumgängliche Nutzung von Digitalisierungspotentialen gilt es die entsprechende Technikentwicklung mit den Logiken von Lebenswelten der Pflege zu verbinden, bei den beruflich Tätigen die Bereitschaft und Befähigung zum Umgang mit soziotechnischen Innovationen zu stärken, innerhalb der Politik Verantwortlichkeiten für Fragen der digitalen Daseinsvorsorge zu klären und gesamtgesellschaftlich eine Auseinandersetzung mit den Chancen und Gefahren der Digitalisierung in Pflegekontexten zu befördern. Digitalisierung hat sich stets in den Dienst der Bedingungen guten Lebens für auf Pflege angewiesene Menschen und ihre An- und Zugehörigen zu stellen und kann in diesem Zusammenhang wichtige Dienste leisten. Der Entwurf des Gesetzes zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege will die Versorgung mit digitalen Gesundheitsanwendungen ausbauen, die Erstattungsfähigkeit digitaler Pflegeanwendungen prüfen, Möglichkeiten digitaler Kommunikation ausweiten, eine effiziente Telematikinfrastruktur und ihre Zugänglichkeit schaffen.

Die Coronakrise macht deutlich: Reformen in der Langzeitpflege sind unvermeidbar. Der Bundesgesundheitsminister Spahn hat 2020 sein Reformpaket vorgestellt. Es greift einige Themen auf und würde etwas Luft aus der pflegepolitischen Debatte nehmen. Es ist aber nicht geeignet, die in diesem Papier herausgearbeiteten grundlegenden Probleme einer robusten und zukunftsorientierten Weiterentwicklung der Pflegeversicherung zu lösen. Insofern ist zu hoffen, dass eine neue Bundesregierung das Thema „Langzeitpflege“ zu einem prominenten Thema ihrer Sozial-, Familien- und Gesellschaftspolitik macht und sich in der Koalitionsvereinbarung auf eine Roadmap für die Langzeitpflege verbindlich verständigt.

Ob die doppelte Pflegegarantie der Grünen³⁷, die Vollfinanzierung der Pflege, die von den Linken gefordert wird³⁸, ob das Reformpapier der DEVAP³⁹, ob der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge mit seinen Reformüberlegungen zur Finanzierung der Pflegeversicherung⁴⁰: Die Reformdebatte um die Langzeitpflege ist in vollem Gange. Es gibt viele Übereinstimmungen in den Papieren: Den pflegenden Angehörigen ist eine höhere Aufmerksamkeit zu schenken, die Kommunen gilt es zu stärken, die Frage eines

Personaltabaus und der Gewährleistung ausreichender Personalausstattung im ambulanten und stationären Sektor werden gefordert. Ohne sich abschließend auf ein Modell für eine bedarfsdeckende Pflegefinanzierung festzulegen, vertreten wir die Position, dass eine Finanzierungsreform keinesfalls ohne eine Strukturreform auf den Weg gebracht werden darf.

Dieses Papier greift nicht alle, aber die aus unserer Sicht relevantesten Gestaltungsaufgaben in der Langzeitpflege auf. Es ist bei aller Radikalität in manchen Positionen gleichwohl ein Papier, das aus Verantwortungsrollen in der Pflegepolitik entwickelt wurde und sich, wie schon das Papier „Strukturreform Pflege und Teilhabe I“ als evolutionäres Reformpapier versteht. Es würdigt die vielfältigen Bemühungen der letzten Jahre, an den die Autor*innen in unterschiedlichen Rollen beteiligt waren. Es reflektiert die Anstrengungen in der Konzentrierten Aktion Pflege. Es denkt Fragen der Pflegesicherung in Teilen neu und dokumentiert – allein über die Autor*innenschaft – eine grundlegende Pflegereform darf nicht – wie bisher üblich – primär aus korporatistischen Akteurskonstellationen herausentwickelt werden. Dafür steht das KDA. Wissenschaft, Praxis und Politik – rückgebunden in Resonanz gebende Debatten – leisten hier ihren koproduktiven Beitrag zum pflegepolitischen Reformdiskurs im Wahljahr 2021.

37 Deutscher Bundestag 2019.

38 Deutscher Bundestag 2020.

39 Deutscher Evangelischer Verband für Altenarbeit und Pflege e.V. (DEVAP) 2020.

40 Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (2020).

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.

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.

Kontakt:

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

Literaturverzeichnis

- Beck, Peter (2018): Wie tickt die Gemeinde? In: *Altenheim. Lösungen fürs Management* 57 (1), S. 22–23.
- Blotenberg, Britta; Hejna, Urszula; Büscher, Andreas; Seeling, Stefanie (2020): Präventive Hausbesuche – ein Konzept für die Zukunft? In: *Präv Gesundheitsf* 15 (3), S. 226–235. DOI: 10.1007/s11553-019-00753-0.
- Braeseke, Grit; Pflug, Claudia; Beikirch, Elisabeth (2019): Studie zur Erfüllung der Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben sowie der Qualitätssicherung in Pflegestützpunkten. iGES. Berlin. Online verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Endbericht_KVQSPS_iGES_gesamt_Final__20181220_.pdf, zuletzt geprüft am 12.02.2020.
- Brandenburg, Hermann (Hg.) (2008-2013): *Pflegewissenschaft*. 2. Aufl. Bern: Huber Verlag (Verlag Hans Huber, Programmbereich Pflege).
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hg.) (2016): Siebter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Sorge und Mitverantwortung in der Kommune - Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften. Sachverständigenkommission „Siebter Altenbericht der Bundesregierung“ (Bundesdrucksache, 18/10210).
- Bundesrat (BR) (Hg.) (2019): Antrag der Länder Hamburg, Berlin, Bremen, Schleswig-Holstein. Entschließung des Bundesrates zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung. Berlin (Bundesdrucksache, 106/19). Online verfügbar unter https://www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2019/0101-0200/106-19.pdf?__blob=publicationFile&v=1, zuletzt geprüft am 24.07.2020.
- Bündnis 90/DIE GRÜNEN Bundestagsfraktion (2019): Die doppelte Pflegegarantie: Plädoyer für ein neues Denken der Pflegeversicherung. Fraktionsbeschluss vom 25.06.2019. Online verfügbar unter <https://www.gruene-bundestag.de/files/beschluesse/DoppeltePflegegarantie.pdf>, zuletzt aktualisiert am 25.06.2019, zuletzt geprüft am 25.07.2020.
- DAK-Gesundheit (Hg.) (2015): *Pflege-Report 2015*. So pflegt Deutschland. Hamburg.
- Das Demographie Netzwerk e.V. (ddn) (Hg.) (2017): Schlüsselfaktoren für eine erfolgreiche Personalarbeit in der Langzeitpflege. Ein Arbeitsergebnis des AGP-Projekts HERAUSFORDERUNG PFLEGE II. 1. Auflage. Unter Mitarbeit von Ulrich Christofczik, Berthold Dietz, Mona Frommelt, Gabriele Göhring, Birgit Heyden, Rudolf Kast et al. AGP Sozialforschung; BMG. Dortmund. Online verfügbar unter <https://www.regionaldialog-pflege.de/wp-content/uploads/2017/03/AGP-Brosch%C3%BCre-Schl%C3%BCselfaktoren.pdf>.
- Deutscher Bundestag (2019): Antrag der Abgeordneten Kordula Schulz-Asche, Maria Klein-Schmeink und weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN vom 06.11.2019. Die Pflegeversicherung verlässlich und solidarisch gestalten – Die doppelte Pflegegarantie umsetzen. Bundestags-Drucksache 19/14827. Berlin. Online verfügbar unter <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/19/148/1914827.pdf>, zuletzt geprüft am 02.02.2021.
- Deutscher Bundestag (2020): Antrag der Abgeordneten Pia Zimmermann, Susanne Ferschl und weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE vom 18.11.2020. Solidarische Pflegevollversicherung umsetzen. BT-Drs. 19/24448. Berlin. Online verfügbar unter <https://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/244/1924448.pdf>, zuletzt geprüft am 02.02.2021.
- Deutscher Evangelischer Verband für Altenarbeit und Pflege e.V. (DEVAP) (2020): *Strategiepapier DEVAP Altenarbeit und Pflege 2021 bis 2025*. Berlin. Online verfügbar unter https://www.devap.de/fileadmin/Mediathek/03_Unsere_Aktivitaeten/pdf/devap_strategiepapier_2025_content_web_final.pdf, zuletzt geprüft am 02.02.2021.
- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (Hg.) (2020): Positionen und Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Weiterentwicklung und nachhaltigen Finanzierung der Pflege. Die Positionen und Empfehlungen (DV 3/20) wurden am 24. November 2020 vom Präsidium des Deutschen Vereins verabschiedet. Pflege und Rehabilitation. Berlin. Online verfügbar unter <https://www.deutscher-verein.de/de/uploads/empfehlungen-stellungnahmen/2020/dv-03-20-pflegefinanzierung.pdf>, zuletzt geprüft am 10.12.2020.
- Deutsches Institut für Angewandte Pflegeforschung (2003): *Pflegeberichterstattung im Überblick. Eine Studie über Pflegedaten im In- und Ausland*. Hannover: Schlütersche.
- Deutsches Institut für Angewandte Pflegeforschung (2008): *Präventive Hausbesuche bei Senioren. Projekt mobil - der Abschlussbericht*. Unter Mitarbeit von Frank Weidner. Hannover: Schlütersche Verl.-Ges.
- Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip) (2019): *Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung zum Modellprojekt Gemeindegewerplus von Juli 2015 bis Dezember 2018 im Auftrag des Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz*. Online verfügbar unter https://msagd.rlp.de/fileadmin/msagd/Aeltere_Menschen/AM_Dokumente/Abschlussbericht-GSplus-DIP-final.pdf, zuletzt geprüft am 10.12.2020.
- Diakonie Deutschland (Hg.) (2019): *Konzept für eine grundlegende Pflegereform. Pflegevollversicherung mit begrenzter Eigenbeteiligung der Versicherten*. Diakonie Texte. Positionspapier. 06.2019. Kurzfassung. Berlin.
- Greß, Stefan; Haun, Dietmar; Jacobs, Klaus (2019): Zur Stärkung der Solidarität bei der Pflegefinanzierung. In: Klaus Jacobs, Adelheid Kuhlmeier, Stefan Greß, Jürgen Klauber und Antje Schwinger (Hg.): *Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege - aber woher?* Berlin: Springer-Verlag, S. 241–254.
- Haumann, Wilhelm (2018): *Bilder und Erfahrungen der Pflege in Deutschland und in den Bundesländern*. In: Thomas Klie: *Pflegereport 2018. Pflege vor Ort - gelingendes Leben mit Pflegebedürftigkeit*. Hg. v. Andreas Storm und DAK-Gesundheit. Heidelberg: medhochzwei Verlag, S. 31–108.
- Hildebrandt, Helmut; Bahrs, Ottomar; Borchers, Uwe; Glaeske, Gerd; Griewing, Bernd; Härter, Martin et al. (2020a): *Integrierte Versorgung als nachhaltige Regelversorgung auf regionaler Ebene - Teil 1*. In: *Welt der Krankenversicherung* 9 (7-8), S. 164–172.
- Hildebrandt, Helmut; Bahrs, Ottomar; Borchers, Uwe; Glaeske, Gerd; Griewing, Bernd; Härter, Martin et al. (2020b): *Integrierte Versorgung als nachhaltige Regelversorgung*

- auf regionaler Ebene - Teil 2. Vorschlag für eine Neuausrichtung des deutschen Gesundheitssystems. In: Welt der Krankenversicherung 9 (9), S. 210–219.
- Hoberg, Rolf; Klie, Thomas; Künzel, Gerd (2013): Strukturreform Pflege und Teilhabe. Langfassung. Freiburg: FEL Verlag Forschung - Entwicklung - Lehre.
- Hoffmann, Birgit (2010a): Schutzpflichten der Fachkräfte des Allgemeinen Sozialen Diensts gegenüber Erwachsenen - Garantenstellung nach dem SGB XII. In: Zeitschrift für die sozialrechtliche Praxis 49 (1), S. 7–13.
- Hoffmann, Birgit (2010b): Schutzpflichten der Fachkräfte des Allgemeinen Sozialen Diensts gegenüber Erwachsenen - Garantenstellung nach dem SGB XII. In: Zeitschrift für die sozialrechtliche Praxis 49 (1), S. 7–13.
- Isfort, Michael; Klie, Thomas (2021, im Erscheinen): Monitoring „Pflegepersonalbedarf in Bayern“. Studie im Auftrag der Vereinigung der Pflegenden in Bayern (VdPB).
- Klie, Thomas (1990): Auswirkungen der Aufhebung der Ruhensvorschrift, § 216 Abs. 4 Ziff. 1 RVO a. F., durch das Gesundheitsreformgesetz für die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen für versicherte Rentner in Einrichtungen der stationären Altenhilfe. Veröffentlichung in der Schriftenreihe des KDA. Köln.
- Klie, Thomas (1998): Pflegewissenschaftlich überholt, sozialrechtlich brisant: Die Abgrenzung von Grund- und Behandlungspflege. In: Pflege- & Krankenhausrecht. Juristische Fachinformationen für Pflege und Krankenhausmanagement (1), S. 13–17.
- Klie, Thomas (2009): Zukunft Quartier - Lebensräume zum Älterwerden. Expertise von Professor Dr. Thomas Klie: Sozialpolitische Neuorientierung und Neuakzentuierung rechtlicher Steuerung. Hg. v. Netzwerk: Soziales neu gestalten (SONG).
- Klie, Thomas (2014): Caring Community. In: Lebenswelt Heim 17 (64), S. 34–37.
- Klie, Thomas (2017a): DAK Pflegereport 2017. Gutes Leben mit Demenz: Daten, Erfahrungen und Praxis. Hg. v. Andreas Storm und DAK-Gesundheit. Heidelberg: medhochzwei Verlag.
- Klie, Thomas (2017b): Kooperation und Integration: die Herausforderung Rehabilitation vor Pflege. In: Andreas Brandhorst, Helmut Hildebrandt und Ernst-Wilhelm Luthe (Hg.): Kooperation und Integration - das unvollendete Projekt des Gesundheitswesens. 1. Aufl. 2017. Wiesbaden: Springer-Verlag (Gesundheit. Politik - Gesellschaft - Wirtschaft), S. 263–283.
- Klie, Thomas (2018a): Das Walzbachtaler Modell. Ambulante Rund-um-die-Uhr-Betreuung für pflegebedürftige Menschen auf der Grundlage Case-Management-basierter Arbeitsweise. Innovative Sorgearrangements und Impulse für das Leistungserbringungsrecht in der ambulanten Pflege. In: Case Management 15 (2), S. 79–89.
- Klie, Thomas (2018b): Der DAK-Pflegereport 2018: Gleichwertige Lebensbedingungen für die Pflege? Zentrale Erträge und Denkanstöße. In: Thomas Klie: Pflegereport 2018. Pflege vor Ort - gelingendes Leben mit Pflegebedürftigkeit. Hg. v. Andreas Storm und DAK-Gesundheit. Heidelberg: medhochzwei Verlag, S. 3–30.
- Klie, Thomas (2018c): Pflegereport 2018. Pflege vor Ort - gelingendes Leben mit Pflegebedürftigkeit. Hg. v. Andreas Storm und DAK-Gesundheit. Heidelberg: medhochzwei Verlag.
- Klie, Thomas (2019a): Demokratische Integration. Strukturbedingungen von Regionen und ihr Einfluss auf Wahlbeteiligung und freiwilliges Engagement. In: APuZ 69 (46), S. 41–48.
- Klie, Thomas (Hg.) (2019b): Demokratische Integration in Deutschland. Monitoring der Raumordnungsregionen in Deutschland. Zentrum für zivilgesellschaftliche Entwicklung (zze); Freiburger Institut für angewandte Sozialwissenschaft e.V. (FIFAS). Wiesbaden: Springer-Verlag (Bürgergesellschaft und Demokratie).
- Klie, Thomas (2019c): Fall- und Systemverantwortung in Altenhilfe und Pflege. Schutzpflichten von Fachkräften und Case Managern im Allgemeinen Sozialdienst gegenüber Erwachsenen. In: Case Management 16 (2), S. 64–68.
- Klie, Thomas (2019d): Pflegereport 2019. 25 Jahre Pflegeversicherung: Kosten der Pflege - Bilanz und Reformbedarf. Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung. Hg. v. Andreas Storm. Heidelberg: medhochzwei Verlag (30).
- Klie, Thomas (2019e): Verantwortung der Kommunen für ein gutes Leben mit Pflegebedürftigkeit und den wirksamen Schutz von Menschenrechten - und die Bedeutung des Care und Case Managements. Ein Projektbericht. In: Case Management 16 (2), S. 69–73.
- Klie, Thomas (2019f): Wen kümmern die Alten? Auf dem Weg in eine sorgende Gesellschaft. München: Droemer Taschenbuch.
- Klie, Thomas (2020a): Care und Case Management - Steuerung im Kontext von Pflegebedürftigkeit. In: Klaus Jacobs, Adelheid Kuhlmeier, Stefan Greß, Jürgen Klauber und Antje Schwinger (Hg.): Pflege-Report 2020. Neuausrichtung von Versorgung und Finanzierung. Heidelberg: Springer-Verlag, S. 165–176.
- Klie, Thomas (2020b): Caring Community. Beliebiger Dachbegriff oder tragfähiges Leitbild in der Langzeitpflege? In: Bundeszentrale für politische Bildung (bpb) (Hg.): Pflege. Praxis - Geschichte - Politik. Bonn (Aus Politik und Zeitgeschichte (APuZ)), Schriftenreihe Band 10497), S. 26–41.
- Klie, Thomas (2020c): 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 (2020d): Hilfe zur Pflege gemäß §§ 61 ff. SGB XI im Transformationsprozess. 25 Jahre nach Einführung der Pflegeversicherung und zwei Jahre nach dem PSG III. In: NDV Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V.
- Klie, Thomas (2020e): K § 63a. In: Karl Hauck und Wolfgang Noftz: SGB XII - Sozialhilfe. Kommentar. Berlin: Erich Schmidt.
- Klie, Thomas (2020f): K § 63b. In: Karl Hauck und Wolfgang Noftz: SGB XII - Sozialhilfe. Kommentar. Berlin: Erich Schmidt.
- Klie, Thomas (2020g): Menschenrechte, Pflege und die Pflegeversicherung. In: Olivia Dibelius und Gudrun Piechotta-Henze (Hg.): Menschenrechtsbasierte Pflege. Plädoyer für die Achtung und Anwendung von Menschenrechten in der Pflege. Bern: Hogrefe, S. 75–86.
- Klie, Thomas (2020h): Zur Bedeutung von „Caring Communities“. Implikationen für eine neue Rolle der Kommunen im Sinne einer neu und wiedererlangten Pflegeverantwortung. In: Jürgen Zerth und Hedwig François-Kettner

- (Hg.): Pflege-Perspektiven: ordnungspolitische Aspekte. Erkenntnisse aus der Versorgungsforschung und Implikationen für eine „gute Praxis“ der Pflege. Unter Mitarbeit von Heinz Rothgang und Stefan Görres. Heidelberg: medhochzwei Verlag (Gesundheitsökonomie & Versorgungspraxis, 2), S. 105–118.
- Klie, Thomas (2020i): Zur Bedeutung von „Caring Communities“: Implikationen für eine neue Rolle der Kommunen im Sinne einer neu und wiedererlangten Pflegeverantwortung. In: Jürgen Zerth und Hedwig François-Kettner (Hg.): Pflege-Perspektiven: ordnungspolitische Aspekte. Erkenntnisse aus der Versorgungsforschung und Implikationen für eine „gute Praxis“ der Pflege. Heidelberg: medhochzwei Verlag (Gesundheitsökonomie für die Versorgungspraxis - Gesundheit und Pflege, 2), S. 105–118.
- Klie, Thomas (2021): Vorbehaltsaufgaben und Heilkunde-übertragung – Pflege in neuer Verantwortung? In: Zeitschrift für medizinische Ethik 67, S. 33–45.
- Klie, Thomas; Büscher, Andreas (2019): Subjektorientierte Qualitätssicherung in der Langzeitpflege. In: NDV Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V. 99 (3), S. 114–119.
- Klie, Thomas; Frommelt, Mona; Schneekloth, Ulrich; Behrend, Sabine; Göhner, Anne; Heislbetz, Claus et al. (2011): Evaluation der Pflegeberatung nach § 7a Abs. 7 Satz 1 SGB XI. + Anhang Bundesweiter Überblick Nr. 1 - 6c. Hg. v. GKV-Spitzenverband. AGP Sozialforschung; Hans-Weinberger-Akademie der Arbeiterwohlfahrt e.V.; TNS Infratest Sozialforschung. Berlin.
- Klie, Thomas; Lincke, Hans-Joachim (2009): Zukunft Quartier - Lebensräume zum Älterwerden. Band 2: Eine neue Architektur des Sozialen - Sechs Fallstudien zum Welfare Mix. Unter Mitarbeit von Stefanie Oyoyo, Andreas Hils und Gerhard Krayss. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Klie, Thomas; Monzer, Michael (2018): Regionale Pflegekompetenzzentren. Innovationsstrategien für die Langzeitpflege vor Ort. Heidelberg: medhochzwei Verlag (Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, 25).
- Klie, Thomas; Pfundstein, Thomas; Schuhmacher, Birgit; Monzer, Michael; Klein, Andreas; Störkle, Mario; Behrend, Sabine (2008): Das Pflegebudget. Abschlussbericht 2008. Freiburg.
- Klie, Thomas; Schmidt, Roland (Hg.) (1999): Die neue Pflege alter Menschen. Sicherung der Pflege, Pflegeökonomie, Lebensweltorientierung, Unterstützungsmanagement, Reform des Gesundheitswesens, Pflege im sozialen Wandel, Pflegewissenschaft. Bern, Göttingen, Toronto u.a.: Verlag Hans Huber (Angewandte Alterskunde, 15).
- Korff, Wilhelm (Hg.) (1999): Handbuch der Wirtschaftsethik. Verhältnisbestimmung von Wirtschaft und Ethik. Unter Mitarbeit von Alois Baumgartner. Bd. 1. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus (Handbuch der Wirtschaftsethik, 1).
- Krahmer, Utz (2020): Zum doppelten Beratungsauftrag der Pflegekassen nach § 7a Abs. 1 SGB XI: Vorschlag zur Korrektur eines rechtswidrigen Konstrukts. In: PflegeRecht 24 (8), S. 478–491.
- Lüngen, Markus (2012): Vollversicherung in der Pflege - Quantifizierung von Handlungsoptionen. Gutachten. Hochschule Osnabrück. Online verfügbar unter https://www.verdi.de/+file++50a3affa6f6844778600001c/download/Gutachten_Pflegeversicherung.pdf, zuletzt geprüft am 18.01.2020.
- Monzer, Michael (2018): Case Management Grundlagen. 2., überarbeitete Auflage. Heidelberg: medhochzwei Verlag.
- Naegle, Gerhard (2013): Handlungsfelder einer zukunftsgerichteten Alterssozialpolitik. In: Aus Politik und Zeit-Beilage zur Wochenzeitung Das Parlament 63 (4-5), S. 18–23.
- Netzwerk: Soziales neu gestalten (SONG) (2008): Zukunft Quartier - Lebensräume zum älter werden. Positionspapier des Netzwerks: Soziales neu gestalten (SONG) zum demographischen Wandel. Gütersloh.
- Netzwerk: Soziales neu gestalten (SONG) (Hg.) (2009): Zukunft Quartier - Lebensräume zum Älterwerden. Band 3: Soziale Wirkung und „Social Return“ - Eine sozioökonomische Mehrwertanalyse gemeinschaftlicher Wohnprojekte. Netzwerk: Soziales neu gestalten (SONG). Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Nolan, Mike; Brown, Jayne; Davies, Sue; Nolan, Janet; Keady, John (2006): The Senses Framework: improving care for older people through a relationship-centred approach. Getting Research into Practice (GRIP) Report No. 2. University of Sheffield.
- Nussbaum, Martha C. (1997): Capabilities and Human Rights. In: Fordham Law Review 66 (2), S. 274–300.
- Opolony, Bernhard (2019): Pflegefinanzierung als gesamtgesellschaftliche Herausforderung. In: ZRP (Zeitschrift für Rechtspolitik), S. 204. Online verfügbar unter <https://www.genios.de/fachzeitschriften/artikel/ZRP/20191011/pflegefinanzierung-als-gesamtgesell/oF827C84DF163BC9AC4BE388DEF6C732.html>.
- Petermann, Arne; Ebbing, Tobias; Paul, Michael (2017): Das Tätigkeitsprofil von Betreuungspersonen in häuslicher Gemeinschaft. Berufsakademie für Gesundheits- und Sozialwesen Saarland. Saarbrücken.
- Pohlmann, Reinhard (2020): Kommunale Altenhilfestrukturen stärken. Impulsbeitrag. 2., überarb. Aufl. Hg. v. Bundesarbeitsgemeinschaft Seniorenbüros e.V. (BaS). Bonn. Online verfügbar unter https://seniorenbueros.org/wp-content/uploads/2020/10/20200828_impulsbeitrag-web.pdf, zuletzt geprüft am 02.02.2021.
- Rischard, Pablo (2019): Die Kosten der Pflege in Deutschland - Auswertungen von Daten der Pflege- und Sozialhilfestatistik. In: Thomas Klie: Pflegereport 2019. 25 Jahre Pflegeversicherung: Kosten der Pflege - Bilanz und Reformbedarf. Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung. Hg. v. Andreas Storm. Unter Mitarbeit von Wilhelm Haumann, Helmut Hildebrandt, Laura Lange, Philip Lewin, Christine Moeller-Bruker, Johanna Pfeil et al. Heidelberg: medhochzwei Verlag (30), S. 181–221.
- Rothgang, Heinz; Domhoff, Dominik (2019): Die Pflegeversicherung als Vollversicherung, Beitragssatz- und Verteilungseffekte bei Umwandlung der Pflegeversicherung in eine Bürgerversicherung mit Vollversicherung. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.
- Rothgang, Heinz; Kalwitzki, Thomas (2018): Skizze einer neuen Finanzierung der Pflegeversicherung. In: Gesundheits- und Sozialpolitik (6), S. 6–12.
- Rothgang, Heinz; Kalwitzki, Thomas (2019): Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung. Abbau der Sektorengrenzen und bedarfsgerechte Leistungsstruktur. Initiative Pro-Pflegereform. Online verfügbar unter https://www.pro-pflegereform.de/fileadmin/default/Zweites_Gutachten/2._Gutachten_AAPV_-_Langfassung.pdf, zuletzt geprüft am 12.02.2020.

- Rothgang, Heinz; Kalwitzki, Thomas; Domhoff, Dominik (2019): Modellrechnungen zur Finanzreform der Pflegeversicherung. Kurzexpertise im Auftrag der DAK-Gesundheit. Oktober 2019. Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik (SOCIUM). Bremen. Online verfügbar unter <https://www.dak.de/dak/download/191016-modellrechnungen-pdf-2159040.pdf>, zuletzt geprüft am 22.10.2019.
- Rothgang, Heinz; Müller, Rolf (2018): Pflegereport 2018. Hg. v. BARMER GEK. Berlin (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, 12).
- Schmidt, Thorsten Ingo (2018): Daseinsvorsorge aus rechtswissenschaftlicher Perspektive. In: Thomas Klie und Anna Wiebke Klie (Hg.): Engagement und Zivilgesellschaft. Expertisen und Debatten zum Zweiten Engagementbericht. Wiesbaden: Springer-Verlag (Bürgergesellschaft und Demokratie), S. 269–338.
- Schulz-Nieswandt, Frank (2006): Sozialpolitik und Alter. Stuttgart: Kohlhammer (Grundriss Gerontologie, 5).
- Schulz-Nieswandt, Frank (2019): Reform SGB XI: Zeit für die großen Fragen. In: Pro Alter (2), S. 26–27.
- Schulz-Nieswandt, Frank (2020a): Der Sektor der stationären Langzeitpflege im sozialen Wandel. Eine querdenkende sozialökonomische und ethnomethodologische Expertise. 1. Aufl. Wiesbaden: Springer-Verlag (Vallendarer Schriften der Pflegewissenschaft, 5).
- Schulz-Nieswandt, Frank (2020b): Gefahren und Abwege der Sozialpolitik im Zeichen von Corona. Zur affirmativen Rezeption von Corona in Kultur, Geist und Seele der „Altenpolitik“. Hg. v. Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA). Berlin.
- Schulz-Nieswandt, Frank (2020c): Pflegepolitik gesellschaftspolitisch radikal neu denken. Gestaltfragen einer Reform des SGB XI. Grundlagen, Kontexte, Eckpunkte, Dimensionen und Aspekte. Hg. v. Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA). Berlin.
- Schwinger, Antje; Kalwitzki, Thomas; Rothgang, Heinz (2018): „Die Pflegeversicherung boomt“. Mehrausgaben der Pflegeversicherung - Retrospektive und Projektion. In: Gesundheits- und Sozialpolitik (6), S. 13–22.
- Steppe, Hilde (2000): Die Pflege und ihr gesellschaftspolitischer Auftrag. In: Pflege 13 (2), S. 85–90.
- Szezan, Nadine-Michèle (2013): Realistische Chance auf Heilkundeübertragung? Paradigmenwechsel. Seit 2008 theoretisch möglich - die Neuordnung von Aufgaben im deutschen Gesundheitswesen. Doch wie sieht es mit der Umsetzung aus? In: Die Schwester Der Pfleger 52 (3), S. 268–270.
- Szezan, Nadine-Michèle (2018): Quo vadis, medizinische Behandlungspflege - neue Chance für ein Umdenken. In: Die Schwester/ Der Pfleger, 57 (10), S. 60–62.
- Szezan, Nadine-Michèle (2019): Neudenken in der Pflege braucht Struktur! In: Pro Alter 51 (1), S. 14–16.
- Wagner, Franz; Szezan, Nadine-Michèle (Hg.) (2018): Agenda Pflege 2021. Grundlagen für den fachpolitischen Diskurs. Berlin: KomPart Verlagsgesellschaft.
- Weidner, Frank (2019): Künftig Pflegefachkräften vorbehalten. Vorbehaltene Tätigkeiten - Im Pflegeberufgesetz sind erstmals bestimmte berufliche Tätigkeiten denjenigen Personen, die nach diesem Gesetz ausgebildet werden, rechtswirksam vorbehalten. Mit welchen Konsequenzen für Pflegepraxis und Haftungsrecht? In: HeilberufeScience 71 (1), S. 2–5.
- Wingenfeld, Klaus; Büscher, Andreas (2017): Strukturierung und Beschreibung pflegerischer Aufgaben auf der Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW); Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Bielefeld.
- Woratschka, Rainer (2019): Milliarden-Defizit in der Pflegeversicherung. Reformen kommen teuer. 09.03.20. Online verfügbar unter <https://www.tagesspiegel.de/politik/reformen-kommen-teuer-milliarden-defizit-in-der-pflegeversicherung/24082106.html>, zuletzt geprüft am 30.07.20.
- Zacher, Hans F. (Hg.) (1968): Sozialpolitik und Menschenrechte in der Bundesrepublik Deutschland. Politische Studien. München: GÜNTER OLZOG VERLAG.
- Zenz, Gisela (2007): Gewaltschutz im Alter. In: Gerhard Igl und Thomas Klie (Hg.): Das Recht der älteren Menschen. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Zeulner, Emmi (2018): Pflege der Zukunft. Wie können wir die nationale Kraftanstrengung erfolgreich bewältigen? In: KU Gesundheitsmanagement 87 (6), S. 40–42.

Impressum

**Strategiepapier „Strukturreform PFLEGE und TEILHABE II“,
erarbeitet im Rahmen des KDA Dialogs**
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



**Kuratorium
Deutsche Altershilfe**