



Themenabend Versorgungsforschung Freiburg 27.11.2014

# **STRUKTURREFORM PFLEGE UND TEILHABE**

THOMAS KLIE

# Von den Menschen unmittelbar erlebte Defizite

Ausgangspunkt der Defizitanalyse sind empirische Befunde und alltägliche Berichte über Mängel in der Versorgung sowie Überforderung von Angehörigen bis zu eklatanten Formen der Unterversorgung.

---

# Fehlende Aufmerksamkeit

Rechtzeitige Aufmerksamkeit verhindert Kumulation von Problemlagen

Aber:

keine systematische Aufmerksamkeitsfunktion vorhanden.

Es fehlt

- eine organisierte vielfältige und auf Kontinuität angelegte Struktur, die nachhaltig und intensiv ist, ohne zu unerwünschter sozialer Kontrolle auszuarten,
- ein valides Instrumentarium, das Signale sich entwickelnder Unterstützungsbedürftigkeit rechtzeitig auffängt und zu einem Handlungsimpuls verstärkt,
- Verlässlichkeit und Verbindlichkeit, die Hintergrundvertrauen für Bürgerinnen und Bürger im Quartier erzeugt.

---

# Unzureichender Schutz vulnerabler Personen

Der Schutz von Personen, die wegen ihres Hilfebedarfs in Abhängigkeit geraten, wird systematisch vernachlässigt.

Trotz des modernen Erwachsenenschutzrechts in Gestalt des Betreuungsrechts werden vulnerable Personen mit erhöhtem Hilfebedarf insbesondere in der häuslichen Versorgung nicht hinreichend in ihren Menschenrechten geschützt.

Ein wirksamer Schutz vor Unterversorgung, Vernachlässigung, aber auch Gewalt und Misshandlung sowie anderen Eingriffen in ihre Grund- und Menschenrechte ist heute vielfach noch nicht gewährleistet.

---

# Unzureichende Abklärung

Erkannte Problemlagen werden nicht umfassend abgeklärt.  
Für die vielfältigen Problemlagen gibt es spezialisierte Dienste. Ihre Beratungsleistungen sind aber oft nur durch Spezialisten erschließbar.

Auftrag an die Pflegekassen/Krankenkassen und damit das Begutachtungsverfahren des MDK bei Pflegedürftigkeit muss neben der Rehabilitation um Leistungen der Teilhabe und kommunaler Dienstleistungen schon im Vorfeld amtlich festgestellter Pflegebedürftigkeit erweitert werden.

Es fehlt eine übergreifende Anlaufstelle, von der aus die sachgerechte Beratung und ein umfassendes Assessment eingeleitet werden.

---

# Nicht abgestimmte Leistungen

Auch nach positiven Leistungsentscheidungen für den Hilfebedürftigen bleiben sie gleichwohl oft Stückwerk, weil ergänzende Leistungen anderer Träger mit zusätzlichem eigenem Kraftaufwand hinzu organisiert werden müssen.

Diese nicht abgestimmten Leistungen verfehlen ihre Wirkung und verschwenden kostbare Ressourcen.

---

# Sozialhilfeabhängigkeit

Hohe Hilfebedarfe haben im Teilleistungssystem der Pflegeversicherung steigende Eigenleistungen der Pflegebedürftigen zur Folge, wodurch das Ziel der weitgehenden Unabhängigkeit von Sozialhilfe in solchen Fällen verfehlt wird.

# Verursachende Defizite

So einleuchtend und nachvollziehbar die Defizite sind, die von den Menschen erlebt werden, die Ursachen liegen in Systemdefiziten begründet, die dem Bemühen von Hilfebedürftigen und Helfenden oft gleichermaßen im Wege stehen.



---

# Fehlender Bezug auf einen sozialen Raum

Deutlicher Verlust an ortsnahe Kenntnissen und Verantwortlichkeiten durch

immer größeren territorialen Zuschnitt von Krankenversicherungen, Kommunen und Leistungserbringerorganisationen.

Wettbewerbsorientierung steht dem Gemeinwesenbezug im Wege.

Der Hilfebedürftige hat deshalb Schwierigkeiten seinen Hilfebedarf sichtbar zu machen und zu adressieren.

Auch die Hilfegebenden sind in ihren Wahrnehmungsmöglichkeiten und Abstimmungsfähigkeiten zunehmend behindert.

---

# Mangelnde Präventions- und Rehabilitationsorientierung

Zeitpunkt des Eintritts von Pflege- und Hilfebedürftigkeit sowie Intensität der Abhängigkeit von Hilfen positiv durch rechtzeitige Prävention und Rehabilitation beeinflussbar.

Prävention verlangt neben einer präventiven Medizin Hilfen bzw. die Schaffung von Möglichkeiten für die Gestaltung einer selbständigen Lebensführung und die Teilnahme am Gemeinschaftsleben, die vor der Feststellung einer erheblichen Pflegebedürftigkeit liegen.

Krankenkassen müssen auch materiell an einem Mehr an Rehabilitation für Pflegebedürftige interessiert werden.

---

# Fehlende Versorgungsplanung und Leistungscoordination

Umfassende Abklärung des Hilfebedarfs mit einer anschließenden leistungs- und sektorübergreifenden Versorgungsplanung ist uneingelöste Notwendigkeit.

Die bestehenden Koordinationsvorschriften im SGB IX gelten nicht für die Pflege.

Die in § 92c SGB XI festgelegten Pflichten sind nur für die Pflege- und Krankenkassen verbindlich.

Pflegestützpunkte heutiger Definition sind nicht ausreichend mit der kommunalen Sozialarbeit verzahnt.

Verbindung zwischen den gemeinsamen Servicestellen nach dem SGB IX, den Pflegestützpunkten und dem Krankenhausentlassmanagement existiert in der Praxis nicht oder kaum.

Die Einbeziehung von Partnern, Angehörigen, Nachbarn wird nicht erreicht.

Auf individueller Ebene leistet die bisherige Struktur nicht die Lotsenfunktion, die der Perspektive des Hilfebedürftigen entspricht.

---

# Widersprüchliche Steuerungslogik der Leistungsgesetze

Lebensbereich Pflege wird leistungsrechtlich von Krankenversicherung (SGB V), Pflegeversicherung (SGB XI), Sozialhilfe (SGB XII) und den verbindenden Rehabilitationsvorschriften (SGB IX) gestaltet.

Die Steuerungslogiken der unterschiedlichen Leistungssysteme führen dazu, dass anstelle der gewollten Ergänzung der Leistungen meist die Begrenzung und Abschiebung in andere Zuständigkeiten den Alltag bildet.

Die Teilleistungsorientierung der Pflegeversicherung ist widersprüchlich.

Das Wettbewerbsprinzip der Krankenversicherung und das Fürsorgeprinzip der steuerfinanzierten Sozialhilfe schaffen Abgrenzungsdanken und Versorgungslücken.

Eine teilhabeorientierte Pflege lässt sich von der Eingliederungshilfe nicht vernünftig abgrenzen.

---

# Starres, unübersichtliches und unzureichendes Leistungsrecht

Das starre Leistungsrecht des SGB XI berücksichtigt den Hilfebedarf der immer größer werdenden Gruppe von Pflegebedürftigen, deren Alltagskompetenz eingeschränkt ist, unzureichend.

Die Verbesserungen der letzten Neuerungen sind unübersichtlich, was eine weiterhin mangelhafte Unterstützung der Angehörigen zur Folge hat.

---

# Fiskalische Fehlanreize

Bei **Leistungsträgern** ist die Verschiebung von Leistungen über die Sektorengrenze nach wie vor aufgrund mangelnder Integration im Wettbewerbsdruck für Krankenkassen und Kommunen von Vorteil.

Das Nebeneinander von Leistungen, für die in der Krankenversicherung ein umfassender (Sach-)Leistungsanspruch besteht, während sie in der Pflegeversicherung gedeckelt sind, schafft Anreize zur Entlastung durch Leistungsverlagerung.

Schnittstellenmanagement ist nicht finanziert.

---

# Fiskalische Fehlanreize

Bei **Leistungserbringern** ist für den Care-Bereich festzustellen, dass durch das Nebeneinander unterschiedlicher Leistungshöhen bei ambulanter oder stationärer Versorgung die Interessenslage falsch gesteuert wird. Flexibilität und Produktivität der Leistungsgestaltung wird dadurch eingeschränkt.

Bei **Pflegebedürftigen und Angehörigen** gehen von den je nach Versorgung unterschiedlichen Leistungshöhen und –voraussetzungen sowie den je nach Sozialleistungsbereich unterschiedlichen Rückgriffsrechten des Sozialleistungsträgers auf Einkommen und Vermögen sowie Angehörige, erhebliche Wirkungen auf die Wahl des Versorgungsarrangements durch den Pflegebedürftigen aus.

---

# Zentrale Reformperspektiven

- Funktionsfähiges Koordinierungssystem
- Neue Ordnung: Cure und Care
- Neuordnung des Leistungsrechts
- Neue Finanzierungstechnik
- Personenorientierte Qualitätssicherung



---

# Funktionsfähiges Koordinierungssystem

- Benötigt wird ein System, das Leistungslücken und Koordinierungsmängel überwindet
  - Leitbild Pflege und Teilhabe
  - Trotzdem: kein einheitliches System
    - In GKV verliert Pflege und Teilhabe an Bedeutung
    - Errungenschaft Pflegeversicherung
    - Einbeziehung der Kommunen
- Funktionsfähiges Koordinierungssystem durch neue Ordnung und verbindliche Kooperation und Koordination

---

# Neue Ordnung: Cure und Care

## Anforderungen

- Klare leistungsrechtliche Abgrenzungen
  - Zur gesetzlichen Krankenversicherung
  - Zur Teilhabe
- Abgestimmte und schlüssige Steuerungen im Leistungserbringungsrecht – mit Anschluss an Schutzaufträge
- Klare Infrastrukturverantwortung
- Kompetenzprofil der professionell Pflegenden
- Berufsrechtlich abgesicherte Konzeption von Berufsgruppen

---

# Cure & Care


- Als CURE werden medizinische, pflegerische und therapeutische Maßnahmen verstanden, die von professionellen Akteuren im Gesundheitswesen zur **Prävention, Kuration, Rehabilitation und Palliation** angeboten, geleistet und verantwortet werden.
- Zu CARE zählen alle Formen der Sorge und Versorgung, die für den Lebensalltag erforderlich sind – personenbezogene Leistungen zur unterstützender **Alltagsgestaltung, hauswirtschaftlichen Basisversorgung, Grundpflege** und Förderung der sozialen **Teilhabe**.

# Care

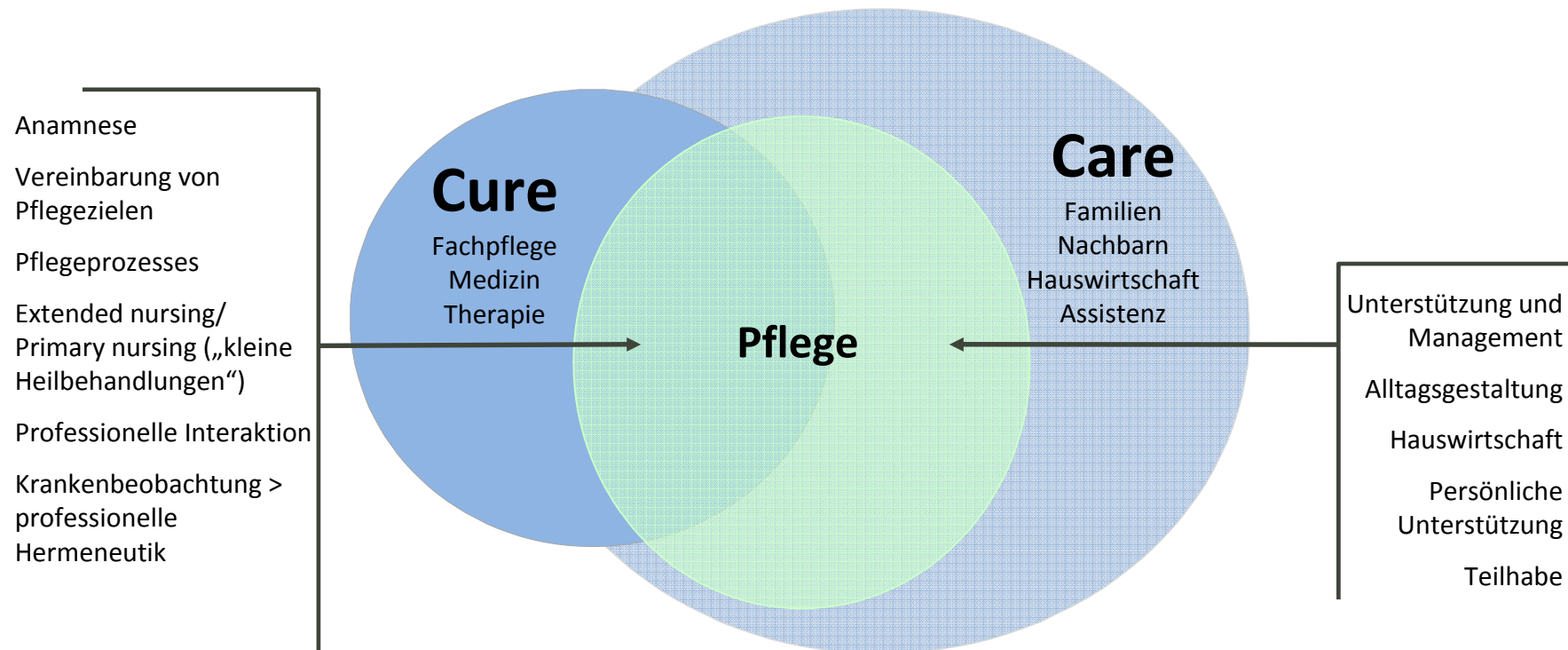
Care – als anteilnehmende Sorge



Care – zur Sicherung der  
Existenzbedingungen für das Leben des



Care – als Unterstützungsleistung



---

# Qualifizierungsmix im Berufsrecht

- Kompetenzprofile
  - in den Berufsgesetzen und
  - im indirekten Berufsrecht (Heimaufsicht, § 113 SGB XI, § 123 SGB V)
- Durchlässigkeit
  - Offenere Regelungen der Qualitätsanforderungen im Leistungserbringungsrecht
  - Verhältnis Ärzte / nicht ärztliche Care Berufe
- Care Berufe
  - Ergänzende Berufsbilder mit Kompetenzprofilen (soziale Arbeit, Hauswirtschaft)
  - Abstimmung zwischen den Ländern
- Weiterbildung

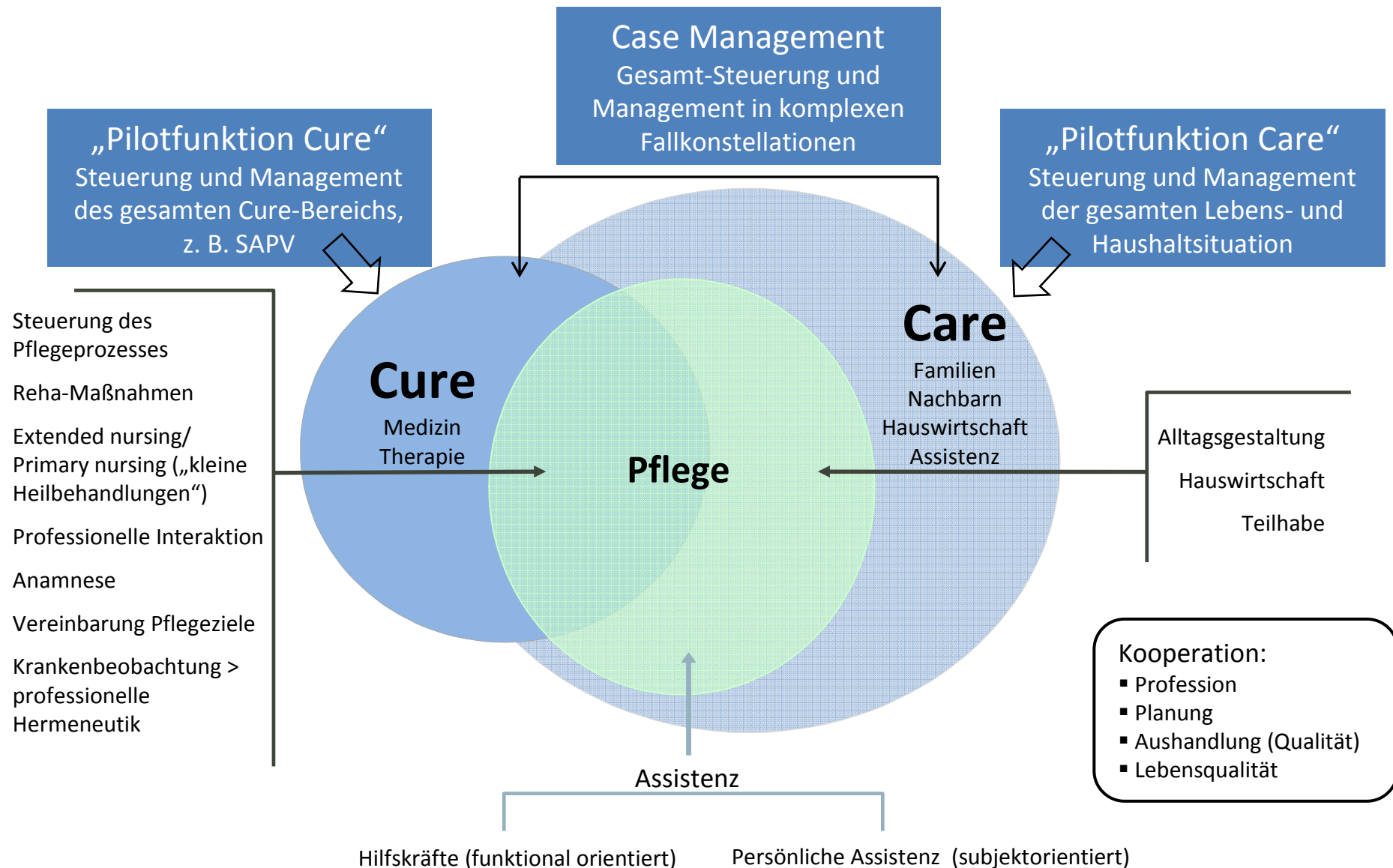
# Berufsgruppenkonzept

	CURE		CARE	
	Pflege / Gesundheit		Hauswirtschaft	Soziale Arbeit
Promotion				
Studium (BA/MA)	Pflegewissenschaft (Nursing) Geriatrie Medizin Ergotherapie Physiotherapie Sozialmanagement Gerontologie Soziale Arbeit Ökotrophologie			
Weiterbildung (Funktions- und Aufgabenbezogen)	VERAH Intensivpflege Wohnraumanpassung Wundmanagement Manuelle Therapie Case Management AGnES Kinästhetik Pflegedienstleitung Gerontopsychologische Pflege/Betreuung Palliative Care AAL Fachhauswirtschaft			
Fachausbildung	Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpflege Medizinische Fachangestellte/r Ergotherapie Physiotherapie		Altenpflege	Hauswirtschaftsfachkraft Dorfhelfer/innen Heilerziehungspflege
Ausbildung	Pflegeassistent Kranken-/ Altenpflegehelfer/innen Hauswirtschaftliche Assistenz Betreuungsassistent Sozialassistent			
Training / Fortbildung (Schulung) für	Ersthelfer Hospizmitarbeitende Servicehelfer Jugendgruppenleitung Assistenz für Schwerbehinderte			



Beispielhafte Aufzählungen und Nennungen

# Aufgaben in der Langzeitpflege





- Menschenwürdige Pflege und Teilhabe
  - Es geht um Strukturen für die Menschen
  - Überprüfung auf Effizienz für die hilfebedürftigen Menschen
- Ideen müssen auf dem Boden ankommen
  - deshalb Anschlussfähigkeit an Vorhandenes
  - Aber integrierte Versorgungsstruktur
  - Steuerungslogik der GKV ist ein Problem
    - keine völlige Verlagerung der Pflegeversicherung in das SGB V
    - Kommunale Rolle der örtlichen Steuerung ist erforderlich
- Strukturen und Institutionen dienen
  - Markt Gesichtspunkte und finanzielle Interessen spielen (nur) bei der Steuerung eine Rolle



# Korrektur von Schnittstellen

## ❖ Konstruktionsfehler:

- Pflege wird über Teilleistungssystem SGB XI definiert,
- Daher Pflege statt PV im SGB I definieren und in das SGB IX einbeziehen

## ❖ Verlagerungen in das SGB V

- medizinisch pflegerische Leistungen und Fachsteuerung

## ❖ Verknüpfung von Pflege und Teilhabe

- Flexibles Budget im SGB XI
- Ergänzung durch SGB XII/Bundesteilhabegesetz
- Durch anrechnungsfreien Teilhabeleistungen elegante Bereinigung der § 43a Schnittstelle

### • § 10a **Pflegebedürftigkeit**

(1) Pflegebedürftige Menschen haben nach näherer Bestimmung der Sozialgesetzbücher V, VII, IX, XI und XII und XIII ein Recht auf

- a) Hilfe, wenn sie ...Beeinträchtigungen... nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. b) besonderen Schutz staatlicher Stellen, wenn sie ihre Angelegenheiten nicht mehr selbständig regeln können

### • Erweiterung **§§ 37 und 132 SGB V**

Auf Behandlungspflege auch in Heimen (Sachleistung + Vollfinanzierung) und die Pflegeprozeßsteuerung

### • Vereinfachung und Flexibilisierung des **SGB XI**

- durch ein Sachleistungsbudget, aufstockbar durch Kombinationsleistungen
- Typisierte konstante (Basis) Eigenleistung bei Sachleistungen

### • Ergänzungsfunktion **Bundesteilhabegesetz**

- Definition von anrechnungsfreien Teilhabeleistungen
- Darüber hinausgehende Leistungen nachrangiges Fürsorgerecht

Allgemeines Leistungsgesetz für Hilfebedarf Erwachsener		SGB XI	SGB V
Rechtsansprüche auf definierte Leistungen der EH (Teilhabegehd)			
Rechtsansprüche auf Teilhabe in der Pflege nachrangig zum SGB XI		Budget für Pflege (Verrichtungen, Betreuungsleistungen)	Gesundheitsleistungen, Reha, häusliche Krankenpflege, Pflegesteuerung
	Gewährleistung weiterer Hilfebedarfe		
<b>Nachrangige Fürsorgeleistungen</b>			
Außergewöhnliche Bedarfe		Außergewöhnliche Bedarfe	Ausgeschlossene Leistungen
HLU, Grundsicherung, KdU	Haushaltshilfe Altenhilfe		

# Steuerung: Übersicht über die Elemente

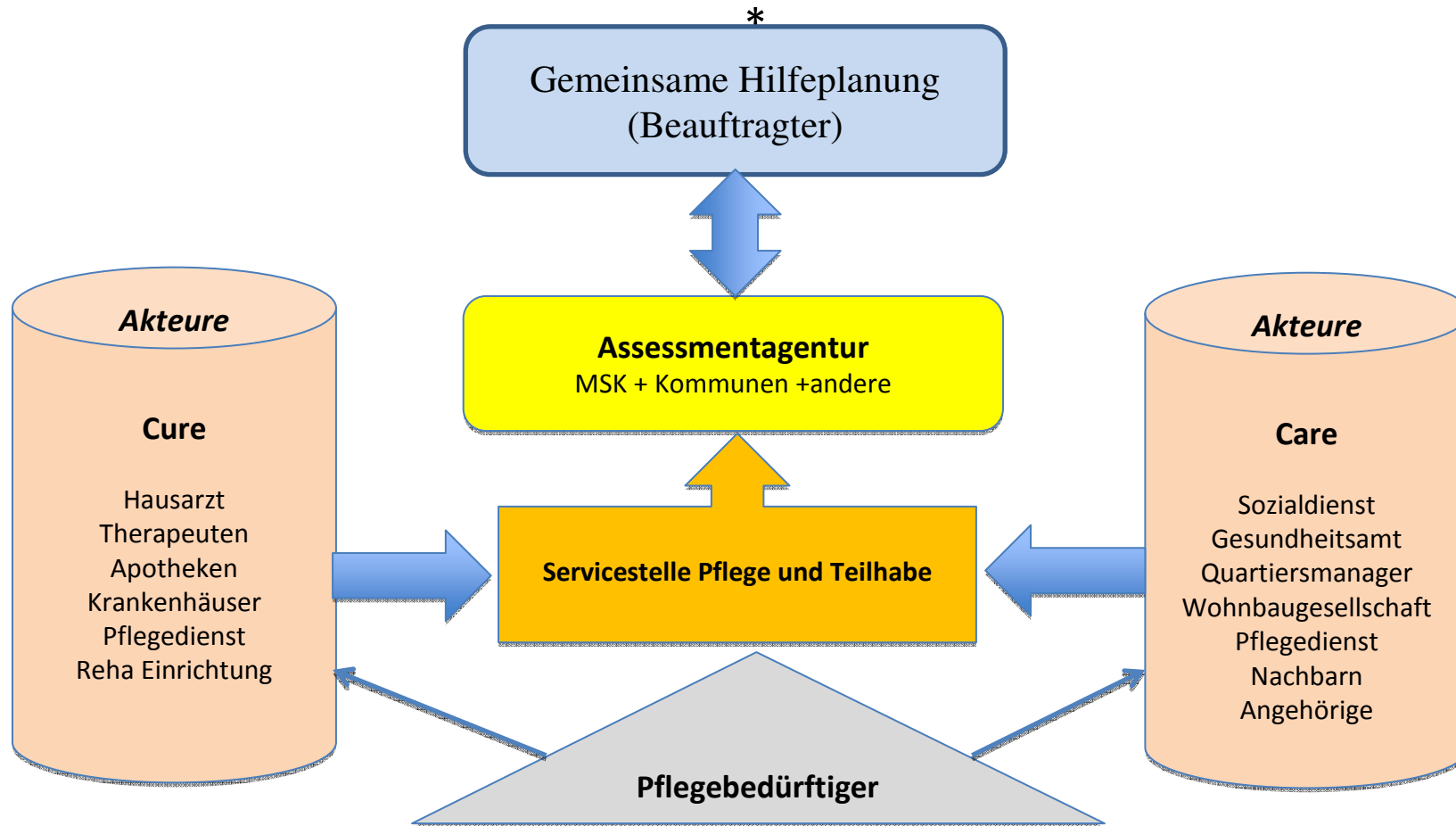
---

- Kooperationsmodell:
  - Definition von Rollen der Sozialversicherung und der Kommunen
  - Beschreibung der kommunalen Rolle im SGB I und SGB IX
- Integrierte Steuerung
  - Koordinierung zwischen den Leistungsträgern
  - Organisation der sozialen Aufmerksamkeit
  - Multiprofessionelle Kompetenz der Fachkräfte
- SGB IX:
  - Koordinierungsvorschriften gelten auch für Pflegekassen (Instrument Pflegekassen werden 8. Reha Träger (für ihre Pflegeleistungen))
  - Reform der Koordinierungsvorschriften (integrierte Steuerung vor Ort)

# Integrierte Steuerung

- **Servicestelle Pflege und Teilhabe**
  - Anlauf und Vermittlungsstelle
- **Gemeinsame (virtuelle) Assessmentagentur**
  - Gebildet aus allen Sozialleistungsträgern
- **Gemeinsame Hilfeplanung, Fallkonferenzen**
  - Kommunale Federführung, Regelung im SGB IX über die Länder mit Konnexitätsfolge
- **Koordinierte Leistungserbringung , Beauftragter,**
  - kommunale Auffangfederführung)
- **Individuelle Piloten (Lotsen)**
  - Aus Cure und Care Bereich, Verknüpfung mit Quartiersmanager
- **Soziale Aufmerksamkeit vor Ort**

# Hilfeplanung



Hoberg, Künzel, Klie

# Gesetzliche Umsetzung

- Koordinierungsvorschriften gelten auch für Pflegekassen
- Einrichtung einer gemeinsamen regionalen Assessment Agentur
- Errichtung gemeinsamer Servicestellen für pflege und Teilhabe
- Gemeinsame Hilfeplanung mit klarer Federführung des überwiegend zuständigen(Beauftragter)

## **SGB IX**

**§§ 5 und 6:** Pflegekassen werden 8. Reha Träger (für ihre Pflegeleistungen)

### **§ 10 (Koordinierung und Gesamtplanung)**

Neuer Absatz 2: **Übergreifendes Assessment** für Pflege, medizinische Reha, Teilhabe und Teilhabe am Arbeitsleben

a) Organisation auf Landesebene unter Beteiligung von MDK, BA und kommunale AG

b) Empfehlung zum Hilfebedarf, zur Reha, zur Notwendigkeit einer Trägerübergreifenden Gesamtplanung

c) Überweisung an überwiegend zuständigen Träger der Sozialleistung

Neuer Absatz 3: gemeinsame individuelle Hilfeplanung

### **§§ 22,23 Servicestellen für Pflege und Teilhabe**

mit einer Vermittlungs- und Weiterleitungsfunktion werden eingerichtet, die auf ein Assessment hinwirken, oder

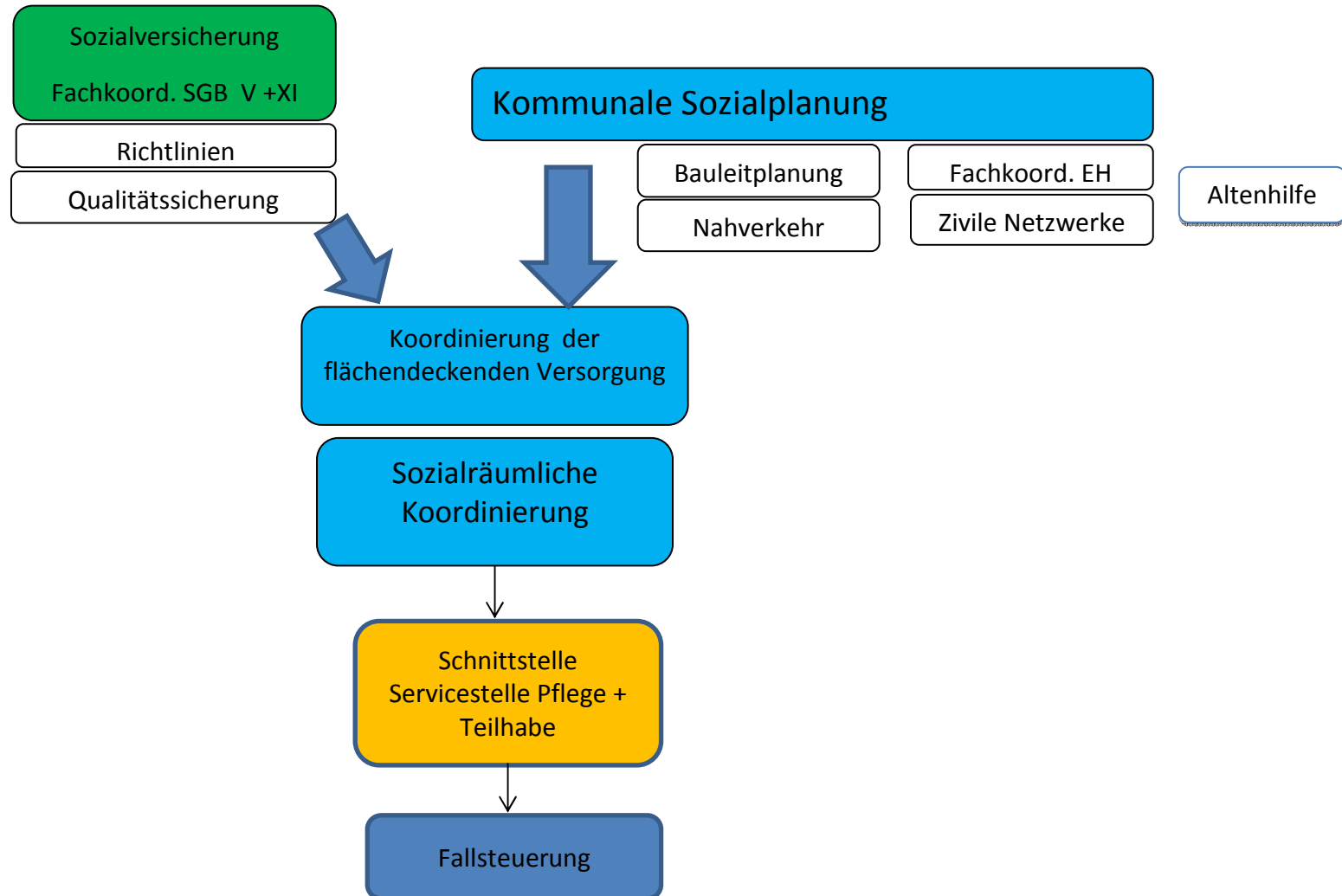
Einzelfallbegleiter (sogenannte Piloten)

oder ein umfassendes Case Management vermitteln

(ersetzt § 92c SGB XI)

**SGB XI Steuerung** wird auf Beratung und Versorgungsplanung umgestellt

# Kommunale Rolle





Anreizfunktionen sind nötig

- Gesetzliche Kompetenzen
- Rechtsansprüche
- Finanzielle Interessen (Chancen und Risiken)
- Finanzausstattung

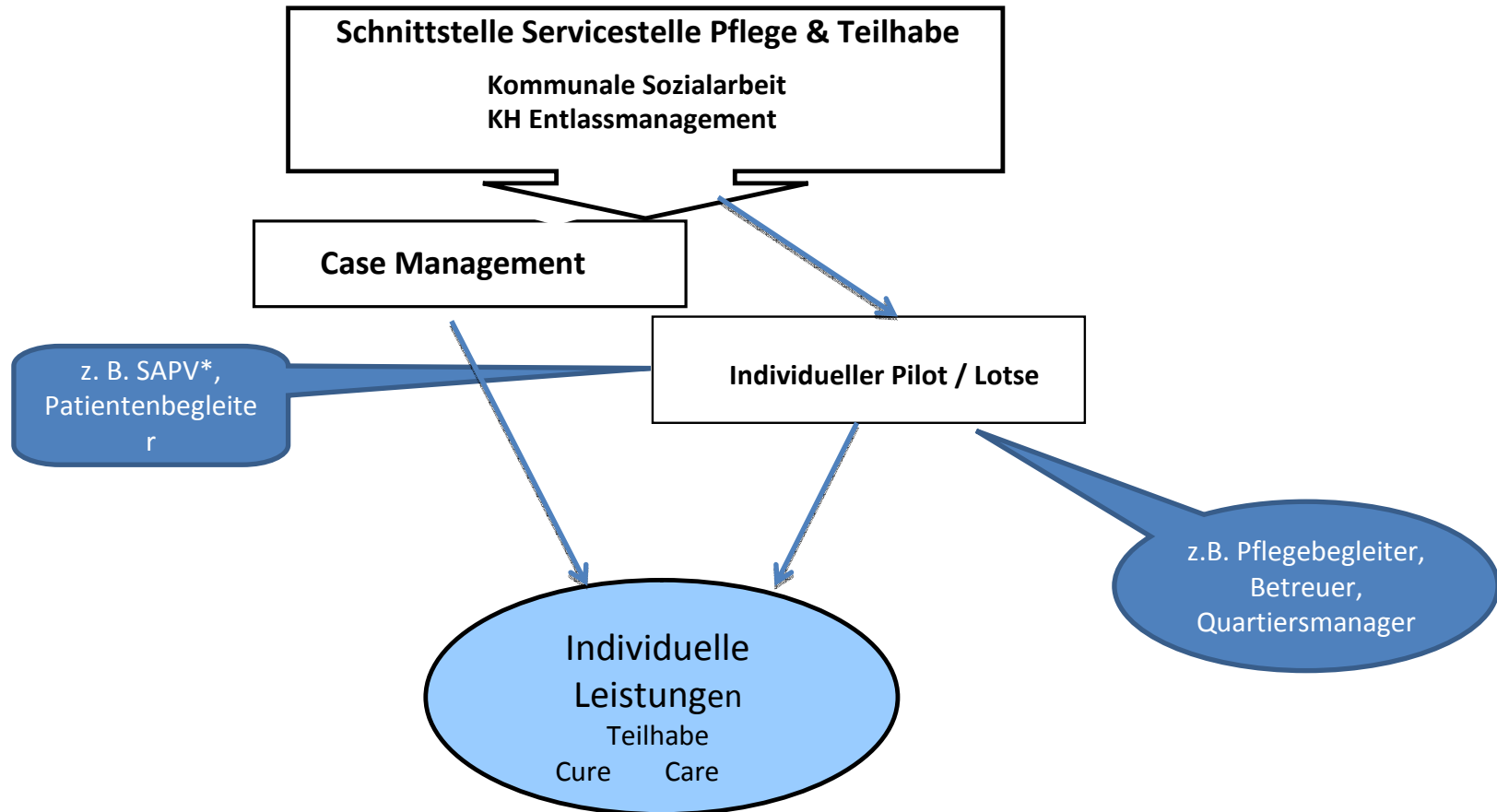


- Koordinierungszuständigkeit
  - Für Hilfeplanung und Fallsteuerung
  - Als gesetzlicher Beauftragter
- Rechtsansprüche
  - Altenhilfe und Haushaltshilfe
- Anteilige Finanzierungspflicht
- Unterstützung durch Investitionsprogramme
- Aufgabendelegation durch Länder mit Finanzierungsregelungen (Konnexität)

## Koordinierungsregelungen

- § 17a SGB I Sozialräumliche Koordinierung  
Es ist Aufgabe der von den Ländern zu bestimmenden örtlichen Träger von Sozialleistungen nach diesem Gesetzbuch und sonstigen örtlichen Stellen,
  - a) die Leistungen nach diesem Gesetzbuch in den örtlichen Sozialräumen zu koordinieren und
  - b) die Zusammenarbeit mit den jeweils zuständigen Sozialleistungsträgern zu organisieren
- § 10 SGB IX Neuer Abs. 6  
Sozialräumliche Koordinierung vor Ort mit Federführung der von den Ländern zu bestimmenden örtlichen Träger von Sozialleistungen und sonstigen örtlichen Stellen
- Änderung § 14 SGB IX  
Bei negativen Kompetenzkonflikten wird der von den Ländern zu bestimmende örtliche Träger von Sozialleistungen Beauftragter nach § 88 SGB X

# Fallsteuerung



\*Spezialisierte Ambulante Palliative Versorgung

- Klare Federführung statt bisherigem Zufallsprinzip
- Individualansprüche auf Beratung und Fallabklärung und
- Piloten als individuelle Fallbegleiter
- Schnittstelle Pflege- und Gesundheitshilfe - Krankenhausentlassmanagement kooperiert mit Servicestellen –

## § 14 SGB IX (Zuständigkeitsklärung)

Bei Ansprüchen nach dem SGB IX einigen sich die Beteiligten Reha Träger auf einen Beauftragten nach Maßgabe des Umfangs an der Gesamtleistung. Mangels Einigung wird der von den Ländern zu bestimmende örtliche Träger von Sozialleistungen Beauftragter.

**Ansprüche** auf Fallabklärung, Beratung Leistungen eines Piloten im SGB V, XI und Bundesteilhabegesetz / SGB XII

## Verbesserung Krankenhausentlassmanagement

(Koal. Vertrag) und Änderung

### § 11 Abs. 4 Satz4 SGB V (Versorgungsmanagement):

„In das Versorgungsmanagement sind die Pflegeeinrichtungen einzubeziehen; dabei ist eine Abstimmung mit den gemeinsamen Servicestellen ~~enge Zusammenarbeit mit Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen nach § 7a des Elften Buches zu gewährleisten.~~ „

---

# Personenorientierte Qualitätssicherung

- Die vorgesehenen Instrumente und Funktionen – Assessment, Hilfeplanung, Pilot, Servicestelle, Case Management – dienen einer auf das Individuum und seine Lebenssituation ausgerichteten Qualitätssicherung, die eine auf Dienste und Einrichtungen bezogene Qualitätskontrolle in ihrer Bedeutung relativiert.
- Die Qualitätsvorgaben für die Dienstleistungen im Cure-Bereich werden in die Qualitätssicherungsmechanismen des SGB V integriert.
- Für den Care-Bereich bleibt es für Einrichtungen bei den Qualitätsvorgaben des jeweiligen Heimrechts.
- Für die Dienste im Care-Bereich werden für zugelassene oder zertifizierte Dienste Qualitätsvorgaben hinsichtlich der Struktur- und Prozessqualität erforderlich sein.
- Bei der Leistungsform des persönlichen Budgets werden die Zielvereinbarungen zu den entscheidenden Qualitätssicherungsinstrumenten.

# Strukturreform in Optionskommunen



# Herzlichen Dank

