

## Aspekte einer wirksamen Strukturreform der Pflegeversicherung von Harry Fuchs, Düsseldorf

Wenn derzeit in Politik und in den Medien von einer „unvermeidlichen grundlegenden Reform der Pflegeversicherung“ gesprochen wird, so meint dies durchweg eine Veränderung der Finanzierung der Pflegeversicherung als Folge der demographischen Entwicklung<sup>1</sup>. Soweit daneben materielle Aspekte der Pflegeversicherung angesprochen werden, handelt es sich um punktuelle Vorschläge zur Beseitigung grösster Versorgungsdefizite ( z.B. Leistungsausweitung für Demenzkranke durch Umfinanzierung der Behandlungspflege ) oder um leistungsrechtliche Fragen mit einem unmittelbaren Bezug zur Finanzierungsproblematik ( z.B. Dynamisierung der Leistungen, Absenkung der Zuschüsse zur stationären Pflege zur „Finanziellen Gleichstellung der ambulanten und stationären Pflege“, personenbezogene Budgets)<sup>2</sup>.

Auch das von der Bundesministerin für Gesundheit und Soziale Sicherung im Oktober 2003 vorgestellte Reformkonzept, das die Pflegeversicherung zukunftssicher machen soll, geht über diese Ansätze nicht hinaus<sup>3</sup>.

Während die Politik in der öffentlichen Diskussion die Wirkungen des Pflegeversicherungsgesetzes durchweg positiv beurteilt, beklagen die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen sowie die Träger der Pflegeeinrichtungen und die Vertreter der Beschäftigten erhebliche Defizite bei der Versorgung Pflegebedürftiger.

Die positive Bewertung der Politik gründet fast ausschließlich darauf, dass der Anteil der Bezieher von Pflegeleistungen größer und damit die quantitative Versorgung Pflegebedürftiger besser sei als vor Inkrafttreten der Pflegeversicherung. Dazu wird behauptet, dass sich auch die Qualität der Pflege durch verschiedene Maßnahmen des Gesetzgebers verbessert habe ( z.B. Pflege-Qualitätssicherungs-Gesetz –PQsG -).

Demgegenüber bewerten die Pflegebedürftige und ihre Angehörigen, die Pflegenden und die Träger von Pflegeeinrichtungen die Wirkungen des Pflegeversicherungsgesetzes wesentlich kritischer. Es werden durchweg erhebliche qualitative Defizite der Versorgung, der Versorgungsstrukturen sowie ihrer Finanzierung festgestellt.

So tragen die Träger der Pflegeeinrichtungen vor, dass

- das Gesetz die besonderen Hilfebedarfe Demenzkranker und psychisch Kranker nicht berücksichtige,
- sowohl die Einstufungspraxis wie auch die Ergebnisse der Vergütungsverhandlungen die Leistungen der Pflegeeinrichtungen nur unzureichend finanzieren und in der Folge
- die Qualität der Pflege zwangsläufig ein nicht bedarfsgerechtes, d.h., niedrigeres Niveau erfahre,
- der Grundsatz Rehabilitation vor Pflege nicht einmal in Ansätzen umgesetzt wird,
- geeignete Rehabilitationseinrichtungen zur Vermeidung oder Minderung von Pflegebedürftigkeit kaum zur Verfügung stehen

Die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen sowie die Vertreter der Beschäftigten beklagen, dass

- die Pflege qualitativ auf Grundversorgung und Verwahrung ausgerichtet sei
- inhumane Zeitvorgaben für die Hilfeleistungen dem Pflegebedürftigen nicht gerecht werden und seine Grundrechte ( z.B. Selbstbestimmungsrecht usw.) einschränken
- für Zuwendung und ein Eingehen auf die Bedürfnisse und Wünsche keine Zeit sei
- nicht genügend und nicht genügend qualifiziertes Personal vorhanden sei und

---

<sup>1</sup> So z.B. Jens Ulbrich, Generalsekretär des wirtschaftlichen Sachverständigenrates, Handelsblatt vom 22.2.2005

<sup>2</sup> Rürup-Kommission, Reformvorschläge zur Sozialen Pflegeversicherung, Ziffern 5.2.2 bis 5.2.6

<sup>3</sup> Ulla Schmidt „Zur aktuellen Diskussion über die Pflegeversicherung“ Pressemitteilung Nr. 209 vom 22.10.2003

- das vorhandene Personal keine Zeit habe, überfordert sei und ständig wechsele oder gar den Beruf aufgebe.

Diese Defizite werden überwiegend durch wissenschaftliche Untersuchungen bestätigt, die darüber hinaus darauf hinweisen, dass pflegebedürftige Menschen insbesondere im Bereich der ambulanten Pflege, zunehmend aber auch in den stationären Pflegeeinrichtungen kaum noch am Leben in der Gemeinschaft teilhaben.<sup>4</sup>

Zur Lösung der Probleme ist – unabhängig von der Finanzierungsdiskussion – eine Weiterentwicklung des Pflegeversicherung im Sinne einer umfassenden Strukturreform erforderlich, die

- der Vermeidung von Pflege durch Prävention und Rehabilitation den Vorrang einräumt,
- auf der Zielsetzung der Integration und Teilhabe pflegebedürftiger Menschen basiert,
- unabhängig von der Zuständigkeit den individuellen Pflegebedarf aller pflegebedürftigen Menschen vollständig feststellt und damit u.a. auch den gesamten Pflegebedarf psychisch kranker und dementer Menschen erfasst,
- die notwendigen Leistungen und die dafür verfügbaren Ressourcen zielgerichtet und wirksam erbringt bzw. einsetzt, d.h., vom tatsächlichen individuellen Pflegebedarf der pflegebedürftigen Menschen ausgeht und sich nicht auf die Schätzung erforderlicher Hilfen ( Leistungen ) stützt,
- die unter Einsatz international erprobter Assessmentinstrumente Transparenz des Bedarfs sowie des Ressourceneinsatzes bzw. –verbrauchs herstellt und damit die Basis für eine leistungsgerechte Vergütung nach Leistungsgruppen mit vergleichbarem Aufwand bildet. Damit wird zugleich eine aufwandsgerechte Finanzierung bei bedarfsgerechter personeller Ausstattung der Pflegeeinrichtungen bewirkt.
- die Versorgungsstrukturen entsprechend dem sich verändernden Bedarf ausgestaltet und die Qualität insbesondere des konkreten pflegerischen Handelns nach definierten Maßstäben sicherstellt,
- auf die Eigenverantwortung und Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen und Leistungserbringer setzt und
- Überregulierungen und bürokratischen Aufwand beseitigt.

Dieser Beitrag setzt sich mit den beklagten Defiziten auseinander und entwickelt Vorschläge für die in den Spiegelstrichen skizzierte inhaltliche Strukturreform der Pflegeversicherung.

## 1. Ordnungs- und strukturpolitische Probleme

Als Ursache der beklagten Defizite werden immer wieder ordnungs- und strukturpolitische Gründe angeführt.

Die politische Diskussion der Pflegeversicherung beschränkt sich durchweg auf die im Elften Sozialgesetzbuch ( SGB XI ) geregelte Pflegeversicherung, die für Pflegebedürftige keine umfassende Risikoabsicherung etwa im Sinne des Sachleistungsprinzips enthält, sondern bei Erfüllung bestimmter Voraussetzungen lediglich Festzuschüsse zu gesetzlich definierten pflegerischen Leistungen gewährt. Tatsächlich enthalten auch andere Sozialgesetze Regelungen über die Leistungsgewährung bei Pflege, denen zT andere Prinzipien zu Grunde liegen als dem SGB XI (z.B. umfassende Leistungserbringung im SGB VII für die gesetzliche Unfallversicherung). Bestimmte Leistungen bzw. Formen der Leistungsausführung ( z.B. Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft bzw. Ausführung der Leistungen als persönliches Budget) werden rechts- und trägerübergreifend im SGB IX geregelt, das insofern auch für Pflegebedürftige unmittelbar geltendes Recht ist. Zudem korrespondieren bzw.

---

<sup>4</sup> Garms-Homolová, Berlin/Roth, Göttingen 2004,; „Vorkommen, Ursachen und Vermeidung von Pflegemängeln“, Forschungsbericht im Auftrag der Enquête-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“ des Landtages von Nordrhein-Westfalen

überlappen sich bestimmte Leistungen der Krankenversorgung nach dem Fünften Sozialgesetzbuch ( SGB V ) mit Leistungen aus Anlass von Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI ( z.B. Haus- und Krankenpflege, Hilfsmittel ). Letztlich gewährt das Zwölfte Sozialgesetzbuch ( SGB XII ) auch Personen den Zugang zu Leistungen der Pflege, die (noch ) keinen Anspruch auf Leistungen nach dem SGB XI geltend machen können.

Damit basiert die Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit entgegen der öffentlichen Wahrnehmung nicht auf homogenen und abschließenden Regelungen der Pflegeversicherung bzw. des Pflegeversicherungsgesetzes, sondern ist vielmehr im Sinne eines gegliederten Systems mit allen daraus rekrutierenden ordnungs- und strukturpolitischen Problemen organisiert.

## **1.1 Das SGB XI erfasst nur einen Teil des Pflegebedarfs**

**1.1.1** Die in den §§ 14,15 SGB XI definierten Voraussetzungen für den Zugang zu den Leistungen des Pflegeversicherungsgesetzes nehmen

- bestimmte Personengruppen völlig von der Pflegeversicherung aus, z.B. solche,
  - bei denen die Pflegebedürftigkeit auf anderen als den in § 14 Abs. 1 SGB XI genannten Gründen beruht;
  - die wegen einer Pflegebedürftigkeit voraussichtlich einer Hilfe für weniger als sechs Monate bedürfen,
  - die nicht in einem erheblichen oder höheren Maß der Hilfe bedürfen – z.B. weniger als mindestens 90 Minuten wöchentlich im Tagesdurchschnitt oder zwar die 90 Minuten, 3 Stunden usw. des § 15 Abs. 3 SGB XI überschreiten, nicht jedoch den dort vorgeschriebenen grundpflegerischen Bedarf von 45 Minuten, 2 Stunden usw.).

Der durch die Pflegeversicherung nicht erfasste Personenkreis ist der Zahl nach nicht klein. Allein durch die noch während des Gesetzgebungsverfahrens zum SGB XI vorgenommene Verschärfung der Voraussetzungen für die Pflegestufe I, sind nach damaliger Schätzung der A-Länder<sup>5</sup> 465.000 Pflegebedürftige aus der Pflegeversicherung ausgegrenzt worden.

- in einem nicht unerheblichen Umfang psychisch Kranke und Demenzkranke von der Leistungsgewährung aus, weil sich die durch das Gesetz vom 14.6.1996 in § 15 Abs. 3 SGB XI vorgenommene Konkretisierung, dass bei einem Hilfebedarf in der Pflegestufe I von 90 Minuten mindestens die Hälfte, oder in der Pflegestufe II von 3 Stunden mindestens zwei Drittel auf grundpflegerische Leistungen entfallen müssen, bei diesen Pflegebedürftigen nachteilig auswirkt. Psychisch Kranke und Demenzkranke überschreiten zwar häufig den in den einzelnen Pflegestufen geforderten Hilfebedarf von 1,5, 3 oder 5 Stunden z.T. erheblich. Ihr Hilfebedarf innerhalb dieser Zeiten erstreckt sich jedoch nicht zur Hälfte, zu zwei Dritteln oder gar zu vier Fünfteln auf grundpflegerische, sondern auf solche pflegerische Hilfen, die ihren überwiegend kognitiven Störungen gerecht werden. Dies führt in der Praxis auch dazu, dass ein – gemessen am wirklichen Bedarf – für diese Personen überhöhter grundpflegerischer Bedarf dokumentiert wird, um eine Einstufung zu erreichen.
- bestimmte Personengruppen teilweise von der Pflegeversicherung aus, soweit sie zwar die Voraussetzungen der §§ 14,15 SGB XI für den Zugang zu den Leistungen des SGB XI erfüllen können, jedoch einen Bedarf für andere als die in § 14 Abs. 4 SGB XI genannten Einrichtungen aufweisen. Davon betroffen sind weit überwiegend wiederum psychisch und demenzkranke Menschen.

**1.1.2** Darüber hinaus werden bei der Durchführung des SGB IX bestimmte individuelle Hilfebedarfe ausgegrenzt, was zu einer Ablehnung oder Minderung der Leistungen der Pflegeversicherung führen kann.

---

<sup>5</sup> D.s. die von einer SPD-Regierung geführten Länder

Der Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherungen ist davon abhängig, dass ein Pflegebedürftiger nach § 15 SGB XI in eine Pflegestufe eingestuft wird. Die Höhe der Zuschussleistungen der Pflegeversicherung basiert auf der Pflegestufe, in die der Berechtigte eingestuft wurde. Danach besteht ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen der Finanzausstattung einer Pflegeeinrichtung einschl. der für die Personalausstattung verfügbaren Mittel und der Einstufung des Pflegebedürftigen in eine Pflegestufe nach § 15 SGB XI. Die von der Pflegeeinrichtung tatsächlich verbrauchten pflegerischen Ressourcen und deren Qualität sind in diesem Zusammenhang bedeutungslos.

**1.1.2.1** Die Einstufung basiert auf einer Schätzung des Hilfebedarfs im Sinne des § 14 SGB XI. Basis der Schätzung ist nicht etwa der vollständige tatsächliche individuelle Bedarf eines Pflegebedürftigen an pflegerischen Ressourcen. Die Schätzung beschränkt sich auf den Leistungsbedarf auf der Grundlage des eingeschränkten Pflegebegriffs des SGB XI ( vergl. dazu auch Ziff. 2.2 ). Sie ist durch einen Mitarbeiter des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK), in der Regel einen Arzt, nach Maßgabe der zur Durchführung des SGB XI von den Spitzenverbänden der Pflegekassen mit Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung ( BMGS ) beschlossenen Begutachtungsrichtlini (BRi) vorzunehmen ( § 17 SGB XI ). Diese beschränkt in Ziffer 6 Abs. 4 den zu schätzenden Hilfebedarf auf solche Hilfebedarfe, die „im unmittelbaren Zusammenhang mit den regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens nach § 14 Abs. 4 SGB XI“ stehen. Danach werden bei der Einstufung nur solche Hilfe-/Leistungsbedarfe berücksichtigt, die im Zusammenhang mit der Einschränkung von Körperfunktionen bzw. der Einschränkung der hauswirtschaftlichen Versorgung stehen, während alle Pflegebedarfe, die sich darüber hinaus als Folge z.B. kognitiver Störungen bei Demenzkranken und psychisch Kranken ergeben, ausgegrenzt sind. Die Folgen von kognitiven Störungen finden in diesen Prozess nur insoweit Eingang, als sie sich unmittelbar und signifikant auf die körperlichen Verrichtungen auswirken.

**1.1.2.2** Diese Einstufungspraxis blendet völlig aus, dass neben § 14 Abs. 4 auch § 14 Abs. 3 SGB XI einen für die Einstufung von Rechts wegen zu berücksichtigenden Hilfebedarf enthält, der Pflegebedürftigkeit im Sinne des Abs. 1 auslöst. Der Gesetzgeber hat dabei schon bei Inkrafttreten des SGB XI unterschieden zwischen der

- „Unterstützung, der teilweisen oder vollständigen Übernahme“ der in Absatz 4 genannten Verrichtungen, d.h. der Hilfe aus Anlass einer bestimmten pflegerischen Methode, und
- der „Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme“ der Verrichtungen.

Während der erstgenannte Hilfebedarf wegen des Verweises auf § 14 Abs. 4 nur im Zusammenhang mit den dort genannten ATL gewertet werden darf, besteht diese Beschränkung für den im zweiten Spiegelstrich genannten Hilfebedarf im Gesetz ausdrücklich nicht.

Der zweite Tatbestand setzt nämlich den Grundsatz des § 2 SGB XI in konkretes Handeln um, wonach die Hilfen darauf auszurichten sind, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen wiederzugewinnen oder zu erhalten. Schon der Wortlaut „mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme“ verdeutlicht, dass es sich nicht um ein einmaliges Beaufsichtigen oder Anleiten handelt, sondern um einen Prozess, der erst endet, wenn das Ziel – nämlich die eigenständige Übernahme – erreicht ist oder feststeht, dass dieses Ziel nicht mehr erreichbar ist. Die mit „Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme“ umschriebenen Hilfen umfassen methodisch alle pflegerischen Methoden und Hilfen, die mit „aktivierender Pflege“ umschrieben werden, d.h., u.a. Mobilisierung/Aktivierung/Strukturierung. Das Wollen des Gesetzgebers wäre mit der Formulierung „Beaufsichtigung oder Anleitung *bei der Durchführung von Maßnahmen* mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme“ verständlicher geworden.

Bei der Durchführung des Gesetzes durch die Pflegekassen und Medizinische Dienste ist aus der zielorientierten Beaufsichtigung und Anleitung des § 14 Abs. 3 SGB XI eine „allge-

meine Beaufsichtigung“ bestenfalls im Sinne der ATL „Sicherheit herstellen“, in der Regel sogar nur im Sinne allgemeiner Aufsichtspflichten im Sinne des BGB geworden, die weder bei der Ermittlung des Hilfebedarfs nach §§ 14,15 SGB XI noch bei der Definition der zuschussfähigen Leistungen und der damit verbundenen Kosten hinreichend berücksichtigt werden. Es kann nur als nachträgliche Rechtfertigung und Legitimation verstanden werden, wenn das BMGS diese im Wortlaut des SGB XI selbst nicht enthaltene, sondern im Rahmen seiner Durchführung mit Blick auf die angestrebte Beitragssatzstabilität vorgenommene Leistungsverkürzung durch Interpretation nunmehr in der Begründung zum PflEG als vom Gesetzgeber von Anfang an gewollte Beschränkung darstellt ( Zitat: „ Die Berücksichtigung von Tätigkeiten und Hilfeleistungen, die nicht diesen Hilfeleistungen ( § 14 Abs. 4 SGB XI ) zuzurechnen sind,....lässt das Gesetz nicht zu.“ )

Durch diese Einstufungspraxis können vorwiegend psychisch Kranke und Demenzkranke keine Einstufung nach §§ 14, 15 SGB XI erhalten, werden der sogen. „Pflegestufe 0“ zugeordnet und erhalten Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII durch die Träger der Sozialhilfe. Der Anteil Pflegebedürftiger, die aus anderen Gründen ohne Einstufung „heimunterbringungsbedürftig“ sind, ist demgegenüber signifikant niedrig.

Da der Anteil der psychosomatisch und psychisch Kranken in der Gesamtbevölkerung ständig zunimmt und darüber hinaus im Alter die Zahl der dementiell Erkrankten ebenfalls, muss die Zahl der Sozialhilfe beziehenden Pflegebedürftigen in Zukunft auch als Folge dieser in der Durchführung des SGB XI begründeten Defizite zwangsläufig weiter zunehmen.

Weil die Träger der Sozialhilfe mit Blick auf die Entwicklung kommunaler Haushalte das für sie geltende Recht (SGB XII) ebenfalls zunehmend restriktiver anwenden, ist bereits mittelfristig eine flächendeckende Unterversorgung sozial schwächer gestellter Pflegebedürftige zu erwarten.

**1.1.3** Zwischen dem tatsächlichen pflegerischen Bedarf und dem geschätzten, auf das vorwiegend körperliche Leistungsvermögen im Bereich der ATL abstellenden Leistungsbedarf besteht ein eklatanter Unterschied, der sich den Angehörigen als Mangelversorgung darstellt und dessen Finanzierung u.a. die Klage der Leistungserbringer über Unterfinanzierung ihrer Einrichtungen begründet. Diese Differenz besteht nicht nur im Bereich des Zugangs zu den Leistungen und der Einstufung in die Pflegestufen. Sie setzt sich später bei der Frage der leistungsgerechten Vergütung fort, weil die Kostenverhandlungen nur den auf der Basis des nach § 14 Abs. 4 SGB XI geschätzten Leistungsaufwand einer Einrichtung, nicht jedoch den Aufwand zu Deckung des tatsächlichen Pflegebedarfs erfassen.

Der ordnungspolitische Rahmen sollte deshalb so verändert werden, dass künftig der tatsächlich in der Person eines Pflegebedürftigen vorhandene Pflegebedarf zur Grundlage sowohl der Durchführung des Pflegeversicherungsgesetzes, wie auch der Gestaltung der Pflegekonzepte und der pflegerischen Versorgungsstrukturentwicklung, aber auch der leistungsgerechten Vergütung gemacht wird.

## **1.2 Das SGB XI und seine Durchführung unterliegen erheblichen Fehleinschätzungen**

Ein Dilemma der Diskussion über die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung ist die Unterstellung, dass die Pflegeversicherung mit einem umfassenden Pflegebegriff die Situation Pflegedürftiger umfassend erfasst und auf dieser Basis umfassend bedarfsgerechte Leistungen sowie Versorgungsstrukturen mit Qualitätsmaßstäben gestaltet, die das Risiko der Pflege abschließend und umfassend regeln. Einen solchen umfassenden Sicherstellungsauftrag haben im Bereich der Pflege nur die Unfallversicherungsträger im Rahmen ihrer Verantwortung für einen umfassenden Schadensausgleich, nicht aber die Pflegekassen.

Der vorwiegend auf die Folgen körperlicher Beeinträchtigungen beschränkte Handlungs- und Leistungsauftrag der Pflegeversicherung ist nicht nur eine Ursache für verschiedene Defizite, sondern führt im Pflegealltag wie auch in der politischen Auseinandersetzung zu ständi-

gen Irritationen und Fehleinschätzungen für die hier nur einige Beispiele genannt werden können.

**1.2.1** Die Annahme, dass der MDK verpflichtet sei, den individuellen Bedarf eines Pflegebedürftigen umfassend festzustellen, ist rechtlich nicht begründet. § 18 Abs. 1 SGB IX verpflichtet den MDK gerade nicht zu einer umfassenden Feststellung des Pflegebedarfs und zwar unabhängig davon, welcher Sozialleistungsträger letztlich die Leistung zu erbringen hat, ob die Pflegebedürftigkeit überwiegend Folge einer eher körperlichen oder eher einer geistigen bzw. seelischen Beeinträchtigung ist oder ob überhaupt Leistungen nach dem SGB XI in Frage kommen oder z.B. Leistungen nach dem SGB XII. Ganz im Gegenteil: Der MDK hat sich nach § 18 Abs. 1 Satz 1 SGB XI auf die Prüfung zu beschränken, ob die Voraussetzungen nach dem SGB XI vorliegen und nach Satz 2 ausschließlich die Einschränkungen bei den Verrichtungen im Sinne des § 14 Abs. 4 SGB XI zu untersuchen. Er darf als Folge dieser durch das Gesetz vom 9.9.2001 eingeschränkten Regelung nicht einmal untersuchen, ob und welche Hilfen nach § 14 Abs. 3 SGB XI zur Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen vorliegen.

**1.2.2** Kommt der MDK im Rahmen seines eingeschränkten Auftrages nicht zu einer Einstufung, d.h., zu der Feststellung, dass Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI nicht vorliegt, bleibt zu klären, ob andere Sozialleistungsträger nach den für sie geltenden gesetzlichen Bestimmungen zur Leistung verpflichtet sind. Die anderen Sozialleistungsträger werden in den für sie geltenden spezifischen Gesetzen in der Regel dazu verpflichtet, die Feststellungen der Pflegekassen bzw. des MDK auch für ihre Entscheidung zu übernehmen.

So verpflichtet § 62 SGB XII die Träger der Sozialhilfe, die Entscheidung der Pflegekassen über das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI auch der Entscheidung im Rahmen der Hilfe zur Pflege zu Grunde zu legen. Dies gilt allerdings nur, soweit sie auf Tatsachen beruht, die bei beiden Entscheidungen zu berücksichtigen sind.

Nach § 61 Abs. 3 Nr. 3 SGB XII zählen zu den die Hilfe zur Pflege begründenden Krankheiten ausdrücklich „Störungen des Zentralnervensystems mit Antriebs-, Gedächtnis- und Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.“ Hilfe zur Pflege ist deshalb nach § 61 Abs.1 Satz 2 SGB XII auch kranken und behinderten Menschen zu leisten, die voraussichtlich für weniger als sechs Monate der Pflege bedürfen oder einen geringeren Bedarf als den nach den Vorschriften des SGB XI für eine Leistung erforderlichen (z.B. sogen. Pflegestufe 0) haben oder die der Hilfe für andere Verrichtungen als denen nach § 14 Abs. 4 SGB XI bedürfen ( z.B. Hilfen nach § 14 Abs. 3 SGB XI ).

Das Sozialhilferecht sieht danach ausdrücklich auch dann Hilfe zur Pflege vor, wenn die Voraussetzungen für die Leistungen nach dem SGB XI nicht gegeben sind ( z.B. Hilfen nach § 14 Abs. 3 SGB XI ). Die Entscheidungen der Pflegekassen, an die die Sozialhilfeträger nach § 62 SGB XII zunächst gebunden sind, enthalten dazu jedoch keine Tatbestände, weil die für diese Leistungen erforderlichen Feststellungen ausdrücklich nicht Aufgabe des MDK sind ( vergl. Ziffer 1.2.1 ). Realisiert der Träger der Sozialhilfe, dass es sich bei den für seine Entscheidungen relevanten Sachverhalten ausdrücklich um solche handelt, die nicht im Sinne des § 62 SGB XII „bei beiden Entscheidungen zu berücksichtigen sind“, wird er ergänzende gutachterliche Feststellungen, in der Regel durch einen Amtsarzt, treffen lassen und diese zur Grundlage seiner Entscheidung machen.

In der Praxis ist jedoch zunehmend festzustellen, dass die Träger der Sozialhilfe sich ohne weiteres auf die Entscheidungen der Pflegekassen berufen, weitere Feststellungen nicht treffen und Leistungen nach § 61 Abs. 1 Satz 2 SGB XII ablehnen. Ein prägnantes Beispiel dafür ist die Ablehnung von Leistungen zur Tagespflege bei dementen und psychisch kranken Menschen ohne eine Einstufung nach §§ 14, 15 SGB XI.

Dieses Beispiel belegt nicht nur die Notwendigkeit zum Bürokratieabbau (Doppel- und Mehrfachbegutachtung !), sondern auch zur Rechtsbereinigung und –vereinfachung, um Benachteiligungen und Ungleichbehandlungen auszuschließen.

**1.2.3** Die Spitzenverbände der Kostenträger nach dem SGB XI und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene haben gemeinsam und einheitlich unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen sowie unabhängiger Sachverständiger Grundsätze und Maßstäbe für die Qualität und die Qualitätssicherung der ambulanten und stationären Pflege sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements, das auf eine stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität ausgerichtet ist, zu vereinbaren ( § 80 Abs. 1 SGB XI ).

In der Öffentlichkeit besteht der Eindruck – der von den Beteiligten durchaus gefördert wird – als bestehe damit ein umfassendes Kompendium, mit dem die zur Pflege erforderlichen Ressourcen umfassend definiert und die dazu im Einzelnen erforderlichen Maßstäbe der Qualität auch als Basis der Qualitätssicherung festgelegt seien. Tatsächlich handelt es sich um eine sehr abstrakt gehaltene Rahmenregelung auf allgemeinem Niveau. Wer dort etwa eine konkrete Beschreibung der bei einem bestimmten Ausmaß von Pflegebedürftigkeit in der Regel einzusetzenden pflegerischen Methoden nach Gegenstand, Umfang und Häufigkeit sowie die dazu gehörigen Parameter der Struktur- und Prozessqualität erwartet, wird sie vergeblich suchen. Es gibt unverändert keine Richtlinien, Grundsätze oder vertraglichen Vereinbarungen, die solche Grundlagen über und für das Leistungsgeschehen und die Qualität enthalten. Auf Initiative des Landespflegeausschusses Nordrhein-Westfalen beginnt in diesen Wochen mit finanzieller Unterstützung des Landes, des Bundes und der Pflegekassen unter wissenschaftlicher Begleitung ein „Referenzmodell“ genannter Modellversuch, der nach Auffassung des Verfassers bis zum Jahr 2007 u.a. wichtige Grundlagen für die Entwicklung von Pflegeleitlinien zum Ergebnis haben könnte.

Letztlich müssen sich die Grundsätze nach § 80 SGB XI ebenso wie die Prüfung der Qualitätssicherung durch den MDK ( § 112 SGB XI ) mit den dazu bestehenden internen Prüfinstrumenten im rechtlichen Rahmen des SGB XI bewegen. Eine darüber hinausgehende Legitimation, die ausdrücklich auch Sachverhalte und Kriterien erfassen würde, die nicht Gegenstand des SGB XI sind, räumt das SGB XI ausdrücklich nicht ein. Gleichwohl vermitteln die Prüfungen der Qualität durch den MDK häufig den Eindruck, als seien sie auch zur Prüfung von Kriterien legitimiert, die durch das SGB XI nicht begründet sind ( z.B. Hilfen nach § 14 Abs. 3 SGB XI, Hilfen zur Teilhabe, allgemeine Hygienefragen, organisatorische Fragen in der Dispositionshoheit des Leistungserbringers usw. ). Dies führt insbesondere dann zu Auseinandersetzungen, wenn es sich um Sachverhalte handelt, die nicht Gegenstand der Vergütung nach dem SGB XI sind.

Selbst der Gesetzgeber hat bedauerlicher Weise die – unzutreffende – Unterstellung eines umfassenden Kompendiums zur Qualität und Qualitätssicherung der Pflege im Allgemeinen adaptiert. So bindet er mit § 61 Abs. 6 SGB XII die Träger der Sozialhilfe an die „Vereinbarung über die Qualitätssicherung nach § 80 SGB XI, insbesondere zur näheren Bestimmung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit sowie des Inhalts der Pflegebedürftigkeit“, obwohl die Aufgabenstellung der Sozialhilfeträger zweifelsfrei über die der Pflegekassen hinausgeht und die Qualitätssicherungsvereinbarungen gerade dazu keinerlei Ansätze enthalten.

**1.2.4** Ähnlich abstrakte Regelungen bestehen z.B. hinsichtlich der Rahmenverträge nach § 75 Abs. 2 Nr. 1 SGB XI, die die Inhalte der Pflegeleistungen ausweisen sollten. Tatsächlich enthalten sie jedoch keine Konkretisierung darüber, welche pflegerische Methoden in welcher Ausprägung, Qualität und Häufigkeit bei welcher Art und Schwere von Pflegebedürftigkeit zu Leistungsmodulen zusammengefasst und dass und wie diese wiederum zur Gesamtleistung einer Einrichtung gebündelt werden. Ebenso wenig wurde § 72 SGB XI mit Leben erfüllt, der vorsieht, dass die Pflegekassen Art, Inhalt und Umfang der Pflegeleistungen in den Versorgungsverträgen mit den Einrichtungen festlegen und damit sowohl die Versorgungsstrukturentwicklung beeinflussen, wie auch die Leistungen steuern. Damit mangelt es jedoch zugleich auch an wichtigen Grundlagen für die Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen.

**1.2.5** Die Pflegesätze, mit denen der Aufwand der Pflegeeinrichtung abgegolten wird, müssen nach § 84 Abs. 2 Satz 1 SGB XI leistungsgerecht sein. Die Pflegesätze sind in drei Pflegeklassen einzuteilen ( Satz 2 ), denen der Pflegebedürftige entsprechend der Einstufung des MDK zugeordnet wird ( Satz 3 ). Danach ist klar, dass mit „leistungsgerechten“ Pflegesätzen nicht etwa der tatsächliche Aufwand vergütet wird, den eine Pflegeeinrichtung entsprechend dem wirklichen individuellen Pflegebedarf eines Pflegebedürftigen hat, sondern lediglich der abstrakte Aufwand, der für den im wesentlichen durch körperliche Einschränkungen begründeten Hilfebedarf nach § 14 Abs. 4 SGB XI erforderlich erscheint. Dies allein rechtfertigt zumindest ansatzweise die derzeit bei den Vergütungsverhandlungen in der Regel verwendeten pauschalierenden Kalkulationsverfahren für die Pflegesätze. Demgegenüber könnten Vergütungen, die bei dem mit dem individuellen Bedarf verbundenen Ressourcenverbrauch ansetzen, zielgenauer und wirtschaftlicher kalkuliert werden.

Ursache für die von den Trägern der Pflegeeinrichtungen beklagte Unterfinanzierung, die von den Betroffenen und ihren Angehörigen als nicht bedarfsgerechte Pflege wahrgenommen wird, ist diese Diskrepanz zwischen tatsächlichem und finanzierten Aufwand. Diese Problematik würde sich durch eine Absenkung der Zuschüsse für die stationäre Pflege schlagartig potenzieren und zu einer entsprechenden Verlagerung von Aufwand in die Sozialhilfe führen<sup>6</sup>. Umgekehrt entlastet die diskutierte Dynamisierung der Zuschüsse weit überwiegend die Sozialhilfeträger und begünstigt lediglich die ständig kleiner werdende Anzahl von Menschen, die einen Teil der Unterbringungskosten noch aus eigenem Vermögen bezahlen können.

**1.2.6** Die dargestellten Beispiele erhellen, dass ein erheblicher Teil der vorhandenen Probleme eine grundlegende Strukturreform der Pflegeversicherung erfordert, die das gesamte System an der Lebenswirklichkeit der betroffenen Menschen und ihrem individuellen pflegerischen Bedarf ansetzt.

## **2. Vorschläge zur Strukturreform der Pflegeversicherung**

Der Deutsche Bundestag hat am 16.12.99 eine Enquête-Kommission Demographischer Wandel – Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik“ eingesetzt<sup>7</sup>. Die Aufgaben dieser Kommission orientierten sich an den Empfehlungen des in der 13. Wahlperiode vorgelegten Zwischenberichts<sup>8</sup>. Auf dieser Basis sollte sie für den Bereich Pflege Handlungsempfehlungen weiter entwickeln und konkretisieren. Die nachfolgenden Vorschläge zu einer Strukturreform der Pflegeversicherung greifen u.a. Vorschläge aus dem am 28.3.2002 von der Enquête-Kommission vorgelegten Schlussbericht<sup>9</sup> auf, ergänzen und konkretisieren sie.

### **2.1. Handlungsbedarf besteht nicht nur zur Finanzierung**

Der Pflegebedarf wird – u.a. wegen der demographischen Entwicklung - infolge der mit steigendem Alter überproportional häufig auftretenden chronischen Erkrankungen, Multimorbiditäten und Demenzen zunehmen.<sup>10</sup> Gleichzeitig wird sich der Bedarf zunehmend nach kulturellen, medizinischen und sozialen Kriterien ausdifferenzieren ( z.B. Demenzerkrankte, ältere Migrantinnen und Migranten, ältere Alleinstehende, ältere behinderte Menschen )<sup>11</sup>. Angesichts von Individualisierungs- und Pluralisierungstendenzen stellt sich die

<sup>6</sup> Ca 4 Mrd. EUR nach eigenen Berechnungen auf der Grundlage des Berichts der Rürup-Kommission

<sup>7</sup> BT-Drucks. 14/2354

<sup>8</sup> BT-Drucks. 13/11460

<sup>9</sup> BT-Drucks. 14/8800

<sup>10</sup> Enquête-Kommission Demographischer Wandel „Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik“ Deutscher Bundestag, Referat Öffentlichkeitsarbeit Hrsg., S 496

Frage, ob das bislang immer noch hohe Niveau der familiären Versorgung gehalten werden kann.

Nach Auffassung der Enquête-Kommission beschreiben der enge Pflegebegriffs des SGB XI, die vorgegebene Struktur der Altenpflege, die nicht bedarfsgerechte Leistungsgestaltung, das Fehlen von evidenzbasierten Leitlinien für die Leistungserbringung und Qualitätssicherung, die Undurchlässigkeit der beteiligten Sozialleistungssysteme sowie deren mangelnde Vernetzung nur schwerpunktmäßig den enormen Handlungsbedarf<sup>12</sup> für die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung.

Unabhängig von dieser mittelfristigen Entwicklung besteht auch zeitnah ein erheblicher Handlungsbedarf. Die bisherigen Maßnahmen wie das Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz ( PflEG ), insbesondere aber das Pflege-Qualitätssicherungsgesetz ( PQsG ) können ihre Wirkung nur sehr eingeschränkt entfalten, solange nicht geklärt ist, welche pflegerischen Methoden und Verfahren ( Ressourceneinsatz ) ein Pflegebedarf im Einzelfall in der Regel auslösen kann, d.h., es an den Maßstäben für die Beurteilung von Bedarfsgerechtigkeit, Zielgerichtetheit, Wirksamkeit und Qualität der Leistungen mangelt. Die Einstufung der Pflegebedürftigen nach Pflegestufen kann nur klären, ob ein Betroffener die Voraussetzungen für den Bezug von Leistungen der Pflegeversicherung dem Grunde nach erfüllt. Ob und welche Leistungen bedarfsgerecht, zielgerichtet und wirksam und deshalb auch zu vergüten sind, ist Gegenstand des Leistungs- und Vergütungsrechts. Die derzeitige Bindung der Vergütung der Leistungen an die Einstufung ( § 84 Abs. 2 Satz 3 SGB IX ), d.h., an die Leistungsvoraussetzungen, entkoppelt Vergütung vom tatsächlichen Pflegebedarf und dem damit verbundenen Ressourcenverbrauch. Die gesetzliche Vorgabe, dass die Pflegesätze „leistungsgerecht“ zu sein haben, kollidiert mit der gesetzlichen Verknüpfung von Vergütung und Leistungsvoraussetzungen und kann allein deswegen schon nicht erfüllt werden. Diese Rechtskonstruktion ist die Ursache für erhebliche Fehlallokationen, sodass die der Pflegeversicherung verfügbaren Mittel derzeit wenig bedarfsgerecht und zielgerichtet eingesetzt werden.

Auf diesem Hintergrund wird die Finanzierungslücke zwischen dem Aufwand für bedarfsgerechter Pflege und finanzierter Pflege zunehmend größer. Da diese Finanzierungslücke von den Pflegeeinrichtungen nur zu Lasten der Qualität und damit zu Lasten der Pflegebedürftigen geschlossen werden kann, ist es zeitnah notwendig, die Pflege am Bedarf, den Ressourceneinsatz an den Zielen, die Leistungen an Leitlinien mit Qualitätsmaßstäben und die Finanzierung an der bedarfsgerechten und zielgerichteten Leistungserbringung zu orientieren. Auf diesem Handlungsbedarf basieren die nachfolgenden Vorschläge zu einer Strukturreform der Pflegeversicherung.

## **2.2 Der gesetzliche Pflegebegriff muss den individuellen Pflegebedarf vollständig erfassen**

Auch die Enquête-Kommission hebt hervor, dass der Pflegebedürftigkeitsbegriff des SGB XI nicht von dem gerontologisch-pflegewissenschaftlich vertretenen problem-bedarfnisorientierten Ansatz ausgeht, sondern auf verrichtungsbezogene Kriterien abstellt. Deshalb werde zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nicht etwa der im Einzelfall objektiv vorhandene Pflegebedarf erhoben, sondern der „Hilfebedarf“ unter Zugrundelegung der Laienpflege<sup>13</sup> im Rahmen eines ärztlichen Schätzvorganges bewertet. Grundlage der Leistungen des SGB XI sei nicht der wirkliche Pflegebedarf, sondern der geschätzte Leistungsumfang<sup>14</sup> bezogen auf vorwiegend somatische Einschränkungen.

---

<sup>11</sup> a.a.O S. 497 ff, insbesondere Ziffer 2.3, S. 503

<sup>12</sup> a.a.O. Handlungsempfehlungen zur Pflege, S. 577 ff

<sup>13</sup> Abschnitt 5.0, Ziffer I und III der Begutachtungs-Richtlinien ( BRi ) vom 21.3.1997

<sup>14</sup> Die Enquête-Kommission geht nicht zutreffend davon aus, dass die Zuordnung zu einer Pflegestufe sich nach dem Ausmaß des Bedarfs an häuslicher Pflege richtet. a.a.O. S. 550

Die restriktive gesetzliche Definition von Pflegebedürftigkeit habe – verstärkt durch das Verfahren der Feststellung von Pflegebedürftigkeit – dazu geführt, dass der Bevölkerungsanteil der Bezieher von Leistungen aus der Pflegeversicherung erheblich unter dem Bevölkerungsanteil derjenigen liege, die nach gerontologisch-pflegewissenschaftlichen Kriterien als pflegebedürftig anzusehen seien<sup>15</sup>. Die unzureichende Bedarfsorientierung sei zugleich Ursache für die insbesondere in der stationären Pflege vorhandene Diskrepanz zwischen Pflegeaufwand und Vergütung.

Erforderlich sei die Weiterentwicklung zu einem gerontologisch-pflegewissenschaftlich begründeten Pflegebegriff, der den individuellen Pflegebedarf orientiert an der tatsächlichen Lebenslage und dem sozialen Kontext vollständig erfasst.

### **2.3. Leistungen müssen bedarfsgerecht, zielgerichtet und wirksam erbracht werden**

Die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung muss bewirken, dass die Leistungen der Pflegeversicherung künftig die Aufwendungen alle für die Versorgung der Pflegebedürftigen nach Art und Schwere ihrer Pflegebedürftigkeit erforderlichen Pflegeleistungen erfassen.<sup>16</sup>

Die Leistungen der Pflegeversicherung sind nicht bedarfsgerecht, die Mittel werden nicht zielgerichtet und wirksam eingesetzt, solange die Leistungsgewährung auf einer hypothetischen Schätzung des Leistungsbedarfs basiert<sup>17</sup>. Nur wenn die Pflegeleistungen exakt auf den tatsächlichen Pflegebedarf abgestimmt werden, kann eine zielgerichtete und wirksame Verwendung der Mittel der Pflegeversicherung sichergestellt werden.

Es ist deshalb notwendig, die Leistungsgewährung künftig nicht mehr auf die Schätzung des Leistungsbedarfs, sondern auf die Erhebung des tatsächlichen Pflegebedarfs zu stützen. International sind Instrumente bekannt, mit denen Leistungsbedarfe erhoben, kategorisiert und hinsichtlich der dazu erforderlichen Leistungsinhalte konkretisiert werden können<sup>18</sup>.

Die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung muss die Einführung solcher Instrumente vorsehen, auf die nicht nur die Entscheidung über Art und Umfang der Leistungen, sondern auch die Entwicklung von Pflegeleitlinien, die Versorgungsstrukturentwicklung, die Qualitätssicherung, die Wirtschaftlichkeitsprüfungen und die Vergütungssysteme<sup>19</sup> gestützt werden können.

Patientenklassifikationssysteme, die in der Lage sind, den individuellen Pflegebedarf, wie auch – auf übergeordneter Ebene – den gemeinsamen Pflegebedarf der Bewohner einer Einrichtung oder eines Versorgungsgebietes zu erfassen und dazu den jeweils tatsächlich erforderlichen Pflegeaufwand zu definieren, sind ein geeignetes Steuerungsinstrument sowohl für die Leistungsbemessung im Einzelfall, wie auch für die Arbeitsablauforganisation in einer Pflegeeinrichtung, die Versorgungsstrukturentwicklung einer Region oder auch die Vereinbarung von Vergütungen.

Ergänzend zur Patientenklassifikation sind Pflegeleitlinien oder Pflegerichtlinien notwendig, die beschreiben, welche pflegerischen Methoden nach Art, Umfang und Intensität für eine bestimmte Gruppe von Pflegebedürftigen mit einem vergleichbaren Pflegebedarf auf der Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse nach Auffassung aller Beteiligten in der Regel die wirksame und wirtschaftliche Versorgung darstellen. Damit würde die bisherige Diskussion über die Gestaltung von Pflegestandards abgelöst. Deshalb sollte für die unter Einsatz von Klassifikationssystemen ermittelten Gruppen gleichen pflegerischen Aufwands ( Pflegebe-

---

<sup>15</sup> a.a.O., S. 500

<sup>16</sup> Ursprünglicher Tenor für die stationäre Pflege im Zeitpunkt des Inkrafttretens des Pflegeversicherungsgesetzes ( § 43 Abs. 1 SGB IX a.F.)

<sup>17</sup> vgl. oben Ziffer 2

<sup>18</sup> z.B. RAI 2.0 Resident Assessment Instrument, vergl. Garms-Homolová/Gilgen Hrsg., Verlag Hans Huber 2000; Utilization Groups ( RUG ), Ian/Carpenter et.al., Age and Ageing 1995

<sup>19</sup> Die Grundlage ist mit den „Pflegeklassen“ (= Bedarfsgruppe ) in § 84 Abs. 2 SGB IX vorhanden

darfsgruppen)<sup>20</sup> in vertraglich vereinbarten Pflegeleitlinien<sup>21</sup> festgelegt werden, welche Leistungen in der Regel bedarfsgerecht und wirksam sowie nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit erforderlich sind.

Der so gesicherte Zusammenhang zwischen individuellem Pflegebedarf, bedarfsgerechtem Aufwand und zielgerichteter Leistungserbringung bildet zugleich die Grundlage für die Vereinbarung leistungsgerechter Vergütungen. Das gewährleistet, dass die derzeit insbesondere in stationären Pflegeeinrichtungen immer größer werdende Differenz zwischen Pflegebedarf und finanzierter Pflege beseitigt wird<sup>22</sup>.

## **2.4. Versorgungsstrukturen sind bedarfs- und teilhabegerechter auszugestalten**

**2.4.1** Das Pflegeversicherungsrecht hemmt mit seinem an starren ambulanten, teilstationären und stationären Versorgungsstrukturen orientierten Vergütungsrecht die notwendige Weiterentwicklung. Die Versorgungsstrukturen müssen sich so entwickeln, dass sie der durch Pluralisierung von Lebensstilen und Heterogenität der Bedarfslagen immer komplexer werdenden Nachfragesituation Rechnung tragen können.

Notwendig ist eine Flexibilisierung des Leistungskataloges, um flexiblere, integrierte oder vernetzte Angebotsstrukturen zu erreichen<sup>23</sup>. Damit zu verbinden ist der qualitative Ansatz, dass insbesondere die Prozessqualitäten auf den jeweiligen Bedarf abgestimmt und wirksam sind, z.B. psychisch kranke Menschen tatsächlich auch von psychiatrisch geschulten und erfahrenen Fachpflegekräften versorgt werden

Im Übrigen geht es nicht nur um die Entwicklung komplementärer Versorgungsangebote zur Vermeidung und Verschiebung stationärer Versorgung. Da in Großstädten – insbesondere im Umfeld großer Einrichtungen der Akutversorgung – die Verweildauer pflegebedürftiger Menschen in stationären Altenhilfeeinrichtungen zT heute bereits im durchschnittlich weniger als 9 Monate beträgt, muss auch die Struktur- und Prozessqualität der Pflegeeinrichtungen an diese Veränderungen des Pflegebedarfs angepasst werden. Das derzeit noch „besondere“ Versorgungsangebot der Hospiz-Bewegung wird zunehmend Bestandteil der regelhaften Struktur- und Prozessqualität von stationären Altenpflegeeinrichtungen werden müssen.

**2.4.2** Die Pflegeleistungen sind – unabhängig von der systemgerechten Zuordnung der Kosten einzelner Leistungsteile - als Komplexleistung<sup>24</sup> - „aus einer Hand“ zu erbringen.

**2.4.3** Dazu besteht derzeit im Bereich der Akutversorgung der Ansatz der integrierten Versorgung ( §§ 140a ff SGBV ), der jedoch die Einbeziehung der Träger von Pflegeleistungen als Vertragspartner der integrierten Versorgung nicht vorsieht ( § 140b Abs. 1 SGB V ). Träger von Pflegeeinrichtungen und Leistungen des SGB XI können deshalb bis auf weiteres nur als „Subunternehmer“ für die in § 140b Abs. 1 SGB V genannten Partner von Integrationsverträgen beteiligt werden, wobei die pflegerischen Leistungen nach den Regeln des SGB XI erbracht und abgerechnet werden müssen. Danach ist zwar eine Vernetzung der Systeme, jedoch keine Integration mit dem Vorteil der individuellen und bedarfsgerechten Anpassung der Leistungsinhalte möglich. Der Gesetzgeber sollte diesem Defizit durch eine alsbaldige Änderung des § 140b SGB V abhelfen.

**2.4.4** Einen weiteren Ansatz der Leistungserbringung aus einer Hand stellt das „Persönliche Budget“ nach § 17 SGB IX dar, der mit dem Gesetz zur Eingliederung des Sozialhilferechts

<sup>20</sup> Im internationalen Bereich wurden i.d.R. zwischen 7 und 15 Bedarfsgruppen gebildet.

<sup>21</sup> Die Rechtsgrundlagen dafür sind mit §§ 75 Abs. 2 Nr. 1, insbes. Abs. 6, 80 Abs. 1 SGB XI vorhanden

<sup>22</sup> Enquête-Kommission, Schlussbericht, a.a.O., S. 550

<sup>23</sup> ebenda S. 546/547

<sup>24</sup> Damit werden die Voraussetzungen für einen Finanzierungsmix, bestehend aus Leistungsanteilen des SGB V, SGB XI, des BSHG usw. geschaffen; vergl. Enquête-Kommission, Schl.Ber., S. 580

in das Sozialgesetzbuch vom 27.3.2003 ausdrücklich vorsieht, dass seit dem 1.7.2004 die Hilfen zur Pflege nach dem SGB XII bzw. die Leistungen des SGB XI auch im Rahmen eines trägerübergreifenden persönlichen Budgets ausgeführt werden können. Voraussetzung ist u.a., dass es sich um regiefähige Leistungen handelt. Der Gesetzgeber hat in § 35a SGB XI geregelt, welche Leistungen zur Pflege regiefähig sind und Bestandteil eines persönlichen Budgets sein können. Im Gegensatz zur integrierten Versorgung können die gesetzlich definierten Leistungen im Rahmen des persönlichen Budgets inhaltlich nicht abweichend gestaltet werden, weil es sich bei dem persönlichen Budget lediglich um eine abweichende Art der Ausführung der Leistungen handelt, bei der rechtsübergreifend Leistungen nach den Sozialgesetzbüchern V, VI, VII, IX, XI und XII von einem einzigen Sozialleistungsträger für alle beteiligten Träger gemeinsam aus einer Hand erbracht werden. Dies ist für Pflegebedürftige insbesondere hinsichtlich der Kombination von pflegerischen Leistungen nach dem SGB XI, medizinischen Leistungen nach dem SGB V ( Hauspflege, Hilfsmittel ) sowie Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft nach dem SGB IX (durch den Sozialhilfeträger) von Bedeutung.

Obwohl diese Regelung bereits am 1.7.2004 in Kraft getreten ist, wird ihre Einführung in der aktuellen Diskussion unverändert von einigen Vertretern der Kranken- und Pflegeversicherung als ein Bestandteil einer Weiterentwicklung der Pflegeversicherung gefordert. Ein gesetzgeberischer Handlungsbedarf besteht dazu derzeit jedoch nicht mehr. Die Kostenträger müssen lediglich ihre gesetzlichen Aufgaben realisieren und zur Kenntnis nehmen, dass § 17 SGB IX nicht nur für Rehabilitationsträger anzuwendendes Recht ist, und die schon vorhandenen Regelungen in der Praxis umsetzen.

**2.4.5** Jedenfalls bestehen derzeit bereits Möglichkeiten zur Leistungsgewährung für Pflegebedürftige aus einer Hand mit umfassenden Komponenten medizinisch-pflegerischer, psychologisch-pädagogisch-sozial-pflegerischer Art, aber auch sonstiger Hilfen, die eine Teilhabe Pflegebedürftiger am Leben in der Gesellschaft ermöglichen, so wie sie die Enquête-Kommission vorgeschlagen hat.

Unabhängig davon muss geprüft werden, wie künftig eine noch bessere Kooperation der an der Versorgung Pflegebedürftiger beteiligten Leistungsbereiche erreicht werden kann. Die institutionelle Trennung zwischen Gesundheitssektor, Rehabilitation und Pflege ist aufzuheben. Leistungsrechtliche und versorgungsstrukturelle Schranken bei der Überleitung vom Krankenhaus in die Pflegeleistungen sind z.B. dadurch zu beseitigen, dass der Arzt des Krankenhauses gesetzlich ermächtigt wird, eine vorläufig wirksame Feststellung der Pflegebedürftigkeit und des Pflegebedarfs vorzunehmen.

## **2.5 Verantwortung der Leistungserbringer für die Qualität der Leistungen stärken**

Nach § 112 Abs. 1 SGB XI sind die Pflegeeinrichtungen nach Inkrafttreten des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes (PQsG) zwar für die Qualität der Leistungen ihrer Einrichtung einschließlich der Sicherung der Weiterentwicklung der Pflegequalität verantwortlich. Maßstab für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit und der Qualität sollen jedoch die Anforderungen der Qualitätssicherungsgrundsätze nach § 80 SGB XI und der Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen nach § 80a SGB XI sein, die – wie ausgeführt – entweder keine Maßstäbe für die pflegerische Prozessqualität setzen ( Grundsätze nach § 80 SGB XI ) oder keine Maßstäbe für Art, Umfang, Inhalt und Intensität der eingesetzten pflegerischen Methoden ( Vereinbarungen nach § 80a SGB XI ), sondern Leistungsinhalte und allenfalls Teile der Strukturqualität ( personelle und sachliche Ausstattung ) enthalten dürfen.

Mangels gesetzlicher Verpflichtung, endlich bedarfsbezogen Art, Umfang, Inhalt und Intensität der eingesetzten pflegerischen Verfahren und Methoden regelhaft zu beschreiben und in diesem Zusammenhang auch die Maßstäbe insbesondere für die Prozessqualität zu vereinbaren, hat auch das PQsG an den Ursachen für die immer wieder nachgewiesenen Qualitätsdefizite der Pflege nichts geändert. Zur Frage des Setzens von Qualitätsmaßstäben wiederholt § 80 Abs. 1 Nr. 1 SGB XI lediglich die bisher schon vorhandene, von den Beteiligten

aber nicht erfüllte Verpflichtung, solche Maßstäbe zu vereinbaren. Auch die in § 80 Abs. 3 SGB XI angekündigte Ersatzvornahme durch eine Rechtsverordnung, wenn es innerhalb von 12 Monaten zwischen den Beteiligten nicht zu einer Regelung kommt, wird die offensichtlich bei den Beteiligten bestehenden Definitions- und Kompetenzdefizite nicht beseitigen. Ein Vertreter der AOK Westfalen-Lippe hat diese in einer Anhörung des Landtages von Nordrhein-Westfalen als die eigentliche Ursache für die unzureichende Umsetzung des SGB XI in den Bereichen der §§ 72, 75 und 80 zutreffend angegeben.

Ohne eine hinreichend konkretisierende Umsetzung der §§ 72,75 und 80 SGB XI sind jedoch weder der einzelne Leistungserbringer noch die örtlichen Vertreter der Pflegekassen in der Lage, diese Probleme in der für die einzelnen Einrichtungen nach § 80a PQsG zu vereinbarenden Leistungs- und Qualitätsvereinbarung sachgerecht und tragfähig zu lösen.

Deshalb reichen die bisherigen Bemühungen zur Verbesserung der Pflegequalität, insbesondere die des PQsG<sup>25</sup>, nach Auffassung der Enquête-Kommission zur Sicherung der notwendigen Qualität nicht aus. Einerseits reichen die Strukturmerkmale der Pflege weiter, als Heim- und Pflegeversicherungsgesetz vorgeben und werden deswegen nicht vollständig einbezogen. Zudem bedingen Qualitätskontrollen zweier staatlicher Prüfinstanzen nicht zwangsläufig eine bessere Qualität. Andererseits wurden bisher weder die in der Regel als bedarfsgerecht anzusehenden Leistungsinhalte definiert, noch deren Qualitätsmaßstäbe festgelegt. Zudem sollen die Leistungserbringer die Verantwortung für die Qualität der Leistungen tragen<sup>26</sup>, während das Qualitätssicherungsverfahren auf einer dominanten Stellung der Kostenträger basiert<sup>27</sup>.

Nach den amerikanischen Erfahrungen sind Qualitätssicherungsverfahren um so erfolgreicher, je mehr sich der Staat<sup>28</sup> auf eine Controlling-Verantwortung zurückzieht und die Qualitätssicherung einschl. der notwendigen Sanktionen in die Selbstverantwortung der Leistungserbringer gegeben wird.

Die Leistungserbringer sollten deshalb im Sinne der „gemeinsamen Selbstverwaltung“ künftig verstärkt Verantwortung für die Ermittlung des Leistungsbedarfs, die Ausgestaltung der Leistungen, die Qualität der Leistungen und die Versorgungsstrukturentwicklung übernehmen. Wesentliche Aspekte der Entwicklung und Einführung eines Bedarfs-Assessments, der Leistungsgestaltung, der Entwicklung und Umsetzung von evidenzbasierten Leitlinien in der Leistungsausführung, der Qualitäten und der Qualitätssicherung sowie der Vergütung sollten künftig in Verträgen zwischen den Spitzenverbänden der Pflegekassen und den Spitzenorganisationen der Leistungserbringer in Bundesmantelverträgen verbindlich vereinbart werden. Die inhomogenen Strukturen der Leistungserbringer könnten Zweifel an der Legitimation und Verbindlichkeit solcher Bundesrahmenverträge aufkommen lassen. Deshalb sollte die Geltung der Regelungen der Bundesmantelverträge in den Versorgungsverträgen nach § 72 SGB IX für die jeweilige Einrichtung verbindlich vereinbart werden.

Institutionelle Plattform für die Erarbeitung und Verhandlung der Bundesmantelverträge unter Einbeziehung wissenschaftlichen Sachverständigen kann ein „Bundesausschuss Pflege“ sein, an dem die Betroffenenorganisationen nach dem Vorbild des Gemeinsamen Bundesausschusses in der Akutversorgung mitwirken.

## **2.6 Qualität erfordert Bereitstellung der notwendigen personellen und finanziellen Ressourcen**

Die notwendige Qualität der Pflegeleistungen kann nur erreicht und gesichert werden, wenn die dazu erforderlichen personellen und finanziellen Ressourcen zur Verfügung gestellt wer-

---

<sup>25</sup> Pflege-Qualitätssicherungsgesetz vom 14.12.2001

<sup>26</sup> § 112 Abs. 1 Satz 1 SGB XI

<sup>27</sup> §§ 112 ff SGB XI

<sup>28</sup> d.h., insbesondere die Kostenträger

den.

Die künftigen Anforderungen an die Pflege werden nicht nur ein größeres Maß an professionellen Pflegekräften, sondern auch ein höheres Qualifikationsniveau erfordern<sup>29</sup>. Da eine bedarfsgerechte Bereitstellung von Pflegekräften einen entsprechenden zeitlichen Vorlauf im Bereich der Ausbildung erfordert, müssen die Länder, in deren Verantwortung die Altenpflegeausbildung liegt, bereits jetzt mit der kontinuierlichen Erhöhung der Zahl der Ausbildungsplätze beginnen. Der Bedarf an Ausbildungsplätzen für Pflegefachkräfte darf nicht nur an dem Bedarf der stationären Altenhilfeeinrichtungen orientiert werden, sondern muss den sich aus allen Arbeitsfeldern für Pflegefachkräfte ergebenden Bedarf erfassen. Notwendig ist die Verbesserung der Datengrundlage sowie die Entwicklung von mittelfristig wirksamen Bedarferhebungsinstrumenten.

Auf Grund der Veränderungen des Krankheitspanoramas und der Ausdifferenzierung der Bedarfstypen zeichnet sich zudem ab, dass das sehr geschlossene Berufsgruppenkonzept der Pflegeversicherung nur noch begrenzt zukunftsfähig ist. Um den Pflegeberuf zukunftstauglich zu machen und genügend Menschen dafür zu gewinnen, ist eine auf einem breiten Berufsgruppenansatz basierende Bildungsoffensive für pflegenaher Berufe notwendig<sup>30</sup>. Insgesamt muss das Berufsbild der Fachkraft in der Pflege eine grundlegende Neustrukturierung erfahren, die die sich für die Zukunft abzeichnenden Anforderungen erfasst.

In diesem Zusammenhang ist festzustellen, dass eine große Zahl pflegebedürftiger Menschen, insbesondere psychisch Kranke und demente Menschen, bis zum Erreichen eines fortgeschrittenen Schweregrades ihrer Erkrankung, Behinderung bzw. Pflegebedürftigkeit weniger medizinisch-pflegerische Leistungen, als vielmehr Assistenz bei der Bewältigung ihres Alltages benötigen. Für viele dieser Betroffenen kann damit ein möglichst langes Verbleiben im bisherigen Wohnumfeld gesichert und stationäre Pflege hinausgeschoben werden. Für Anforderungen, die mit dieser Alltags-Assistenz verbunden sind, reicht einerseits eine rein auf hauswirtschaftliche Versorgung ausgerichtete Kompetenz nicht aus, während andererseits die Ausbildung der Pflegefachkräfte einen anderen Schwerpunkt setzt und ebenfalls einen großen Teil der spezifischen Anforderungen nicht beinhaltet. Es wird notwendig sein, die Voraussetzungen zur Bewältigung der künftigen Anforderungen durch frühzeitige Entwicklung und Bereitstellung spezifischer Kompetenzträger zu schaffen.

### **3. Ziel der Leistungen muss Integration und Teilhabe pflegebedürftiger Menschen sein**

Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen den Pflegebedürftigen helfen, trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht. Die Hilfen sind darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen wiederzugewinnen oder zu erhalten<sup>31</sup>. Ziel der Leistungen der Pflegeversicherung ist es danach, die Integration der Pflegebedürftigen in ihrem gewohnten Lebensumfeld so lange wie möglich zu sichern, ihnen aber auch in einem durch Pflege geprägten Umfeld ( z.B. einer Pflegeeinrichtung ) eine möglichst umfassende Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu gewährleisten. Diesem klaren Auftrag des Gesetzgebers zur Ausgestaltung der Leistungen wird bisher insbesondere von den Pflegekassen nur deklamatorische Bedeutung zugemessen.

Während die Pflege in der Verantwortung der Sozialhilfeträger noch von einem ganzheitlichen Ansatz ausging, hat sie in der Verantwortung der Pflegekassen eine starke Medizinorientierung erfahren, die die Erfordernisse der Integration und Teilhabe weitestgehend ausblendet. Die ursprünglich im Verhältnis zu der medizinisch-pflegerischen Versorgung völlig gleichwertigen Anforderungen aus der Tagesstrukturierung und aktivierenden Pflege wurden unter der Bezeichnung „soziale Betreuung“ weitgehend marginalisiert.

---

<sup>29</sup> Enquête-Kommission, Schlussbericht, a.a.O., S. 554

<sup>30</sup> Enquete-Kommission, Schlussbericht, a.a.O., S. 554 bis 558

<sup>31</sup> § 2 SGB XI

Immer mehr Pflegebedürftige vereinsamen und sind selbst in stationären Pflegeeinrichtungen von der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft abgekoppelt<sup>32</sup>. Dies ist umso weniger verständlich, als seit dem Inkrafttreten des SGB IX am 1.7.2001 mit den Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft gesetzlich definierte Leistungen und Hilfen in ausreichendem Maß zur Verfügung stehen. Dass pflegebedürftige Menschen in der Regel auch behinderte Menschen im Sinne des § 2 SGB IX sind und deshalb diese Leistungen gegenüber den Trägern der Sozialhilfe geltend machen können, geht offensichtlich im Rahmen der praktizierten Auffassung unter, nach der das Recht der Pflegeversicherung die Anwendung des SGB IX ausschließt.

Erforderlich ist deshalb eine Klarstellung im Recht der Pflegeversicherung, dass die Pflegebedürftigen neben der medizinisch-pflegerischen Versorgung Anspruch auf Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft gem. §§ 55 ff SGB IX haben. Inwieweit diese Leistungen Gegenstand der institutionellen Förderung der Pflegeeinrichtungen oder des Pflegegesetzes bzw. als individuelle Leistungsansprüche zu verwirklichen sind, ist in gemeinsamen Empfehlungen der Kostenträger bzw. in den Versorgungsverträgen mit den Leistungserbringern zu regeln.

#### **4. Vermeidung von Pflege durch Prävention und Rehabilitation hat Vorrang**

**4.1.1** Die abzusehende Entwicklung des Pflegebedarfs erfordert den frühzeitigen Einsatz präventiver Maßnahmen mit dem Ziel, den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu verschieben oder zu mildern. Dazu ist sowohl im Rahmen der Krankenbehandlung, wie auch der Rehabilitation im Sinne von Tertiärprävention zu gewährleisten, dass Hinweise auf Alterskrankheiten frühzeitig wahrgenommen und entsprechende Leistungen der Prävention und Rehabilitation eingesetzt werden.

**4.1.2** Ob und in welchem Umfang noch in fortgeschrittenem Lebensalter gezielte Präventionsmaßnahmen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit greifen können, wie dies nach Inkrafttreten des Präventionsgesetzes offensichtlich beabsichtigt wird, bleibt näher zu untersuchen, da dies in der wissenschaftlichen Literatur hinsichtlich der Wirksamkeit solcher Präventivleistungen in fortgeschrittenem Alter teilweise skeptisch beurteilt wird.

**4.1.3** Ist Pflegebedürftigkeit eingetreten, muss ein abgestuftes Versorgungssystem mit niederschweligen und komplementären Betreuungsangeboten greifen, das auf die Vermeidung der Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit und von stationärer Pflege ausgerichtet und dessen Struktur- und Prozessqualität durch Sekundär- und Tertiärprävention geprägt ist. Dabei muss auch geprüft werden, welche Anreize im Rahmen der Vergütungsgestaltung gegeben werden können, den Abbau von Pflegebedürftigkeit im Einzelfall zu honorieren, statt dies – wie derzeit nach geltendem Recht - durch Absenkung der Pflegeeinstufung zu sanktionieren.

**4.1.4** Da die Entwicklung der Pflegebedürftigkeit und des Hilfebedarfs gerade bei psychisch Kranken und Demenzkranken durch den zielgerichteten Einsatz rehabilitativer Maßnahmen wirksam beeinflusst werden kann, besteht insbesondere für diese Zielgruppen die Notwendigkeit, zur Kostenbegrenzung und zur Kostenvermeidung zielgerichtete und wirksame Instrumente der Rehabilitation auszubauen.

Dazu müssen die betroffenen Personen zunächst konsequent ermittelt werden, um ihnen ein entsprechendes Angebot machen zu können. Die derzeitige Praxis des MDK ist diesbezüglich völlig unzureichend.

In der politischen Diskussion wird zT gefordert, die Kurzzeitpflege zu Angeboten mit rehabilitativem Charakter auszubauen. Berücksichtigt man, dass es sich bei den Kurzzeitpflegeplätzen überwiegend um sogen. in die stationäre Pflege „eingestreute Pflegeplätze“ handelt, wird deutlich, dass es bereits aus strukturellen und organisatorischen Gründen kaum möglich sein

---

<sup>32</sup> Vergl. Fußnote 4

dürfte, diese Plätze mit einem eigenständigen Struktur- und Prozessprofil zu versehen. Dies ist jedoch unverzichtbar, wenn dieses Angebot mit rehabilitativer Zielsetzung wirksam werden soll. Geht es allerdings darum, ein Angebot zur Verkürzung eines Krankenhausaufenthaltes ( z.B. im Zusammenhang mit den Auswirkungen der Einführung der DRG-definierten Vergütung im Krankenhaus ) zu haben, das im wesentlichen krankenpflegerisch geprägt ist, sind die Kurzzeitpflegeplätze durchaus geeignet.

Zur Rehabilitation insbesondere von Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz bietet sich dagegen eher die Tagespflege an. Die Einrichtungen der Tagespflege arbeiten bisher bereits häufig auf der Grundlage von Konzepten, die eine Ausrichtung im Sinne der Rehabilitationsziele der ICF, d.h., der Beseitigung bzw. Kompensation und/oder Adaption der Beeinträchtigungen der Aktivitäten bzw. Partizipation im bzw. am Leben in der Gesellschaft beinhalten. Sie können deshalb kurzfristig und ohne signifikante fiskalische Investitionen vorwiegend durch eine entsprechende konzeptionelle Ausrichtung zu wirksamen Einrichtungen der geriatrischen Rehabilitation weiter entwickelt werden.

## **5. Rechte Pflegebedürftiger und ihrer Angehöriger müssen weiter ausgebaut werden**

Die Rechte der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen sollten nach dem Vorbild des Neunten Sozialgesetzbuches (SGB IX) weiterentwickelt werden. Das dort verankerte Wunsch- und Wahlrecht sowie das Verbandsklagerecht<sup>33</sup>(u.a.) sollte auf die Selbsthilfeorganisationen Pflegebedürftiger übertragen werden.

Die Organisationen der Betroffenen sollten nach dem Vorbild des Gemeinsamen Bundesausschusses in der Akutversorgung in den Gremien, die sich mit den Durchführungsregelungen zum Pflegeversicherungsrecht befassen, beteiligt werden und mitwirken.

Um die Anliegen der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen, der Selbsthilfeorganisationen sowie der Seniorinnen- und Seniorenvertretungen bei den Gebietskörperschaften, aber auch den beteiligten Sozialversicherungsträgern, den Medizinischen Diensten und sonstigen Behörden wirksamer einbringen zu können, sollte bei Bund, Ländern und Gemeinden – vergleichbar den Behinderten- bzw. Patientenbeauftragten – ein Pflegebeauftragter berufen werden, der im Sinne eines Ombudsmannes mit entsprechenden Rechten ausgestattet wird.

Notwendig ist ein von der Bundesregierung eingesetztes „Bündnis für Pflege“, in dem alle an der Pflege beteiligten Gruppen und Institutionen die zunehmend prekäre Situation der Pflege in Deutschland mit dem gemeinsamen Ziel, im Interesse der Betroffenen zeitnah Lösungsvorschläge zur Beseitigung der vorhandenen Defizite zu unterbreiten, ohne Vorbehalte und ergebnisoffen analysieren. Neben den institutionellen Vertretern sollen dabei insbesondere auch Betroffene und Praktiker in dieses Bündnis eingebunden werden.

## **6. Eigenständige Pflegeversicherung oder Integration in die Krankenversicherung**

Im Interesse der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen ist die in diesem Beitrag diskutierte Strukturreform der Pflegeversicherung sowohl bei Beibehaltung einer eigenständigen Pflegeversicherung, wie auch bei einer Integration der Pflegeversicherung in die Krankenversicherung unverzichtbar.

Bei einer Zusammenlegung von Pflege- und Krankenversicherung ist zu berücksichtigen, dass die durch die Pflegeversicherung erfassten Menschen gerade deswegen pflegebedürftig sind, weil das Ziel der Krankenbehandlung im Sinne der WHO-Definition – d.i. die Herstellung der bestmöglichen Gesundheit – wegen Art und Schweregrad ihrer Erkrankung mit den Mitteln der Krankenversorgung nicht mehr erreichbar ist. Das Selbstverständnis, die

---

<sup>33</sup> vgl. u.a. §§ 9, 10 Abs. 3, 13 Abs. 6, 19 Abs. 1 Satz 3, 20 Abs. 3 Satz 2, 22 Abs. 2 Satz 5, 63 SGB IX

Zielsetzung und die Aufgabenstellung der Pflegeversicherung sind deshalb - nahe liegend – weniger durch Aspekte und Selbstverständnisse der Krankenversorgung, als vielmehr durch die Ziele und Selbstverständnisse zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft gekennzeichnet, die die Pflegeversicherung mit Erhaltung bzw. Wiederherstellung der Selbstbestimmungs- und Selbstentscheidungsfähigkeit charakterisiert.

Um durch eine Zusammenlegung der Versicherungen eine noch stärkere Medizinorientierung der Pflege auszuschließen, müssen bei einer Integration die auf Teilhabe ausgerichteten Aufgaben sowie die daraus abgeleiteten spezifischen Inhalte und Ziele pflegerischer Leistungen im Verhältnis zur Krankenversorgung nachdrücklich gesetzlich verdeutlicht werden<sup>34</sup>.

Eine Integrationslösung würde zweifelsfrei Schnittstellenprobleme beseitigen und im Bereich der Verwaltungsstrukturen und –abläufe zu einer erheblichen Entbürokratisierung und Kostenersparnis führen.

Die bei einer Integration befürchteten negativen Auswirkungen auf die Krankenversicherung ( u.a. Finanzausgleich, Beitragssatzentwicklung, mögliche Demographiereserve ) lassen sich begrenzen bzw. vermeiden, wenn man die Pflege im Rahmen der Krankenversicherung als Sondervermögen verwaltet. Eine solche Lösung würde auch den unterschiedlichen Systemphilosophien in der Kranken- und Pflegeversicherung ( z.B. Wettbewerb, Zwangsversicherung, Sachleistungsprinzip, Teilleistungsanspruch usw. ) Rechnung tragen.

## **7. Skizze der Pflegeversicherung nach einer Strukturreform**

Durch die Orientierung an dem im Einzelfall geschätzten Leistungsbedarf ist bisher nicht gewährleistet, dass die verfügbaren Mittel der Pflegeversicherung immer zielgerichtet, wirksam und wirtschaftlich eingesetzt werden.

Ziel jeder inhaltlichen Strukturreform der Pflegeversicherung, die sich nicht allein oder vorwiegend auf Finanzierung der Pflegeversicherung beschränkt, muss es deshalb sein, dass sich die Leistungssätze ( Zuschüsse ) der Pflegeversicherung für die ambulante und stationäre Pflege an dem tatsächlichen individuellen Pflegebedarf orientieren, der unter Einsatz international erprobter Assessmentverfahren erhoben wird. Die Pflegebedürftigen würden mit dem so erhobenen individuellen Pflegebedarf einer Gruppe von Pflegebedürftigen mit gleichem pflegerischen Aufwand zugeordnet, deren Leistungsinhalte nach dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse in Pflegeleitlinien bzw. Pflegepfaden beschrieben ist. Die bisherigen Pflegestufen, die keinerlei Zusammenhang mit dem Leistungsbedarf und den Leistungen haben und allein die Zugangsvoraussetzungen für die Zuschussgewährung bilden, würden ebenso ersatzlos entfallen wie das Feststellungsverfahren des MDK, das durch das von den Leistungserbringern durchzuführende Assessmentverfahren abgelöst würde.

Durch die Einbeziehung des gesamten individuellen Pflegebedarfs würden einerseits die Probleme bei der Versorgung dementer und psychisch kranker Pflegebedürftiger beseitigt und andererseits die Qualität der individuellen pflegerischen Versorgung erheblich verbessert.

Die Leistungssätze der Pflegeversicherung ( Zuschüsse ) würden künftig zu den Preisen gewährt, die für die auf der Basis des Assessments gebildeten Leistungsgruppen mit vergleichbarem pflegerischen Aufwand in Kostenverhandlungen zwischen Pflegekassen und Leistungserbringern vereinbart werden.

Zusammenfassend würde künftig bei Umsetzung dieser Vorschläge würde u.a.

- der individuelle Pflegebedarf durch die Pflegeeinrichtung unter Nutzung international erprobter und hinsichtlich ihrer Wirksamkeit auch beforschter Assessmentinstrumente ( z.B. RAI/RUG ) erhoben,
- der Pflegebedürftige auf dieser Grundlage einer Pflegebedarfsgruppe zugeordnet, deren Leistungsinhalt in Pflegeleitlinien/Pflegepfaden beschrieben und durch Bundesrahmenver-

---

<sup>34</sup> ebenda S. 573

träge zwischen Pflegekassen und Leistungserbringerverbänden vereinbart und im Versorgungsvertrag der jeweiligen Einrichtung gem. § 72 SGB XI für verbindlich erklärt worden sind

- der Inhalt der Bundesrahmenverträge zu den Leistungsinhalten (Pflegeleitlinien/Pflegepfaden), Qualitätsmaßstäben und Qualitätssicherungsverfahren bzw. Wirtschaftlichkeitsprüfungen unter Beteiligung wissenschaftlicher Kompetenz erarbeitet und in einem Bundesausschuss Pflege unter Mitwirkung der der Organisationen der Betroffenen beschlossen
- in einem Bundesrahmenvertrag Rahmenrecht für die Durchführung der Vergütungsverhandlungen gesetzt, das Grundlage der Pflegesatzverhandlungen mit der jeweiligen Pflegeeinrichtung wäre
- durch die erreichte Transparenz von Ressourcenbedarf und Ressourceneinsatz tatsächlich ein leistungs- und aufwandsgerechter Preis für die definierten und vertraglich vereinbarten Leistungen einer Pflegebedarfsgruppe kalkuliert und vereinbart werden können, der insbesondere auch eine bedarfsgerechte personelle Ausstattung sicherstellt
- durch die systemgerechte Definition und Zuordnung von medizinisch-pflegerischen und teilhabeorientierten Leistungen das verfügbare Finanzvolumen der Pflegeversicherung zielgerichteter und wirksamer eingesetzt werden können.

Mit dieser Strukturreform können verschiedene bisherige Verwaltungsverfahren ( z.B. das gesamte Verfahren nach §§ 14, 15 SGB IX ) mit der Folge einer erheblichen Entbürokratisierung und Verwaltungsvereinfachung zT ersatzlos entfallen. Die Pflegebedürftigen und deren Angehörigen, die mit dem bisherigen Begutachtungs- und Einstufungsverfahren erhebliche psychische Belastungen und Irritationen verbinden, werden dies nachdrücklich begrüßen. Die Aufgabenstellung des MDK (§ 18 SGB XI ) kann auf Controllingaufgaben zum Assessment reduziert und gleichzeitig zum umfassenden Qualitätssicherungsinstrument weiterentwickelt werden.

Mit der erreichbaren Transparenz der Leistungsinhalte und –qualitäten sowie der Bedarfsentwicklungen können nicht nur die Versorgungsstrukturen bedarfsgerecht weiterentwickelt und die Leistungen besser gesteuert werden. Insgesamt kann ein wesentlich zielgerichteter und wirksamer Einsatz der verfügbaren Mittel der Pflegeversicherung erreicht werden. Dadurch werden Wirtschaftlichkeitsreserven innerhalb der heutigen Pflegeversicherung erschlossen, die für Leistungsverbesserungen eingesetzt werden können.

Trotz der durch eine Strukturreform im System durch Beseitigung der Defizite erschlossenen Finanzreserven wird mittelfristig die gesellschaftspolitisch unumgängliche Entscheidung getroffen werden müssen, das System der Pflege entsprechend der Bedarfsentwicklung mit größeren finanziellen Ressourcen auszustatten. Die Gesetzesmaterialien belegen, dass bereits bei Einführung der Pflegeversicherung bei allen politischen Parteien kein Zweifel daran bestand, dass der Beitragssatz von 1,7 v.H. mit Blick auf die demographische Entwicklung nur einen begrenzten Zeitraum Bestand haben kann.

Der in der politischen und gesellschaftlichen Diskussion in jüngerer Zeit erweckte Eindruck, dass die Weiterentwicklung des Beitragssatzes zur Pflegeversicherung durch Deregulierung oder Erschließung größerer Einsparpotentiale dauerhaft zu vermeiden sei, ist abwegig und nur nachvollziehbar, wenn das Ziel der Rückfall in die Verhältnisse vor Einführung der Pflegeversicherung sein soll, bei dem die Pflegebedürftigen ihrem Schicksal und der Sozialhilfe überlassen blieben.

Letztlich löst auch die Umstellung von einem umlagefinanzierten System auf ein kapitalgedecktes die mit der demographischen Entwicklung verbundenen langfristigen Finanzierungsprobleme nicht. Die Entwicklung des Garantiezinssatzes im Bereich der Lebensversicherung ( Absenkung auf 2,75 v.H. in diesem Jahr ) weist bereits heute deutlich darauf hin, dass die demographische Entwicklung sich naturgemäß im kapitalgedeckten Sicherungssystem ebenso auswirkt wie im umlagefinanzierten, weil die im Laufe der Zeit angesparten Kapitalwerte in einem kleiner gewordenen Nachfragermarkt nur zu geringeren Renditen realisiert werden können. Im Gegensatz zu einer Umlagefinanzierung, die jederzeit auf sich abzeichnende Deckungslücken reagieren kann, müssen im kapitalgedeckten System eintretende

Sicherungslücken in Zukunft ausschließlich durch die dann die Wertschöpfung erarbeitende Generation entweder durch Steuern oder ergänzende Umlagen geschlossen werden, es sei denn, die betroffenen Menschen sollen unterversorgt bleiben.