

Neue Versorgungsformen für die Altenhilfe

Referat von Harry Fuchs, Düsseldorf

anl. des DEVAP-Kongress „Suchet der Pflege Bestes“ am 28.9.2005 in Berlin

1. Einleitung

Die gesellschaftliche Entwicklung, die abzusehende Entwicklung des Pflegebedarfs sowie die zunehmende Begrenztheit der für die Versorgung Pflegebedürftiger verfügbaren Mittel erfordern eine Überprüfung und Weiterentwicklung der bisherigen Versorgungsstrukturen.

Eine Versorgungsstruktureform muss am individuellen Pflegebedarf der zu Pflegenden ansetzen, die erforderlichen pflegerischen Ressourcen bedarfsgerecht und wirksam zur Verfügung stellen, Schnittstellen unseres gegliederten Sozial- und Gesundheitssystems beseitigen und die verfügbaren Mittel zielgerichteter und wirksamer verwenden.

Neben der zielgerichteten und qualitativen Weiterentwicklung stationärer Versorgungsformen werden weitere Schwerpunkte der Versorgungsstrukturentwicklung niedrigschwellige und komplementäre Versorgungsangebote, insbesondere aber auch präventive und rehabilitative Leistungen mit dem Ziele der Vermeidung, Verschiebung oder Minderung von Pflegebedürftigkeit sein. Die Erkenntnis, dass die pflegerische Versorgung nicht nur durch Indikatoren der Gesundheit, sondern auch durch die Ziele der Teilhabe pflegebedürftiger Menschen am Leben in der Gesellschaft geprägt sein muss, sollte wieder gleichberechtigt in die Ausgestaltung der Versorgungsstrukturen einbezogen werden.

Zur Bewältigung dieser und anderer Anforderungen wurden in jüngerer Zeit verschiedene Instrumente in das Versorgungsstrukturecht der Sozialgesetze aufgenommen, die in die richtige Richtung weisen, insgesamt jedoch noch nicht ausreichen, die Versorgungsstrukturen zukunftsorientiert wirksam weiter zu entwickeln. Eine wirksame Strukturreform der Pflegeversicherung muss deshalb nicht nur Lösungen zur nachhaltigen Finanzierung der Pflege enthalten, sondern auch weitreichende Ansätze zu einer zukunftsorientierten Entwicklung der Versorgungsstrukturen.

2. Auswirkungen der Einführung der DRG und der Integrierten Versorgung nach §§ 140a ff SGB V

Die mit dem Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 eingeführte „Integrierte Versorgung“ wirkt sich ebenso auf die pflegerischen Versorgungsstrukturen aus, wie das zum gleichen Zeitpunkt eingeführte Vergütungssystem mit Entgeltpauschalen auf der Grundlage von Diagnosis Related Groups (DRG) im Krankenhaus.

2.1 Quantitative Auswirkungen

Nach den Erfahrungen mit den deutschen Fallpauschalen und den internationalen Erkenntnissen aus der Einführung von DRG-Systemen ist zu erwarten, dass die Verweildauern in den Krankenhäusern in den kommenden Jahren schätzungsweise um bis zu 25 v.H. sinken werden (Längen/Lauterbach, S. 588¹)

Eine Modellrechnung (Neubauer/ Nowy 2002²) geht davon aus, dass sich die durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus bis zum Jahr 2010 um 4 Tage reduzieren wird.

Ob und in welchem Umfang die Verkürzung der Verweildauer tatsächlich zu einer Verlagerung von akutmedizinischem Behandlungsaufwand aus dem Krankenhaus in die angrenzenden Versorgungsbereiche führt, ist zunächst abhängig davon, in welchem Zustand künftig Patienten entlassen werden. Entscheidend hierfür wird u.a. sein, welche Ergebnisqualität

¹ Längen/Lauterbach, f&w, führen und wirtschaften im Krankenhaus, 6/2001: 588

² Neubauer/Nowy Internationale Erfahrungen. Eine Analyse der Verwendungsmöglichkeiten von Patientenklassifikationssystemen. Forum für Gesellschaftspolitik. Juli/August 2000: 179 - 183

das Krankenhaus im Rahmen seines Qualitätsmanagements bzw. der Festlegungen im Rahmen von Qualitätssicherungsverfahren für die DRG-definierte Pauschalvergütung zu gewährleisten hat.

Die Krankenkassen vertreten die Auffassung, dass Prozesse und Strukturen im Krankenhaus so zu organisieren und optimieren sind, dass rechtzeitig und in ausreichendem Masse alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit medizinisch notwendig sind (also auch ggf. Frührehabilitation) im Krankenhaus selber erbracht werden. Eine DRG-basierte Vergütung — so die Position der Krankenkassen - dürfe im Ergebnis nicht dazu führen, dass ein Krankenhaus aus ökonomischen Gründen nicht mehr alle Leistungen erbringt, die medizinisch notwendig sind. Um dies sicherzustellen, seien zwingend ergebnisorientierte Qualitätssicherungsverfahren im Akutbereich einzuführen, die mit verbindlichen Kriterien Auskunft darüber geben, wann ein Akutfall beendet ist, um einen möglichst objektiven Maßstab dafür zu bekommen, wie viele Leistungen von einem Krankenhaus mindestens zu erbringen sind (VdAK 2001³).

Da allerdings die geforderten ergebnisorientierten Qualitätssicherungsverfahren für den stationären Akutbereich bisher nicht vorliegen, ist zu befürchten, dass aus ökonomischen Gründen Krankenhäuser frühzeitig entlassen und es in der Mehrzahl der Fälle zu der nach den internationalen Erfahrungen prognostizierten Verlagerung von akutmedizinischem Behandlungsaufwand in die angrenzenden Versorgungsbereiche kommt (so auch der Sachverständigenrat 2002/2003, Lf. Tz. 601⁴).

Als Folge einer vorgezogenen Entlassung aus dem Krankenhaus wird erwartet, dass Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen teilweise akutstationäre Aufgaben übernehmen müssen und in diesen Einrichtungen eine Qualifizierung des Personals, eine verbesserte Ausstattung mit Medizintechnik und die Einführung modernster Managementmethoden notwendig sein wird (Lüngen/Lauterbach 2001, S. 588⁵) Für die Leistungserbringer in den angrenzenden Versorgungssystemen besteht dabei das Problem, dass die Patienten die Versorgungsanforderungen mitbringen und versorgt werden müssen, obwohl die Finanzierung des Mehraufwandes im Bereich Rehabilitation und Pflege nicht geklärt ist.

2.2 Veränderte Anforderungen im Bereich Pflege

Die nachgelagerten ambulanten, rehabilitativen und pflegerischen Bereiche müssen durch frühzeitige Entlassungen aus dem Krankenhaus nicht nur mit einer Zunahme der Fall-schwere rechnen (Sachverständigenrat 2002/2003, Lf., Tz. 607⁶), die für sich gesehen bereits Auswirkungen auf die Ressourcenvorhaltung im Bereich der Struktur- und Prozessqualität hätte.

Medizinische Rehabilitation und Pflege gehören zu einem anderen Rechts- und Vertragsraum als die Krankenbehandlung (Sachverständigenrat 2002/2003, Lf., Tz. 611⁷), der im Verhältnis zur Akutversorgung deutlich unterschiedliche Rahmenbedingungen setzt (Fuchs 2003⁸).

Diese unterschiedlichen Anforderungen und Rahmenbedingungen bewirken in den jeweiligen Versorgungssektoren Struktur- und Prozessqualitäten, die – auch aus wirtschaftlichen Gründen – zielgerichtet auf die jeweiligen Anforderungen ausgerichtet sind und sich nur in Teilbereichen überlappen bzw. multidisziplinär nutzbar sind.

Die Verlagerung von Aufgaben aus einem Versorgungssektor in einen angrenzenden er-

³ VdAK – „Reha am Krankenhaus“. Positionspapier der Abteilung Prävention und Rehabilitation (Basis eines Referates von Herbert Rebscher am 11.5.2001 anl. des Zukunftsseminars des Bundesverbandes Deutscher Privatkanneanstalten

⁴ Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in Deutschland, Gutachten 2003, Band II, Langfassung Tz 604

⁵ siehe Fußnote 1

⁶ Sachverständigenrat aaO, Tz 607

⁷ Sachverständigenrat aaO, Tz 611

⁸ Fuchs, Konsequenzen der DRG-Einführung für die angrenzenden Versorgungsbereiche Rehabilitation und Pflege, in Klauber/Robra/Schellschmidt „Krankenhaus-Report 2003“, S 187 - 209

fordert deshalb zwangsläufig auch eine qualitative Anpassung der dort vorgehaltenen Ressourcen.

So ist z.B. nicht ohne weiteres davon auszugehen, dass eine Pflegefachkraft im Bereich der Rehabilitation oder eine Altenpflegerin im Bereich der Pflege nach den bisher für sie dominanten Anforderungen ohne weiteres in der Lage ist, die Anforderungen zu erfüllen, die mit der Verlagerung von Behandlungspflege aus dem Akutbereich verbunden ist.

Nach Auffassung des Sachverständigenrates soll eine partielle Verlagerung von akutstationären Routinen in die Rehabilitationsklinik zwar nicht grundsätzlich ausgeschlossen werden, aber sie darf nicht zu Lasten einer angemessenen rehabilitativen Versorgung der Patienten gehen. Er hält es für fraglich, ob eine Profil- und Aufgabenänderung der Reha-Einrichtungen hin zu akutstationären Aufgaben noch mit der von der Sache her gebotenen und mit der im SGB IX fixierten Aufgabenstellung einer qualitätsgesicherten Rehabilitation vereinbar sind (Gutachten 2002/200, Lf., Tz. 609⁹).

Gleiches gilt für die Aufgabenstellung von Altenpflegeeinrichtungen nach § 71 SGB XI hinsichtlich deren Schwerpunktveränderung.

2.3 Konkrete Auswirkungen im Bereich der Pflege

Die Auswirkungen im Bereich der Pflege gestalten sich nach ambulanter und stationärer Pflege unterschiedlich.

Im Bereich der ambulanten Pflege wird für die Behandlungspflege und damit für die pflegerische Akutversorgung bedarfsentsprechend qualifiziertes Krankenpflegepersonal eingesetzt, so dass keine signifikante zusätzliche Qualifizierung des Pflegepersonals erforderlich wird. Verändern werden sich die medizinische Fallschwere, damit die Häufigkeit des Tätigwerdens und der Aufwand für die ärztliche Versorgung durch den niedergelassenen Arzt, aber auch Art und Inhalt der Behandlungspflege sowie der damit verbundene Aufwand für die eingesetzten ambulanten Pflegedienste. Unabhängig von den Auswirkungen auf das Gesamtbudget kann der einzelne niedergelassene Arzt seinen erhöhten Aufwand im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung abrechnen. Demgegenüber ist zu befürchten, dass die ambulanten Pflegedienste ihren qualitativen und quantitativen Mehraufwand nur mit großer Schwierigkeit im Rahmen ihrer Vergütungsverhandlungen mit den Pflegekassen durchsetzen können, was bei nicht adäquaten Ergebnissen im Einzelfall negative Folgen für die Qualität der pflegerischen Versorgung haben kann.

In den stationären Pflegeeinrichtungen werden demgegenüber vorwiegend examinierte Altenpflegefachkräfte beschäftigt. Nach Auffassung der Arbeitsgruppe „Personalsituation in der Altenpflege“ des Landespflegeausschusses von Nordrhein-Westfalen verändert sich als Folge der vorzeitigen Entlassung wegen des größeren Anteils an Behandlungspflege vorübergehend die Art des Pflegebedarfs. Dies bewirke zwar eine veränderte Gewichtung der Anforderungen an die Pflegefachkräfte, aus verschiedenen Gründen nicht jedoch den vermehrten Einsatz von Krankenpflegefachkräften in den Pflegeeinrichtungen. Auch Pflegebedürftige mit einem erhöhten Anteil an Behandlungspflege benötigten weit überwiegend die Kompetenz des Berufsbildes der Altenpflege- und nicht die der Krankenpflegefachkraft. Insofern könnten Krankenpflegekräfte nur mit einer entsprechenden Weiterbildung in der Altenhilfe tätig werden. Umgekehrt würden Altenpflegefachkräfte eine Fortbildung entsprechend den erhöhten Anforderungen im Bereich der Behandlungspflege benötigen (Landespflegeausschuss NRW 2003¹⁰).

In den stationären Pflegeeinrichtungen ergeben sich dadurch über die für den Bereich der ambulanten Pflege dargestellten vermehrten Sachkosten hinaus noch zusätzliche Personalkosten. Mit Blick auf das im Bereich der Pflegeversicherung praktizierte pauschalierende Pflegesatzverfahren ist davon auszugehen, dass der durch die Verlagerung der Behandlungskosten in den Pflegeeinrichtungen entstehende Mehraufwand nicht vollständig in die Pflegesätze eingeht. Es kann insofern befürchtet werden, dass ein Teil des Mehraufwandes

⁹ Sachverständigenrat aaO, Tz 609

¹⁰ Landespflegeausschuss Nordrhein-Westfalen. Unveröffentlichter Zwischenbericht der Arbeitsgruppe „Personalsituation in der Altenpflege“ vom 7.5.2003

zu Lasten der Qualität der pflegerischen Versorgung aus den vorhandenen Pflegesätzen erwirtschaftet werden muss. Nach Auffassung der in der Arbeitsgruppe vertretenen Träger der Altenpflegeeinrichtungen sind finanzielle Reserven in den Pflegesätzen nicht mehr vorhanden, weil diese bereits durch die Pauschalierung der Pflegesätze im Bereich der Sozialhilfe ab 1993 und im Rahmen der Pflegesatzverhandlungen nach Inkrafttreten der zweiten Stufe des SGB XI (Beseitigung der Folgen des Selbstkostendeckungsprinzips) von den Kostenträgern erschlossen wurden.

2.4 Auswirkungen der Integrierten Versorgung auf die Versorgungsstrukturentwicklung im Bereich der Pflege

Starre Versorgungsstrukturen stehen einer an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten ausgerichteten Versorgung im Wege und sollen durch die GKV-Gesundheitsreform [11] 2000 „aufgebrochen werden“. Als Ziel wird im Allgemeinen Teil der Begründung ([12], S. 53) ein „effizienteres und qualitätsorientiertes Gesundheitssystem“ genannt, das nur zu erreichen sein wird, wenn es gelingt, die verschiedenen Versorgungssektoren besser als bisher zu integrieren und zu koordinieren und die Prinzipien „ambulant vor stationär“ und „Rehabilitation vor Pflege“ konsequent umzusetzen.

Auf dem Hintergrund der durch das Neunte Buch Sozialgesetzbuch¹³ (SGB IX) für die medizinische Rehabilitation aller Rehabilitationsträger geschaffenen Rahmenbedingungen ist festzuhalten, dass der Gesetzgeber in der Begründung für die Überwindung der Schnittstellenprobleme zwischen den verschiedenen Versorgungssektoren ausdrücklich von „integrieren“ (ambulant und stationär) und „koordinieren“ (Rehabilitation vor Pflege) spricht bzw. unterscheidet ([12], S. 53, Abschnitt I, Ziffer 1, vorletzter Absatz). Die in den Klammerzusätzen beispielhaft in diesen Kontext gestellten Prinzipien verdeutlichen, dass bei gleicher Zielsetzung und gleichem Ressourceneinsatz von Integration, bei unterschiedlichen Zielen und Ressourcen von Koordination der Versorgungsinhalte bzw. -sektoren zu sprechen ist.

Aufgabe und Zielsetzung der integrierten Versorgung ist danach primär die Beseitigung der Defizite und Strukturmängel innerhalb der medizinischen Akutversorgung. Dies belegt ausdrücklich auch die den §§ 140 a bis 140 g SGB V vorangestellte Begründung, wonach die „bisherige starre Aufgabenteilung zwischen der ambulanten und stationären Versorgung gezielt durchbrochen werden [soll], um die Voraussetzungen für eine stärker an den Versorgungsbedürfnissen der Patientinnen und Patienten orientierte Behandlung zu verbessern. Hierzu bedarf es integrierter Versorgungsformen zwischen Haus- und Fachärzten, zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Leistungserbringern, zwischen dem ambulanten und stationären Bereich. Dabei muss insbesondere darauf geachtet werden, dass medizinische Rehabilitationsmaßnahmen den ihnen zukommenden Stellenwert erhalten“ ([12], S. 91, Zu Nummer 82).

Gegenstand der Verträge über die integrierte Versorgung können nach § 140a Abs. 1 SGB V sein

- die verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten
- die interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung.

Neben allen Leistungen der akutmedizinischen Versorgung sind Gegenstand der integrierten Versorgung im Sinne pflegerischer Leistungen nur die ausdrücklich im Fünften Sozialgesetzbuch genannten pflegerischen Leistungen, d.s. die Häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V sowie die stationären und ambulanten Hospizleistungen nach § 39a SGB V. Für bestimmte Gruppen von pflegebedürftigen Menschen kann in diesem Zusammenhang auch noch die Sozitherapie nach § 37a SGB V bedeutsam sein.

¹¹ Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000) vom 14.12.1999. BGBl I, 1999; (59): 2626-2656

¹² aaO, Seite 53

¹³ Sozialgesetzbuch (SGB) Neuntes Buch (IX) – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen vom 19.6.2001. BGBl I, 2001; S 1046

Nicht Gegenstand der Verträge über die integrierte Versorgung sind dagegen alle Leistungen nach dem Elften Sozialgesetzbuch.

Die Träger von Pflegeeinrichtungen können deshalb folgerichtig nach § 140b SGB V nur dann Partner eines Vertrages über die integrierte Versorgung sein, wenn sie neben der Trägerschaft über die Pflegeeinrichtung auch noch Träger

- eines Krankenhauses
- einer Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung
- eines Versorgungszentrums
- oder einer Management-Gesellschaft sind, die gemeinsam mit Leistungserbringern im Sinne des Fünften Sozialgesetzbuches Leistungen der integrierten Versorgung anbietet.

Die Zielsetzung der Integrierten Versorgung als künftige Regelversorgung

- Überwindung der Schnittstellenprobleme Zwischen den Versorgungssektoren
- Verbesserung der Versorgungsqualität, insbesondere auch durch eine andere Organisation ihrer Durchführung (Case- bzw. Care-Management)

rechtfertigt auch die Einbeziehung der Leistungserbringer sowie die Leistungen der Pflege nach dem SGB XI.

Solange der Gesetzgeber diese durch eine entsprechende Änderung des Fünften Sozialgesetzbuches nicht ausdrücklich in das Recht der Integrierten Versorgung nach §§ 140a ff SGB V einbezieht (Inkorporation), ist dies nur durch Koordination zwischen den Versorgungssektoren und der an der Versorgung Beteiligten möglich.

Es ist absolut zulässig, im Rahmen der Entwicklung der Leistungsinhalte eines Vertrages zur integrierten Versorgung parallel auch die bedarfsgerecht erforderlichen Leistungen nach dem SGB XI zu definieren. Formal könnten in Ergänzung zu dem Vertrag über die Integrierte Versorgung folgende Verträge als Grundlage der Leistungsausführung geschlossen werden:

- Vertrag im Rahmen eines Modellvorhabens nach § 8 Abs. 3 SGB XI, der ausdrücklich eine Abweichung von den Regelungen des 7. Kapitels SGB XI, d.h., auch einen bedarfsorientierten Zuschnitt der Leistungen und abweichende Vergütungsregelungen zulässt oder
- Vertrag mit den Leistungserbringern über die Ausführung der Leistungen im Rahmen (von den Berechtigten im Einzelfall zu beantragender) persönlicher Budgets nach § 17 Abs. 2 – 4 SGB IX, wobei die individuelle bedarfsgerechte Anpassung der Leistungen über die Ausgestaltung des Gutscheines erfolgen kann. Vergütungen sind nach dem SGB IX ohnehin ausschließlich der Verhandlung vorbehalten.
- Verträge mit Kombinationen von Modellvorhaben und persönlichem Budget nach § 17 SGB IX
- Spezifischer Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI, in dem Art, Inhalt und Umfang der allgemeinen Pflegeleistungen iSd § 72 Abs. 1 Satz 2 SGB XI ausdrücklich auf die Koordinations- und Kooperationsleistungen zur Integrierten Versorgung fokussiert werden. Dazu sind nach § 82 SGB XI spezifische Vergütungen zu vereinbaren.

In allen diesen Verträgen wird die Ausführung von Leistungen nach dem Elften Sozialgesetzbuch vereinbart. Die Vergütung richtet sich ebenfalls nach dem SGB XI, ist jedoch für die vereinbarten Leistungen spezifisch zu vereinbaren.

Damit bestehen für die Leistungserbringer im Bereich der Pflege verschiedene Alternativen, sich zwar nicht unmittelbar, wohl aber mittelbar in Kooperation mit den Partnern der Verträge über die Integrierte Versorgung an dieser Versorgungsform zu beteiligen.

3. Auswirkungen der Versorgungszentren bzw. der Disease-Managementprogramme

3.1 Der Gesetzgeber hat mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) **medizinische Versorgungszentren** eingeführt (§95 Abs. 1 Satz 2 SGB V). Das sind fachübergreifende ärztliche Einrichtungen, in denen Ärzte, die in das Ärzteregister eingetragen sind, als Angestellte

oder Vertragsärzte tätig sind und ärztliche Leistungen im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung ausführen.

Diese Einrichtungen der ambulanten Akutversorgung erscheinen auf den ersten Blick für die Versorgungsstrukturentwicklung im Bereich der Pflege nicht sonderlich relevant. Berücksichtigt man jedoch, dass der „hausarztzentrierten Versorgung“ (§ 73b SGB V) eine nicht unbedeutende Steuerungsfunktion im gegliederten System im Sinne eines Case- (richtiger Care-) Management zugemessen wird, erschließt sich sofort die Bedeutung, die Versorgungszentren auch für die Versorgungsstrukturentwicklung im Bereich der Pflege künftig haben können.

Medizinische Versorgungszentren dürfen zwar selbst nur Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung nach dem SGB V anbieten. Unter einem räumlichen Dach und in einer organisatorischen – wenn auch wirtschaftlich getrennten – Kooperation mit ambulanten pflegerischen Leistungen, ambulanten Rehabilitationsleistungen und einem fachlich professionell angelegten Case-Management können Gesundheitszentren entstehen, die insbesondere unter Berücksichtigung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ große wirtschaftliche Bedeutung erlangen, aber – mit Blick auf die Steuerung - auch maßgeblich für die Nachfrage nach bzw. Auslastung von Leistungsangeboten sein werden.

Sie sind deshalb auch als eigenständiges Geschäftsfeld für größere Träger von Pflegeeinrichtungen von Interesse. Die Trägerschaft medizinischer Versorgungszentren ist nicht nur der Ärzteschaft vorbehalten. Träger können z.B. auch eigens zu diesem Zweck gegründete Trägerorganisationen sein, die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Ärzte anstellen.

Träger von kleineren Pflegeeinrichtungen sollten auf jeden Fall die Kooperation und enge Zusammenarbeit mit medizinischen Versorgungszentren anstreben. Damit lassen sich nicht nur vorhandene Geschäftsfelder wie die ambulante Pflege optimieren, damit können – mit Blick auf die oftmals sehr defizitäre ärztliche Versorgung der Bewohner in stationären Pflegeeinrichtungen und die immer wieder zu Recht kritisierte Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegeeinrichtungen – auch Defizite der Versorgungsqualität in stationären Einrichtungen aufgearbeitet werden.

3.2 Nach Auffassung des Sachverständigenrates (Gutachten 2003) ist „Ziel der **Disease Management-Programme** (DMP) die Steuerung der Behandlung definierter Gesundheitsstörungen über sektorenspezifische Grenzen hinweg. Es wird angenommen, dass die systematische, integrierte, evidenzbasierte Patientenversorgung besonders bei chronischem Verlauf effektiver und effizienter als die fragmentierte Behandlung einzelner Krankheitsepisoden ist. Sämtliche Maßnahmen der Betreuung und Behandlung, aber auch der (Sekundär-)Prävention und Rehabilitation sollten eingeschlossen sein.“

Der Gesetzgeber verwendet den Begriff Disease-Management-Programme nur als Klammerzusatz und spricht im Übrigen von „strukturierten Behandlungsprogrammen“.

Während *Lauterbach* (2001¹⁴) u.a. folgende Ziele strukturierter Behandlungsprogramme definiert

- Organisation kontinuierlicher und qualitativ hochwertiger Versorgung nach dem neuesten Stand der Wissenschaften
- Konzentration der Versorgung chronisch Kranker auf Ärzte und Einrichtungen, die über ausreichendes Erfahrungswissen verfügen
- Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung
- wirtschaftliche Entlastung durch Kosteneinsparungen

¹⁴ Lauterbach, Karl, 2001, Gutachten Im Auftrag des Verbandes der Angestelltenkrankenkassen (VdAK)

- Einführung einer evidenzbasierten Therapie zur Vermeidung bzw. Verringerung von Komplikationen und Komorbiditäten,

beschränkt sich der Gesetzgeber in § 137 f Abs. 1 Satz 1 SGB V auf das generelle Ziel, das mit den strukturierten Behandlungsprogrammen der Behandlungsablauf und die Qualität der medizinischen Versorgung chronisch Kranker verbessert werden soll, ohne dies weiter zu konkretisieren.

Die Mehrzahl der pflegebedürftigen Menschen leidet an chronischen Krankheiten und ist deshalb eine der Zielgruppen für die strukturierten Behandlungsprogramme. Wenn diese entsprechend ihrer Zielsetzung „über alle Stadien und Aspekte der Versorgung“ hinweg eine kontinuierliche, evidenzbasierte Versorgung gewährleisten sollen, müssten sie die sich aus der Pflegebedürftigkeit dieser Menschen und dem Pflegeversicherungsrecht ergebenden spezifischen Anforderungen der Pflege akzeptieren und integrieren. Dies ist jedoch bisher nicht der Fall.

Die bisher eingeführten strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch Kranke mit

- Diabetes mellitus Typ 1
- Diabetes mellitus Typ 2
- Brustkrebs
- chronisch obstruktiven Atemwegserkrankungen (Asthma bronchiale/COPT)
- Koronare Herzerkrankungen

enthalten keinerlei Bezüge zur Pflege und sind deshalb für die Träger der Pflegeeinrichtungen im leistungsrechtlichen Sinne nicht unmittelbar relevant.

Gleichwohl ist es Aufgabe insbesondere der stationären Pflegeeinrichtungen, im Rahmen ihres pflegerischen Versorgungsauftrages auf die bedarfsgerechte medizinische Versorgung hinzuwirken. Die bedeutet auch, für chronisch kranke pflegebedürftige Menschen mit dem behandelnden Arzt die Einbeziehung eines Pflegebedürftigen in ein strukturiertes Behandlungsprogramm zu erörtern.

Diese Fragen sollten systematisch im Rahmen des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements geregelt und sichergestellt sein, wobei die enge Kooperation mit niedergelassenen Ärzten oder einem medizinischen Versorgungszentrum die beste Basis ist.

Für die Versicherten ist die Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137g Abs. 3 Satz 1 SGB V freiwillig. Voraussetzung für die Einschreibung ist deshalb nach umfassender Information durch die Krankenkasse die schriftliche Einwilligung des Versicherten zur Teilnahme am Programm, zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der in der Rechtsverordnung nach § 166 Abs. 7 SGB V festgelegten Daten durch die Krankenkasse, die zur Evaluation beteiligten Sachverständigen und die beteiligten Leistungserbringer sowie zur Übermittlung dieser Daten an die Krankenkasse (§ 137f Abs. 3 Satz 2 SGB V). Hierbei wird die Pflegeeinrichtung dem pflegebedürftigen Bewohner ggfls. Hilfestellung leisten müssen.

4. Auswirkungen der Einführung des persönlichen Budgets

4.1 Modellvorhaben nach § 8 Abs. 2 SGB XI

Der Gesetzgeber hat den Spitzenverbänden der Pflegekassen ab 1.1.2002 die Möglichkeit eröffnet, mit einem Aufwand von jährlich 5 Mio. EUR mit den Leistungserbringern Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, insbesondere zur Entwicklung neuer qualitätsgesicherter Versorgungsformen für Pflegebedürftige zu vereinbaren (§ 8 Abs. 3 Satz 1 SGB XI). Nach Satz 2 aaO soll sich die Entwicklung vorrangig modellhaft auf die Erprobung der Möglichkeiten eines personenbezogenen Budgets sowie neue Wohnkonzepte erstrecken. Trotz dieser Prioritätensetzung des Gesetzgebers ist rechtlich durchaus auch die Entwicklung anderer neuer Versorgungsformen z.B. als Bestandteil oder zur Ergänzung integrierter Versorgungsstrukturen zulässig.

Bei der Vereinbarung und Durchführung von Modellvorhaben kann nach Satz 3 aaO im Einzelfall ausdrücklich von den Regelungen des 7. Kapitels sowie von § 36 SGB XI abgewichen werden. Die Modellvorhaben nach § 8 SGB XI gestatten danach im Einzelfall eine individuelle bedarfsgerechte und zielorientierte Ausgestaltung von Art und Umfang der Leistungen des SGB XI, wie auch eine spezifische Gestaltung der dazu erforderlichen Versorgungsverträge und Vergütungen. Die zeitliche Befristung der Modellvorhaben auf maximal 5 Jahre und das aufwendige Genehmigungsverfahren bis hin zum BMGS stellen allerdings häufig Innovationshemmnisse dar.

Die auf dieser Rechtsgrundlage bundesweit in sieben Regionen laufenden Modellprojekte sollen hier nicht näher erörtert werden. Auf die diesbezüglichen Publikationen, insbesondere von Prof. Dr. Thomas Klie, Kontaktstelle für praxisorientierte Forschung e.V., Freiburg, der die Modellprojekte wissenschaftlich begleitet, wird verwiesen.

§ 8 Abs. 2 SGB XI verfolgt das Ziel, neue Versorgungsformen zu entwickeln und gestattet es den Pflegekassen, zu diesem Zwecke Versorgungsverträge abweichend vom 7. Kapitel des SGB XI einzugehen. Gegenstand des Versorgungsvertrages sind nach § 72 Abs. 1 Satz 2 SGB XI Art, Inhalt und Umfang der in § 4 Abs. 2 SGB XI genannten Pflegeleistungen, d.h., aller Aufwendungen, die für ihre Versorgung nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit erforderlich sind (pflegebedingte Aufwendungen). Damit wird ein bedarfs- und zielgerichteter Zuschnitt der ansonsten im 4. Kapitel „fraktioniert“ beschriebenen Leistungen der Pflegeversicherung ermöglicht.

Daran anknüpfend ist für die nachfolgende Erörterung des persönlichen Budgets nach § 17 SGB IX die Feststellung bedeutsam, dass es sich bei den im Rahmen der Modellvorhaben nach § 8 Abs. 2 SGB XI vereinbarten – ggfls. abweichend von der Norm gestalteten – Leistungen gleichwohl um solche im Sinne des § 35a SGB XI handelt, die auch Teil eines trägerübergreifenden Budgets nach § 17 Abs. 2 – 4 SGB XI sein können.

4.2 Auswirkungen des Persönlichen Budgets nach § 17 Abs. 2 – 4 SGB XI

Der Gesetzgeber hatte mit dem Inkrafttreten des Neunten Sozialgesetzbuches ab 1.7.2001 in § 17 Abs. 1 SGB IX die Möglichkeit vorgesehen, Leistungen – damals ausschließlich des SGB IX – abweichend von der gesetzlich normierten Form auf Antrag auch als persönliches Budget auszuführen.

Unabhängig von den nach § 8 Abs. 3 SGB IX laufenden Modellvorhaben zur Erprobung neuer pflegerischer Versorgungsformen durch persönliche Budgets hat der Gesetzgeber – von der Öffentlichkeit beinahe unbemerkt – im Rahmen des Gesetzes zur Einfügung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch rückwirkend ab dem 1.7.2004 § 17 SGB IX neu gefasst und das persönliche Budget rechtsübergreifend auf große Teile des Sozialrechts ausgedehnt, wobei die Leistungen bei Pflegebedürftigkeit aller Sozialleistungsträger fast vollständig Gegenstand des persönlichen Budgets sein können.

In den bisherigen Veröffentlichungen zu § 17 SGB IX – auch im Zusammenhang mit den entsprechenden Modellvorhaben zur Erprobung nach § 17 Abs. 5 SGB IX – wird häufig vom „Integrierten Budget“ gesprochen und der Eindruck erweckt, dabei handele es sich um eine spezifische Regelung für Menschen mit Behinderungen.

Wie die nachfolgende Auflistung zeigt, greift dieser Ansatz zu kurz. Es handelt sich nämlich nicht um spezifisches Behindertenrecht, sondern um eine Regelung, die zwar formal im Behindertenrecht angesiedelt ist, durch die entsprechenden Bezugnahmen in dem für die jeweiligen Sozialleistungsträger geltenden spezifischen Recht jedoch zu unmittelbar für diese Träger und ihre Leistungen geltendem Recht wird:

- § 2 Abs. 2 SGB V: Die Leistungen können auf Antrag auch als Teil eines trägerübergreifenden Budgets erbracht werden
- § 17 Abs. 2 SGB IX: Leistungen zur Teilhabe können auf Antrag auch durch ein persönliches Budget ausgeführt werden
- § 35a SGB XI: ..können auf Antrag Leistungen nach §§ 36,37 Abs. 1, §§ 38, 40 Abs. 2 und 41 SGB XI auch als Teil eines trägerübergreifenden Budgets erbracht werden

- § 57 SGB XII – Leistungen der Eingliederungshilfe können als trägerübergreifendes persönliches Budget erbracht werden.

Im Gegensatz zu § 8 SGB XI verfolgt § 17 SGB IX nicht das Ziel, neue Versorgungsformen zu entwickeln und greift deswegen auch nicht unmittelbar im Sinne einer Veränderung der gesetzlich definierten Leistung in die Leistung selbst ein. § 17 Abs. 2 SGB IX sieht vor, dass die in verschiedenen Leistungsgesetzen beschriebenen Leistungen – abweichend von der üblichen Art der Leistungsausführung – in Form eines, von einem Leistungsträger aus einer Hand erbrachten persönlichen Budgets ausgeführt werden kann.

Der Berechtigte hat es bei mehreren Leistungsansprüchen aus verschiedenen Sozialgesetzen nicht mehr mit verschiedenen Leistungsträgern, sondern auf seinen Antrag nur noch mit einem federführenden Leistungsträger zu tun, der die bedarfsgerecht erforderlichen Leistungen quasi in einem „Korb“ bei den einzelnen Trägern einsammelt und für diese gemeinsam und einheitlich aus einer Hand ausführt.

4.2.1 Gegenstand des Persönlichen Budgets

Gegenstand des persönlichen Budgets können nach § 2 BudgetV sein

- alle - auch die über das SGB IX hinausgehenden - Leistungen der Krankenversicherung
- die Leistungen aller Rehabilitationsträger (einschl. Sozialhilfeträger und Kinder- und Jugendhilfe) im Sinne des SGB IX
- Leistungen der Pflegekassen
- Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII.

Damit ist es denkbar, z.B. Leistungen der Akutversorgung nach dem SGB V mit Leistungen der Pflegeversicherung nach dem SGB XI sowie Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft nach dem SGB IX in einem persönlichen Budget zu kombinieren

Der Gesetzgeber hat die Definition der budgetfähigen Leistungen – mit Ausnahme der Leistungen nach dem SGB XI – der Selbstverwaltung der Sozialversicherungsträger überlassen bzw. – im Bereich der staatlichen Sozialleistungsträger – in das pflichtgemäße Ermessen der Träger gestellt.

4.2.1.1 Budgetfähige Leistungen der Krankenversicherung

So haben die Spitzenverbände der **Kranken- und Pflegekassen** zur Umsetzung des trägerübergreifenden persönlichen Budgets gem. § 17 SGB IX die aus ihrer Sicht budgetfähigen Leistungen in einer gemeinsamen Empfehlung vom 28.6.2004 konkretisiert.

Obwohl der Gesetzgeber für die Ausführung als persönliches Budget keine Einschränkung der Leistungen der Krankenversicherung vorsieht, beschränkt die Empfehlung die budgetfähigen Leistungen in der Verantwortung der Selbstverwaltung – in der Sache weder nachvollziehbar, noch von der Zielsetzung des Gesetzes her gerechtfertigt - auf folgende Leistungen des SGB V:

Häusliche Krankenpflege	Haushaltshilfe
Fahrkosten	Reisekosten
Rehabilitationssport	Funktionstraining
zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel	
Betriebskosten bei Hilfsmitteln	
Aufwendungsersatz für Blindenführhunde	
Gebärdensprachdolmetscher.	

Ohne Begründung sind ausgenommen Ärztliche Behandlung, Heilmittel, Arzneimittel, Reha-Leistungen, obwohl letztere nach § 17 Abs. 2 S. 1 SGB IX ausdrücklich bereits gesetzlich einbezogen sind. Für bestimmte pflegebedürftige Menschen sind die Überwindung der Schnittstellen des Systems und ein selbstbestimmtes Leben bei Ausgrenzung z.B. der Soziotherapie oder der stationären bzw. ambulanten Hospizleistungen nicht erreichbar.

Die nach dem geltenden Recht bestehenden Ansprüche müssen ggfls. auf dem Rechtsweg durchgesetzt werden.

Leider enthält die Empfehlung der Spitzenverbände der Krankenkassen auch rechtlich nicht legitimierte Restriktionen zum Verwaltungsverfahren, z.B.:

- obwohl mit der Regelung im Sinne der „Leistungsgewährung aus einer Hand“ gerade die Verfahren der Versorgung vereinfacht, verkürzt und beschleunigt werden sollen
- geht die Empfehlung rechtswidrig davon aus, dass der Berechtigte bei erstmaliger Geltendmachung einer Leistung neben dem Budgetantrag beim federführenden Leistungsträger noch einen eigenständigen Leistungsantrag bei der Kasse stellen muss.

4.2.1.2 Budgetfähige Leistungen der Pflegeversicherung

Für den Bereich der **Pflegeversicherung** hat der Gesetzgeber die budgetfähigen Leistungen mit einer abschließenden Aufzählung unmittelbar in § 35a SGB XI wie folgt vorgegeben:

- Pflegesachleistung nach § 36**
- Pflegegeld nach § 37 Abs. 1
- Kombinationsleistung nach § 38*, **
- zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel nach § 40 Abs. 2
- Tags- und Nachtpflege nach § 41**

*nur das anteilige und im Voraus bestimmte Pflegegeld als Geldleistung

**Sachleistungen als Gutschein.

4.2.1.3 Budgetfähige Leistungen der Rehabilitationsträger (einschl. Sozialhilfeträger)

Die **Rehabilitationsträger – einschl. der Träger Sozialhilfe** bzw. Kinder- und Jugendhilfe – können nach dem SGB IX bzw. SGB XII zum persönlichen Budget vor allen Dingen folgende **Hilfen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft** beisteuern:

- Versorgung mit anderen als in §§ 31 SGB IX bzw. § 40 SGB XI genannten Hilfsmitteln
- Hilfen zur Förderung der Verständigung mit der Umwelt
- Hilfen bei der Beschaffung, dem Umbau, der Ausstattung und der Erhaltung einer Wohnung, die den besonderen Bedürfnissen der behinderten Menschen entspricht
- Hilfen zu selbstbestimmtem Leben in betreuten Wohneinrichtungen
- Hilfen zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben
- Hilfen zum Erwerb praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten, die erforderlich sind, behinderte Menschen für sie erreichbare Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen

4.2.1.4 Leistungskonkurrenz

In diesem Zusammenhang ist darauf hin zu weisen, dass pflegebedürftige Menschen in der Regel zugleich auch

- behinderte Menschen im Sinne von § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX oder von
- Behinderung bedrohte Menschen im Sinne von § 2 Abs. 1 Satz 2 SGB IX

sind. Ein Mensch ist auch dann behindert oder von Behinderung bedroht, wenn er pflegebedürftig ist oder wird und er verliert seine Rechte und Ansprüche nach dem SGB IX nicht etwa deshalb, weil er zugleich auch als Pflegebedürftiger Leistungen nach dem SGB XI beanspruchen kann.

Danach kann z.B. ein Sozialhilfeträger Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft nach §§ 55 ff SGB IX nicht etwa mit der Begründung ablehnen, dass der Antragsteller pflegebedürftig sei und Leistungen ausschließlich noch auf der Grundlage des SGB XI zu prüfen und zu entscheiden seien. Mit Blick auf die unterschiedlichen Aufgabenstellungen und Ziele der Sozialgesetzbücher V, IX und XI können im Recht fast deckungsgleich formulierte Leistungsansprüche (z.B. Hilfsmittel) materiell ganz unterschiedlich ausgeprägt sein, je nach dem, ob damit die gesundheitliche Grundversorgung, die Mobilität in einer Pflegeeinrichtung oder die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft erreicht werden soll. Es kann des-

halb wegen der bestehenden Leistungskonkurrenz allenfalls um die Vermeidung ungerechtfertigter Doppelleistungen gehen.

4.2.2 Ausführung des persönlichen Budgets

Das persönliche Budget nach § 17 SGB IX ist

- in der Regel als Geldleistung
- in begründeten Fällen durch Gutscheine (Abs. 2 Satz 4)

auszuführen, wobei

- in § 35a SGB XI ausdrücklich klargestellt wird, dass die Gutscheine auch im Bereich der Pflegeversicherung dazu dienen, Sachleistungen budgetfähig zu handhaben, was im Ergebnis – vergleichbar den Modellvorhaben nach § 8 Abs. 2 SGB XI - auch die bedarfs- und zielgerichtete Anpassung der gesetzlich definierten Leistungen an die Anforderungen des Einzelfalles und insoweit einen Ermessensspielraum hinsichtlich der konkreten Leistungsausgestaltung beinhaltet.
- Das heißt für Sachleistungen im Rahmen des SGB V bzw. SGB IX auch, diese auf den nach § 10 SGB IX festgestellten individuellen Bedarf funktionsbezogen zuschneiden zu können.

§ 17 Abs. 3 Satz 2 SGB IX schreibt ausdrücklich vor, dass die persönlichen Budgets auf der Grundlage der nach § 10 Abs. 1 SGB IX getroffenen Feststellungen so bemessen werden müssen, dass der individuelle festgestellte Bedarf gedeckt wird und die erforderliche Beratung und Unterstützung erfolgen kann.

Damit sind die Kosten der individuellen Beratung und Unterstützung, d.h., des Case-Managements, ausdrücklich Gegenstand des Budgets und von den Leistungsträgern zu finanzieren.

4.2.3 Feststellung des Bedarfs

Im Übrigen wird eine weitere Regelung des SGB IX – nämlich die zur **Bedarfsfeststellung** nach § 10 – ausdrücklich über das Leistungsrecht des SGB IX hinaus auf alle übrigen Sozialgesetze und beteiligte Sozialleistungsträger erstreckt. Die Träger, die an einem persönlichen Budget beteiligt sein können, sind danach nunmehr im Rahmen der für sie geltenden spezifischen Sozialgesetze verpflichtet, für die Bemessung des persönlichen Budgets die nach dem individuellen Bedarf voraussichtlich erforderlichen Leistungen funktionsbezogen festzustellen und schriftlich so zusammen zu stellen, dass sie nahtlos ineinander greifen. Die funktionsbezogene Feststellung des individuellen Leistungsbedarfs erfordert die Feststellung von Art und Ausmaß der Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft im Sinne der Internationalen Klassifikation für Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO. Auf dieser Grundlage ergibt sich dann zu den verschiedenen Ausprägungen der Teilhabebeeinträchtigungen (Körperliche, seelische, soziale Integrität, Integrität der Aktivitäten und Leistungen) der interdisziplinäre Leistungsbedarf auf der Grundlage der verschiedenen Sozialleistungsgesetze, die in dem persönlichen Budget zusammengefasst und aus einer Hand ausgeführt werden.

Derzeit entspricht jedoch das Verfahren zur Feststellung des individuellen, funktionsbezogenen Leistungsbedarfs bei keinem Sozialleistungsträger den gesetzlichen Anforderungen bzw. den Maßstäben der ICF:

- SGB IX: Interdisziplinäre Sachverständigengutachten nach § 14, die Art und Umfang der Teilhabebeeinträchtigungen im Sinne der ICF vollständig und umfassend erheben; tatsächlich jedoch – auch nach gemeinsamer Empfehlung „Einheitliche Begutachtung“ vorwiegend rein medizinische Gutachten, die sich im Wesentlichen auf die Feststellung der Beeinträchtigungen der körperlichen und seelischen Integrität beschränken
- SGB V: Med. Begutachtung des MDK nach § 275 Abs. 1 SGB V; tatsächlich: häufig nur

ärztliche Verordnung zu rein medizinisch definierten Sachverhalten

- SGB XI: Pflegeeinstufung durch den MDK nach § 18 SGB XI: Gesetzlich ausdrücklich beschränkt auf die Untersuchung der – vorwiegend durch körperliche Beeinträchtigungen verursachte – Einschränkungen im Sinne des § 14 Abs. 4 XI.

Im Rahmen der derzeit bis 31.12.2007 laufenden Modell- und Erprobungsphase muss es deshalb primär darum gehen, geeignete Assessmentverfahren im Sinne des § 10 SGB IX zu gestalten, die den gesetzlichen Anforderungen entsprechen.

U.a. wegen dieser Defizite im Zusammenhang mit der Bedarfsfeststellung besteht bis zum 31.12.2007 lediglich ein Ermessensanspruch auf die Ausführung eines persönlichen Budgets, der allerdings ab 1.1.2008 durch einen Rechtsanspruch ersetzt wird.

4.2.4 Das Verfahren nach der BudgetV

Das **Verfahren** zur Beantragung, Entscheidung und Ausführung eines persönlichen Budgets nach § 17 Abs. 2 – 4 SGB IX ist für alle beteiligten Sozialleistungsträger einheitlich und verbindlich in der Budgetverordnung (BudgetV) vom 27.5.2004 geregelt.

Danach ist der nach § 14 SGB IX zuständige Leistungsträger oder der Träger der gemeinsamen Servicestelle, bei der der Antrag gestellt wird, als „Beauftragter“ Herr des Verfahrens. Er

- beteiligt die übrigen leistungsverpflichteten Träger
- stellt den Budgetbedarf fest und holt Stellungnahmen der übrigen Träger ein
 - zum Bedarf, der durch Budget gedeckt wird
 - der Höhe des Budgets
 - dem Inhalt der Zielvereinbarung
 - dem Beratungs- und Unterstützungsbedarf
- berät gemeinsam mit dem Berechtigten- ggfls. auch mit den übrigen Trägern – in einem Bedarfsfeststellungsverfahren das Ergebnis seiner Feststellungen sowie die Zielvereinbarung über
 - die Ausrichtung der individuellen Förder- und Leistungsziele
 - die Erforderlichkeit des Nachweises für die Deckung des individuellen Bedarfs sowie
 - die Qualitätssicherung
- erlässt den Verwaltungsakt und erbringt für alle Träger die Leistung.

Die vom Verfasser erstellte Kommentierung des § 17 SGB IX ist als Auszug aus dem Kommentar Bihr/Fuchs/Krauskopf/Ritz zum SGB IX (asgard-verlag, St. Augustin) auf der Internetplattform des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen sgb-ix-umsetzen.de einzusehen.

5. Weiterentwicklung der Pflegeversicherung

Im Zusammenhang mit dem hier abgehandelten Thema ergeben sich Anforderungen an eine Strukturreform, die durch folgende Stichworte gekennzeichnet sind

- Gestaltung eines umfassenden Pflegebegriffs im Sozialrecht
- Ausbau von Prävention und Rehabilitation
- Orientierung der Leistungen und des Leistungsinhalts am individuellen Pflegebedarf
- Feststellung des individuellen Leistungsbedarfs durch ICF-orientierte Assessments
- Ziel der Leistungen muss neben der selbstbestimmten Lebensführung die Teilhabe pflegebedürftiger Menschen am Leben in der Gesellschaft sein
- Entwicklung und Einführung einer Leistungsklassifikation zur bedarfs- und zielgerichteten Leistungsausführung
- Vergütung entsprechend dem Ressourcenverbrauch
- Bedarfsgerechter Ausbau insbesondere interdisziplinärer, nichtstationärer Versorgungsstrukturen
- Stärkung der Rechte der Pflegebedürftigen

Der Verfasser hat diese und andere Eckpunkte in einem Memorandum „**Aspekte einer wirksamen Strukturreform der Pflegeversicherung**“ (vergl. Internetplattform des Verfassers www.harry-fuchs.de).zusammengefasst und begründet. Die zugleich vorgelegten Entwicklungsvorschläge greifen zurück auf Stellungnahmen des Verfassers zum Thema Pflegeversicherung an die Enquête -Kommission Demographischer Wandel des Deutschen Bundestages.

Eine frühere Kurzfassung dieser Überlegungen wurde gemeinsam mit Frau Schmidt-Zadel in „Arbeit und Sozialpolitik“, Heft 11/12, 2002, Seiten 55 ff veröffentlicht und kann dort nachgelesen werden.