

Arbeitskreis Teilhabeorientierte Pflege
bei der
Beauftragten der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen

Empfehlungen
für eine teilhabeorientierte Pflege

Präambel

Teilhabeorientierte Pflege ist eine Pflege, die selbstbestimmte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ermöglicht. Sie lässt sich leiten von einem Menschenbild, das die unveräußerliche Würde jedes Menschen und seine unteilbaren Menschen- und Bürgerrechte einschließt. Sie sieht den Menschen als individuell einmaliges und zugleich soziales Wesen und sichert ihm einen Platz in der menschlichen Gemeinschaft. Sie nimmt den Menschen mit seinen Potenzialen, Fähigkeiten, Wünschen und Möglichkeiten als Ausdruck seiner Selbstbestimmung und als Verwirklichung von Individualität und Persönlichkeit wahr. Die Ausübung von Selbstbestimmung ist für Menschen mit Pflegebedarf davon abhängig, ob sie die tatsächlichen Voraussetzungen zur Ausübung ihrer Freiheit haben und ob diese Voraussetzungen in ihrer Lebenssituation verwirklicht werden können. Die Sicherung von grundlegenden Existenzbedingungen durch basale Versorgungsleistungen ist die elementare Voraussetzung. Deshalb ist teilhabeorientierte Pflege das Leitbild für die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung und für ihre zukünftige systematische Stellung in den Sozialgesetzbüchern.

Übersicht: Thesen

- Teilhabe und Selbstbestimmung sind die wesentlichen Zielvorstellungen, an denen sich alle Leistungen zur Pflege und alle Reformen der Pflegeversicherung orientieren müssen.
- Die normative, für alle Sozialleistungsträger gültige, Bestimmung von Unterstützungsbedarfen eines Menschen, die dem Bereich „Pflege“ zuzuordnen sind (in diesen Empfehlungen: Pflegebedarf), muss getrennt werden von der Definition dessen, was im Rahmen der Pflegeversicherung an Leistungen erbracht wird (Pflegebedürftigkeit).
- Die Deckung des Pflegebedarfs ist eine wesentliche Voraussetzung für Teilhabe und muss daher mit anderen Leistungen zur Teilhabe koordiniert und vernetzt werden. Daher sind Leistungen zur Pflege perspektivisch als Teilhabeleistung und die Leistungsträger der Pflege als Rehabilitationsträger in das Neunte Buch Sozialgesetzbuch aufzunehmen; als Meilenstein auf diesem Weg ist zuvor das Verhältnis der Pflegeversicherung zur Krankenversicherung und zur Sozialhilfe als Rehabilitationsträger abzuklären.
- Sowohl Pflegebedarf als auch Pflegebedürftigkeit müssen teilhabeorientiert definiert werden. Parallel dazu sind entsprechende Instrumente zur Begutachtung zu entwickeln, die kompatibel zu den eingeführten Begutachtungsinstrumenten in der Rehabilitation sein müssen.
- Menschen mit Pflegebedarf müssen gleichberechtigten Zugang zu allen Teilhabeleistungen und zu allen anderen Sozialleistungen haben.
- Alle Leistungen sind am Bedarf orientiert zu erbringen, unabhängig davon, wo die Menschen mit Pflegebedarf wohnen oder sich aufhalten.
- Die Höhe der Leistungen für ambulante und stationäre Pflege ist schrittweise anzugleichen, jedoch muss parallel dazu der Ausbau der bedarfsgerechten ambulanten Infrastruktur vorangetrieben werden.
- Im Rahmen des Persönlichen Budgets und anderer Arbeitgebermodelle muss die Pflegesachleistung auch als Geldleistung erbracht werden, wenn die Pflege entgeltlich im Rahmen eines Arbeitsverhältnisses geleistet wird.
- Die Rechte der Menschen mit Pflegebedarf und ihrer Angehörigen im Verfahren müssen gestärkt und durch den Ausbau unabhängiger Beratungsangebote unterstützt werden.
- Die Angebote zur Unterstützung pflegender Angehöriger müssen flexibler gestaltet und ausgebaut werden.

- Qualitätssicherung muss sich primär an der Ergebnisqualität, d. h. an den Interessen der Leistungsberechtigten, orientieren.
- Die Finanzierung der Pflegeversicherung muss weiterhin solidarisch erfolgen.

1. Einleitung

Diese Empfehlungen beziehen sich auf die Situation von Menschen, bei denen als Folge ihrer Behinderung Pflegebedarf eingetreten ist. Soweit durch einen Pflegebedarf Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist oder eine solche Beeinträchtigung droht, sind pflegebedürftige Menschen (SGB XI) zugleich behinderte Menschen i.S.d. § 2 SGB IX.

Seit 2001 erhalten behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen nach dem SGB IX Leistungen, um ihre Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken.

1994 wurde die Soziale Pflegeversicherung als eigene Säule der sozialen Sicherung in Deutschland etabliert. Seither hat es viele Aktivitäten gegeben, die eine kritische Bestandsaufnahme unternahmen und Vorschläge sowohl zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung als auch korrespondierender Vorschriften (SGB XII, Heimrecht, Schnittstellen usw.) machten. Zu nennen sind hier u. a. der von der Bundesregierung initiierte Runde Tisch Pflege in der 15. Legislaturperiode oder die Enquête-Kommission Pflege des nordrhein-westfälischen Landtags.

Jedoch sind bei allen bisherigen Diskussionen zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung die Auswirkungen, die die Teilhabeorientierung (SGB IX) für behinderte Menschen mit Pflegebedarf hat, nicht ausreichend berücksichtigt worden. Im Übrigen wurden besondere Bedürfnisse bestimmter Personengruppen, z. B. Berufstätige und Studierende mit Pflegebedarf, Menschen mit Erziehungs- und Familienaufgaben oder behinderte Kinder in Familien sowie Menschen mit Kommunikationsbeeinträchtigungen bislang in den Überlegungen zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung noch nicht angemessen beachtet. Letztlich ist die bisherige Diskussion – der ursprünglichen Zielsetzung des SGB XI folgend – auf die Situation älterer Menschen mit Pflegebedarf fokussiert.

Im Rahmen der Weiterentwicklung der Pflegeversicherung oder nachfolgender, weiterführender Gesetzgebungsverfahren (z. B. SGB IX, SGB XII etc.) muss die Teilhabeorientierung durchgängiger Maßstab der Sozialgesetzgebung werden. Das in der Behindertenpolitik entwickelte Paradigma umfassender Teilhabe am Leben in der Gesellschaft muss zukünftig auch für ältere Menschen mit Pflegebedarf Wirksamkeit entfalten.

Die Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen, Karin Evers-Meyer, hat im Mai 2006 den *Arbeitskreis teilhabeorientierte Pflege* berufen. Sie beauftragte ihn, „gemeinsame Positionen und Anforderungen an eine Pflegereform aus Sicht behinderter Menschen und der Behindertenbeauftragten zu formulieren“. Der Arbeitskreis bestand aus Vertrete-

rinnen und Vertretern der Selbsthilfe behinderter Menschen und ihrer Angehörigen sowie der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege und der Sozialverbände. Expertinnen und Experten sowie Vertreterinnen und Vertreter der beteiligten Bundesministerien nahmen beratend teil.

Die vorliegenden Empfehlungen sollen bewirken:

- die umfassende Implementierung von Selbstbestimmung und Teilhabe in das gesamte Sozialrecht als übergeordnete Aufgabe,
- die durchgängige Orientierung des Leistungsgeschehens an individuellen Lebenssituationen, Ressourcen und Bedarfslagen,
- die konsequente Ausrichtung von Verwaltungshandeln und -verfahren aller zuständigen Träger an den vorstehenden Zielen.

Die Koalitionsvereinbarung für die 16. Legislaturperiode vom November 2005 enthält die Ankündigung, ein „Gesamtkonzept der Betreuung und Versorgung pflegebedürftiger, behinderter und alter Menschen“ zu erarbeiten.

Die Empfehlungen

- bringen konkrete Vorschläge in die Gesetzgebungsverfahren zur Pflege- und Gesundheitsreform ein und
- leisten einen Beitrag zur Diskussion über das gemäß der Koalitionsvereinbarung angestrebte Gesamtkonzept.

2. Grundsätzliches: Pflege und Teilhabe

2.1 Teilhabe und Selbstbestimmung als übergeordnete Maßstäbe

Mit dem SGB IX ist die übergeordnete Zielperspektive der Förderung von Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft in das Sozialgesetzbuch eingeführt worden.

Teilhabe ist – unter Bezug auf die Terminologie und Definitionen der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO – das Einbezogen-sein einer Person in verschiedene Lebensbereiche (Lernen und Wissensanwendung, allgemeine Aufgaben und Anforderungen, Kommunikation, Mobilität, Selbstversorgung, häusliches Leben, interpersonelle Interaktionen und Beziehungen, bedeutende Lebensbereiche, Gemeinschaftsleben, soziales und staatsbürgerliches Leben). Die konkrete Gestaltung von Teilhabe ist

immer abhängig von der individuellen Lebenssituation; damit ist eine Normierung von Teilhabe ausgeschlossen.

Sofern Beeinträchtigungen eines Menschen (§ 2 SGB IX) die von ihm in Wahrnehmung seines Rechts auf Selbstbestimmung gewünschte Teilhabe behindern, stehen ihm Leistungen ggf. aus verschiedenen Sozialgesetzbüchern, insbesondere aus den SGB V, IX, XI, XII zu, um seine gleichberechtigte Teilhabe zu fördern.

Jeder Mensch hat einen umfassenden, uneingeschränkten Anspruch auf Selbstbestimmung. Dieses Recht auf Selbstbestimmung ist nicht abhängig vom Ausmaß der Selbstständigkeit, mit der selbstbestimmte Ziele erreicht werden und unabhängig vom Maß der möglichen Zielerreichung.

2.2 Teilhabeorientierte Pflege

2.2.1 Pflegebedarf und Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftigkeit – in der Begrifflichkeit des SGB XI - bezieht sich ausschließlich auf die Leistungspflicht der Pflegeversicherung (SGB XI). Darüber hinausgehende Pflegebedarfe sind derzeit davon nicht erfasst.

Bei der Weiterentwicklung der Pflegeversicherung müssen jedoch weitere Aspekte von Pflegebedarf in den Begriff der Pflegebedürftigkeit nach SGB XI einbezogen und damit die Kriterien von Pflegebedürftigkeit vervollständigt werden. So besteht z. B. bei Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (z. B. geistige Behinderung, Demenz) ein Unterstützungsbedarf, der im Rahmen des Pflegebedarfs stärker berücksichtigt werden sollte. Dieser ist zunächst unabhängig davon zu erfassen, von wem Leistungsansprüche zu finanzieren sind. Die Fokussierung von Pflegebedürftigkeit auf somatische Aspekte und auf verrichtungsbezogene Leistungen muss überwunden werden.

Es ist unbedingt notwendig, neben die erweiterten Bestimmungen des Pflegeversicherungsrechtes verbindliche, das gesamte Sozialrecht übergreifende, Regelungen zur Pflege im Sinne eines Pflegerechtes zu stellen. Die Föderalismusreform macht erforderlich, mit einem solchen Pflegerecht u. a. diejenigen Sachverhalte zu regeln, die weiterhin in der Gestaltungsverantwortung des Bundesgesetzgebers bleiben.

Das Pflegerecht könnte entweder als Pflegegesetzbuch (mit einem Ersten Teil Pflegerecht und einem Zweiten Teil Pflegeversicherung) oder als Dritter Teil des SGB IX gefasst werden.

Ein Teilhabebedarf ist bisher weder im Rahmen der Pflegeversicherung noch im Rahmen der Hilfe zur Pflege zu berücksichtigen. Die zutreffende Feststellung eines Teilhabebedarfs setzt aber einen für alle Sozialleistungssysteme operationalisierbaren Begriff des Pflegebedarfs voraus. Der Begriff des Pflegebedarfs muss – wie auch der Begriff des Teilhabebedarfs – unabhängig von der Frage definiert werden, welcher Sozialleistungsträger für die Leistung zuständig ist.

Die Weiterentwicklung des Sozialrechts muss gewährleisten, dass alle Bedarfe, die sich aus der Teilhabebeeinträchtigung ergeben, durch ein an der ICF orientiertes Assessment festgestellt werden. Dabei ist der sich auf die Pflege beziehende Bedarf nur ein Teilaspekt. Mit der Orientierung an der ICF sind die Erfassung von Funktions-, Aktivitäts- und Teilhabebeeinträchtigungen ebenso möglich wie die von Entwicklungs- und Erhaltungspotenzialen.

2.2.2 Feststellung des Teilhabe- und Pflegebedarfs

Die zur Gewährleistung der Teilhabe der Menschen mit Pflegebedarf verpflichteten Sozialleistungsträger haben gemäß § 10 SGB IX die Leistungen entsprechend dem individuell festgestellten funktionsbezogenen Leistungsbedarf im Rahmen ihrer jeweiligen Verantwortung umfassend zu erbringen. Dazu sind geeignete ICF-orientierte Feststellungsverfahren trägerübergreifend zu entwickeln und einzuführen.

Die Feststellung der individuellen Teilhabe-, Hilfe- und Pflegebedarfe einer Person soll in einem umfassenden und verbindlichen Feststellungsverfahren (Assessment) stattfinden, das individuell angepasst wird.

Im Feststellungsverfahren müssen alle im Einzelfall erforderlichen Fachdisziplinen beteiligt und vor allem die Sichtweise der betroffenen Person – ggf. deren Angehörige, Vertrauenspersonen oder gesetzliche Betreuer – einbezogen werden. Der Gesetzgeber muss Festlegungen zum Verfahren der systematischen Entwicklung von geeigneten Instrumenten und Verfahrensabläufen so bald wie möglich treffen.

2.2.3 Leistungen bei Pflegebedürftigkeit

In den bevorstehenden Gesetzgebungsverfahren zu den SGB V, IX, XI, XII muss unbedingt verbindlich entschieden werden, welche Aufgaben und Leistungen den jeweiligen Leistungsträgern zugeordnet werden, um die bisherigen Abgrenzungsprobleme an den Schnittstellen zu beseitigen. Damit ist auch zu klären, welche Komponenten des ermittelten Pflegebedarfs in die Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeversicherung einbezogen werden sollen.

Die Pflegeversicherung hat Teilleistungscharakter. Trotzdem dürfen im Verhältnis zu anderen Leistungsbedarfen keine Lücken entstehen. Insbesondere darf die Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung niemals ausschließen, dass bei Bedarf weitere Pflegeleistungen (z. B. in Form ergänzender Hilfen zur Pflege) oder Leistungen zur Teilhabe (z. B. Eingliederungshilfe nach dem SGB XII) in Anspruch genommen werden können. Auf diese Weise wird u. a. der Unzufriedenheit Betroffener und ihrer Angehöriger begegnet, wenn nach deren Wahrnehmung der alltägliche Pflegebedarf durch die von der Pflegeversicherung finanzierten Leistungen nicht gedeckt wird.

2.3 Koordination des Sozialrechts

Die Leistungen der Pflegeversicherung müssen mit den Leistungen und Verfahren zur Teilhabe im SGB IX vernetzt werden (z. B. bei Beratung, Bedarfsermittlung, Antragsverfahren als auch bei Leistungserbringung). Das Persönliche Budget nach § 17 SGB IX ist – sozialrechtsübergreifend – ein für alle Personengruppen und Leistungsarten geeignetes Instrument, falls Hemmnisse wie z. B. die Gutscheinregelung und der Verrichtungsbezug (§ 35a SGB XI) beseitigt werden. Damit bestünde für das personenbezogene Budget in der Pflege (§ 8 SGB XI) als besondere Leistung der Pflegeversicherung dann kein Bedarf mehr, wenn der Anspruch nach SGB IX umfassend gestaltet wird und dann auch alle Menschen mit Pflegebedarf einschließt.

Im Übrigen ist eine optimale Koordination von Leistungen für behinderte Menschen mit Pflegebedarf nur zu erreichen, wenn alle Träger, die Pflegeleistungen erbringen, in eigener Verantwortung über die Teilhabeleistungen einschließlich der pflegerischen Anteile entscheiden müssen. Dazu muss die Pflegeversicherung in der Zukunft zum Rehabilitationsträger (§ 6 SGB IX) werden. Damit ist sie uneingeschränkt in die Verfahren des SGB IX (Begutachtung, Zuständigkeitsklärung, Servicestellen etc) integriert. Der finanzielle Aufwand der Pflegeversicherung dafür wird kompensiert durch Einsparpotentiale infolge der systematischen Erbringung von Rehabilitationsleistungen.

3. Empfehlungen zur Grundstruktur der Pflegeversicherung im System der Teilhabe- und Hilfeleistungen für behinderte Menschen

Aus den grundsätzlichen Erwägungen zur Teilhabeorientierung ergeben sich die folgenden Grundprinzipien für Leistungen bei Pflegebedarf:

3.1 Bedarfsorientierung der Leistungen unabhängig vom Aufenthaltsort

Die Leistungssysteme sind so auszugestalten, dass alle notwendigen Bedarfe behinderter Menschen – unabhängig von dem Ort, an dem sie wohnen oder unterstützt werden – gedeckt werden.

Es sind dabei geeignete Verfahren zu entwickeln, die sicherstellen, dass Bedarfe bei Beteiligung mehrerer Leistungsträger weder ungedeckt bleiben noch doppelt vergütet werden.

3.2 Häuslichkeitsbegriff

Um die Durchlässigkeit der Systeme sicherzustellen, ist der Begriff der Häuslichkeit mit der Wirkung zu überarbeiten, dass Leistungen, auf die grundsätzlich ein Anspruch besteht, unabhängig vom Wohn- oder Aufenthaltsort erbracht werden.

Es darf nicht geschehen, dass der Zugang zu bestimmten Leistungen nur deshalb verschlossen ist, weil ein Mensch mit Pflegebedarf in einer Pflegeeinrichtung oder in einer Einrichtung der Behindertenhilfe lebt oder weil er sich in bestimmten Tageseinrichtungen aufhält. Dies gilt auch für Leistungen der Behandlungspflege.

3.3 Ambulante und stationäre Leistungen

Grundsätzlich sind für gleiche Hilfebedarfe auch gleiche Leistungen zu erbringen. Daher sind die ambulanten und stationären Sachleistungsbeträge schrittweise anzugleichen. Allein diese Angleichung der Sachleistungsbeträge führt jedoch noch nicht zu einer Stärkung der ambulanten Versorgung; es ist also parallel dazu der Ausbau der ambulanten Infrastruktur teilhabeorientiert voranzutreiben.

Da die Sachleistungsbeträge als Zuschüsse der Pflegeversicherung nur einen Teil des bedarfsgerechten Aufwandes abdecken, ist individuelle Unter- und Fehlversorgung durch weitere Leistungen und durch verbesserte, teilhabeorientierte Konzepte zu verhindern.

3.4 Leistungsarten der Pflegeversicherung

Aus dem Grundsatz der Bedarfsorientierung ergibt sich, dass die bestehenden Leistungsoptionen erweitert werden müssen:

- das Pflegegeld ist zu erhalten und zu dynamisieren (s. 6.4),

- bei der Pflegesachleistung ist der derzeitige Verrichtungsbezug zu überwinden, so dass flexiblere Angebote geschaffen werden können, (s. 6.1)
- eine flexiblere Kombination aus Geld- und Sachleistung ist zu ermöglichen,
- als weitere Option ist eine Geldleistung bis zur Höhe der Pflegesachleistung, wie z. B. im Rahmen des Persönlichen Budgets oder des Arbeitgebermodells, zu gewähren (vgl. 5.5).

4. Verhältnis zu anderen Sozialleistungen

4.1 Pflegeversicherung und Hilfe zur Pflege nach SGB XII

Die Hilfe zur Pflege nach SGB XII muss als Instrument der Deckung des individuellen Pflegebedarfs erhalten bleiben, sofern der jeweils zu deckende Bedarf über die Pflegebedürftigkeit nach SGB XI hinausgeht. Ihr Bezug schließt den Bezug von Leistungen zur Teilhabe nicht aus. (s. 2.3.3)

4.2 Pflegeversicherung und Eingliederungshilfe nach SGB XII

Jeder behinderte Mensch, auch derjenige mit sehr hohem Pflegebedarf, hat die Fähigkeit zur Teilhabe und das Recht auf Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. Ansprüche auf Leistungen der Eingliederungshilfe zur Teilhabe schließen deshalb Pflegeleistungen mit ein (§ 13 Abs. 3 Satz 3 SGB XI). Sie dürfen nicht mit dem Hinweis auf den Pflegebedarf eingeschränkt oder versagt werden.

Unabhängig vom jeweiligen Aufenthaltsort des Menschen mit Pflegebedarf müssen sich die Pflegekassen auch an den in Einrichtungen nach § 71 Abs. 4 SGB XI erbrachten Pflegeleistungen mit einem Zuschuss in Höhe der Pflegesachleistung beteiligen. Der § 43a SGB XI muss deshalb entsprechend angepasst werden.

4.3 Pflegeversicherung und Prävention

Maßnahmen der allgemeinen gesundheitlichen Prävention müssen sich künftig gerade auch an Menschen richten, die bereits chronisch krank oder behindert sind oder Pflegebedarfe haben. Präventionsmaßnahmen sind auf deren Lebenswelten auszurichten und barrierefrei anzubieten.

Die geplante stärkere Förderung der gesundheitlichen Prävention durch verschiedene Sozialversicherungsträger darf nicht zu einer Verengung der Budgets für Rehabilitation und Pflege führen.

Angebote zur Vorbeugung von Pflegebedürftigkeit müssen stärker gefördert aber auch mit den Leistungen zur Rehabilitation und zur Heilbehandlung vernetzt werden. Es müssen mehr Anreize geschaffen werden, Verschlimmerungen des Pflegebedarfs vorzubeugen.

4.4 Pflegeversicherung und Rehabilitation

Alle Träger der medizinischen Rehabilitation (§§ 5, 6 SGB IX) müssen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im Sinne des § 26 Abs. 1 bis 3 SGB IX umfassend und ohne Ausschlüsse erbringen. Insbesondere ist die GKV in der Pflicht, hinsichtlich der Personen, die nicht oder nicht mehr im Erwerbsleben stehen, ihren gesetzlichen Auftrag umzusetzen. Eine entsprechende Klarstellung im § 40 SGB V ist vorzunehmen.

Das gesamte Spektrum der Leistungen des § 26 SGB IX muss selbstverständlich allen Menschen mit bestehendem oder drohendem Pflegebedarf zur Verfügung stehen. Die Erfolgsaussichten medizinischer Rehabilitation sind insbesondere auch hinsichtlich der Erhaltung und Stabilisierung von Funktionen sowie der möglichen Verzögerung von Verschlechterungsprozessen zu beurteilen.

Die Leistungen des § 26 SGB IX können sowohl im Rahmen einer zusammengefassten Maßnahme zur (ambulanten oder stationären) medizinischen Rehabilitation als auch einzeln erbracht werden; wichtig ist dabei jedoch die koordinierte Erbringung und ggf. die Berücksichtigung von zusätzlichen Pflegebedarfen (z. B. Barrierefreiheit der Einrichtungen).

Die Verbesserung der Beratung und Finanzierung von Wohnraumanpassung – innerhalb und außerhalb der Leistungen der Pflegeversicherung – ist notwendig.

4.5 Pflegeversicherung und Heil- und Krankenbehandlung nach SGB V

4.5.1 Medizinische Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf

Bei der medizinischen Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf müssen Anreize für eine bessere haus- und fachärztliche Versorgung gesetzt und Zugangsbarrieren abgebaut werden. Insbesondere ist das Entgeltsystem sowohl für die ärztliche wie auch für die Heilmittelbehandlung so zu gestalten, dass über den Behandlungsanlass hinausgehende behinderungs- bzw.

pflegebedingte Bedarfe abgebildet werden können und die notwendige Betreuung nicht zu Lasten der Behandlung selbst erbracht wird.

Behandlungseinrichtungen (Praxen, stationäre Einrichtungen, Versorgungszentren) müssen barrierefrei sein. Bei der Definition von „Hausbesuchen“ und bei Fahrkosten müssen ebenfalls Hemmnisse für eine bedarfsgerechte Versorgung abgebaut werden. Für viele Gruppen behinderter Menschen mit Pflegebedarf ist die weitere gesetzliche Öffnung von Krankenhäusern für die ambulante Versorgung notwendig.

4.5.2 Krankenpflege

Aufgrund der leistungsrechtlichen Differenzierung zwischen der häuslichen Krankenpflege (§ 37 SGB V) einerseits und der Pflege im Sinne des SGB XI andererseits bestehen die bekannten Schnittstellenprobleme, die weitgehend durch eine Erweiterung des Häuslichkeitsbegriffs (s. 3.2) gelöst werden.

Die endgültige Verlagerung des Aufwandes für die Behandlungspflege in die Pflegeversicherung ist abzulehnen; sie führt dazu, dass sich die für die Pflege verfügbaren Mittel erheblich reduzieren. Die Folgen sind deutliche negative Auswirkungen auf die Pflegequalität.

4.5.3 Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf im Akutkrankenhaus

Die behinderungsbedingt notwendige individuelle Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf muss auch bei Behandlung im Akutkrankenhaus oder in einer Rehabilitationseinrichtung in personeller Kontinuität fortgesetzt werden können. Die damit verbundenen Kosten müssen von den Trägern, die vor Beginn der stationären Behandlung zuständig waren, weiter getragen werden. Insbesondere dürfen Aufenthalte im Akutkrankenhaus oder in einer Rehabilitationseinrichtung nicht zum Abbruch der Assistenzverhältnisse führen.

4.5.4 Entlassungs- und Überleitungsmanagement

Zeitgleich mit der Entscheidung über die Entlassung aus dem Krankenhaus muss vom und im Krankenhaus eine Einschätzung über den Pflegebedarf getroffen werden. Es soll eine vorläufige Pflegestufe bis zur endgültigen Begutachtung im Rahmen des SGB XI festgelegt werden.

Außerdem hat eine fachkompetente Beratung der Menschen mit Pflegebedarf und ihrer Angehörigen hinsichtlich der Pflege- und andere Unterstützungsangebote sowie Unterstützung beim Zugang zu diesen Angeboten zu erfolgen. Das Krankenhaus ist für die Initiierung einer lückenlosen Versorgung mit Pflegeleistungen verantwortlich.

4.5.5 Heilmittel

Eine bedarfsgerechte Versorgung behinderter Menschen mit Heilmitteln muss sichergestellt werden. Die Finanzierung muss so geregelt werden, dass notwendige Leistungen nicht wegen begrenzter Heilmittelbudgets unterbleiben.

Die Heilmittelversorgung muss unabhängig vom Wohnort bzw. Aufenthaltsort der Menschen mit Pflegebedarf erfolgen. Dazu muss das Leistungsrecht so verändert werden, dass auch die Heilmittel in anderen Räumen als in den Praxisräumen (z. B. in Tageseinrichtungen) erbracht werden können.

4.5.6 Hilfsmittel für Menschen mit Pflegebedarf – Pflegehilfsmittel

Jeder Mensch, auch derjenige mit behinderungsbedingtem Pflegebedarf, hat grundsätzlich die Fähigkeit zur Teilhabe und damit ggf. Anspruch auf die Versorgung mit notwendigen geeigneten Hilfsmitteln zur Teilhabe. Hilfsmittel, welche die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ermöglichen sollen, sind Menschen mit Pflegebedarf im Rahmen der medizinischen Rehabilitation (SGB IX) zu gewähren. Daneben haben sie das Recht auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln (SGB XI).

Das gilt uneingeschränkt auch für Menschen, die stationäre Hilfen der Eingliederungshilfe oder der Pflegeversicherung erhalten. Insbesondere die Klassifizierung eines Hilfsmittels als Pflegehilfsmittel darf nicht dazu führen, dass Bewohner in stationären Einrichtungen diese nicht bekommen.

4.6 Pflegeversicherung und palliative Versorgung

Die ambulante und stationäre Palliativversorgung und die Sterbebegleitung müssen in die Leistungsangebote integriert und finanziert werden.

5. Infrastruktur und Rahmenbedingungen in der Pflege

5.1 Beratung und Begleitung der Betroffenen und ihrer Angehöriger

Es muss ein flächendeckendes Angebot an niedrigschwelliger, unabhängiger Beratung für Menschen mit Pflegebedarf und ihre Angehörigen geschaffen werden. Dabei sind bestehende Angebote einzubeziehen. Die Beratung soll über Ansprüche und Gestaltungsmöglichkeiten so-

wie über flankierende Angebote informieren und sowohl mit dem Entlassungsmanagement der Krankenhäuser als auch mit den gemeinsamen Servicestellen nach SGB IX vernetzt werden.

Beratungsbesuche nach § 37 SGB XI müssen qualitativ und konzeptionell umgestaltet und an der individuellen Lebens- und Pflegesituation orientiert werden.

Die zeitlichen Intervalle der Beratungsbesuche können durch Entscheidung des MDK abweichend von § 37 Abs. 3 SGB XI im Einzelfall und in Abstimmung mit dem Leistungsberechtigten individuell bestimmt werden.

5.2 Rechte der Betroffenen und der Angehörigen im Verfahren

5.2.1 Beteiligungs- und Kenntnisnahmerechte

Im Begutachtungs- und Entscheidungsverfahren müssen umfassende Informationsrechte (z. B. Einsicht in alle Unterlagen) der Betroffenen und ihrer Angehörigen sowie ihrer Vertrauenspersonen gewährleistet sein.

5.2.2 Freie Wahl der Assistenzperson

Menschen mit Pflegebedarf haben ein Wunsch- und Wahlrecht hinsichtlich der sie pflegenden Personen. Insbesondere das Recht auf Pflege durch eine Person des eigenen Geschlechts muss gewährleistet werden.

5.3 Unterstützung pflegender Angehöriger, des sozialen Umfelds und des Ehrenamts

5.3.1 Unterstützung und Entlastung pflegender Angehöriger

Leistungen, die für in ihrem häuslichen Umfeld gepflegten Personen zur Verfügung stehen, müssen flexibilisiert und verbessert werden, um ihre Inanspruchnahme zu sichern und um die Angehörigen nachhaltig zu unterstützen und zu entlasten. Im Einzelnen werden folgende Maßnahmen empfohlen:

- Verkürzung der Bindungszeiten gem. § 38 S. 3 SGB XI bei der Kombination von Geld- und Sachleistungen auf einen Monat
- Bei Kombinationsleistungen nach § 38 SGB XI keine volle Anrechnung auf das Pflegegeld bei Inanspruchnahme von Sachleistungen

- Eigenständiger Anspruch auf Tagespflege ohne volle Anrechnung auf das Pflegegeld (§ 41 Abs. 3 SGB XI)
- Sicherstellung des flexiblen Einsatzes der Verhinderungspflege durch Ermöglichung stundenweiser Inanspruchnahme bis zur Höhe des Sachleistungswerts
- Ausbau der finanziellen Leistungen für niedrigschwellige Angebote für den Personenkreis gem. § 45a SGB XI durch einen pflegestufenunabhängigen Betrag von monatlich 100 €, der zu dynamisieren ist und auch bei „Pflegestufe 0“ geleistet werden muss.

5.3.2 Vereinbarkeit von Pflege und Berufstätigkeit

Durch die Einführung einer befristeten Pflegezeit (bis zu 6 Monaten) ist pflegenden Angehörigen die Verbindung von Berufstätigkeit und Pflege zu erleichtern. (z. B. Entwurf eines Pflegezeitgesetzes, SoVD)

5.3.3 Soziale Absicherung pflegender Personen

Die Inanspruchnahme entlastender Angebote darf nicht zum Verlust oder zur Kürzung von Rentenanwartschaften der ehrenamtlich Pflegenden führen. Die Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson sind auszubauen.

5.4 Bedarfsgerechte Pflegeinfrastruktur für Kinder und erwachsene Menschen mit besonderen Assistenzbedarfen

Spezialisierte Angebote für Menschen mit besonderen Pflege- und Teilhabebedarfen (z. B. für schädel-hirnverletzte, dauerbeatmete Menschen) sind mit Hilfe einer ausreichenden Finanzierungsbasis als integrierte Leistungen (med. Behandlungspflege, Teilhabeleistung, Pflegeleistung ...) verfügbar zu machen. Entgegenstehende Regelungen in der Zulassung zur Leistungserbringung sind zu beseitigen.

Kurzzeitpflege muss für Kinder mit Pflegebedarf und behinderte Menschen durch die Zulassung personenbezogener Einrichtungen zur Leistungserbringung ohne Versorgungsvertrag der Pflegeversicherung erschlossen werden (z. B. durch die Anerkennung von Leistungsvereinbarungen anderer Sozialleistungsträger).

5.5 Pflege im Rahmen des Persönlichen Budgets nach § 17 SGB IX und des Arbeitgebermodells

Der Zugang zum Persönlichen Budget muss durch strukturelle Verbesserungen erleichtert und Hemmnisse zur Inanspruchnahme (z.B. §§ 29 Abs. 2, 35a SGB XI) müssen abgebaut werden.

Die ambulante Pflegesachleistung muss im Persönlichen Budget und bei Arbeitgebermodellen auch als Geldleistung erbracht werden können, wenn die Pflege entgeltlich im Rahmen eines Arbeitsverhältnisses erbracht wird. (s. 3.4).

Die Erfahrungen der Modellprojekte nach § 8 SGB XI – insbesondere mit dem Case-Management – sind einzubeziehen. Das Persönliche Budget als Finanzierungsform und das Arbeitgebermodell als Organisationsform bieten den Betroffenen eine hohe Flexibilität beim Einsatz der Mittel und der Auswahl der Unterstützungsform. Die Beschränkung der Leistungen der Pflegeversicherung in diesem Rahmen auf Pflegegeld oder Sachleistung in Gutscheinen widerspricht dieser Zielsetzung.

5.6 Qualitätssicherung

5.6.1 Definition von Qualität aus Sicht der Leistungsberechtigten

Qualität von Pflege und Assistenz muss vorrangig als Ergebnisqualität definiert werden. Bei der Beurteilung des Erfolgs von Pflege muss primär die Perspektive der Leistungsberechtigten gewählt werden. Hierfür sind individuell geeignete Methoden anzuwenden. Die Erfahrungen der Leistungsberechtigten müssen in die Weiterentwicklung der Angebote einfließen.

Die Erarbeitung und Weiterentwicklung von Standards für bestimmte wesentliche Komponenten von Pflege (z. B. Dekubitusprophylaxe) sind notwendig. Dabei ist die Kompetenz der Betroffenen einzubeziehen. Bei der Umsetzung ist die individuelle Pflegesituation zu berücksichtigen.

Qualitätssicherungssysteme sind so auszugestalten, dass sie die Entwicklung bedarfsgerechter, innovativer Angebote ermöglichen und fördern.

5.6.2 Anspruch der Leistungsberechtigten auf Qualität

Beim Auftreten von Qualitätsmängeln müssen die Nutzer unmittelbare Ansprüche auf Leistungsverbesserung und ggf. Schadensersatz erhalten. MDK- und Heimaufsichtsprüfberichte sind auf Wunsch den Leistungsberechtigten und ihren Vertrauenspersonen in verständlicher Form zugänglich zu machen.

5.6.3 Bürokratieabbau und Flexibilität

Anforderungen an die Dokumentation sind unter Einbeziehung des Leistungsberechtigten und/oder seiner Vertrauensperson praxisgerecht zu gestalten. Doppelprüfungen sind zu vermeiden.

6. Leistungen und Leistungsstruktur der Pflegeversicherung

6.1 Pflegestufen und Leistungszugang

Die geforderte Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs (s. 2.2.2) wird ein anderes Modell von Leistungszugang mit sich bringen. Teilhabe und Selbstbestimmung aller Menschen mit Pflegebedarf müssen dabei im Mittelpunkt stehen.

6.2 Unterscheidung zwischen ambulanter und stationärer Sachleistung

Die ambulanten und stationären Sachleistungsbeträge der Pflegeversicherung sind anzugleichen. (vgl. 3.3) und im Einzelfall ggf. durch sozialhilfefinanzierte Pflegeleistungen bedarfsgerecht zu ergänzen.

6.3 Dynamisierung der Sachleistungsbeträge

Die Sachleistungsbeträge sind mindestens in Höhe der Inflationsrate zu dynamisieren.

6.4 Pflegegeld

Der Anerkennungscharakter des Pflegegeldes soll durch eine angemessene Erhöhung und Dynamisierung erhalten bleiben. Das Pflegegeld muss durch Unterstützungsleistungen für die Menschen mit Pflegebedarf und ihre Angehörigen ergänzt werden. (Beratung, Qualifizierung, soziale Sicherung, flexible Hilfsangebote s. 5.3).

6.5 Leistungen zur Pflege im Ausland

Die Möglichkeiten, z.B. im Rahmen der Ausbildung oder der Berufstätigkeit, vorübergehend Zeiten im Ausland ohne Leistungsentzug oder -kürzung zu absolvieren, müssen auch Menschen mit hohem Pflegebedarf zur Verfügung stehen (vgl. § 18 SGB IX).

7. Anforderungen an die Reform der Finanzierungsstruktur aus Sicht behinderter Menschen

Aus Sicht behinderter und pflegebedürftiger Menschen muss die Finanzierung der Pflegeversicherung solidarisch erfolgen.

Sofern kapitalgedeckte Komponenten eingeführt werden, dürfen diese nicht individuell, sondern müssen kollektiv angelegt werden. Denn der Eintritt der Pflegebedürftigkeit ist altersunabhängig, so dass ein individuelles „Ansparen“ unter Umständen nicht in Betracht kommt.

Der Zugang zur sozialen Pflegeversicherung muss risikounabhängig bleiben.

Folgende Verbände unterstützen diese Empfehlungen und haben bei der Erarbeitung mitgewirkt:

- Allgemeiner Behindertenverband in Deutschland (ABiD)
- Arbeiterwohlfahrt Bundesverband
- Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihrer Angehörigen (BAG SELBSHILFE)
- Bundesverband Evangelische Behindertenhilfe (BEB)
- Bundesverband Körper- und Mehrfachbehinderte (BVKM)
- Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung
- Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie (CBP)
- Deutsche Alzheimer-Gesellschaft
- Deutscher Caritasverband
- Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband
- Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland
- Forum selbstbestimmter Assistenz behinderter Menschen (ForseA)
- Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben (ISL)
- Sozialverband Deutschland (SoVD)
- Sozialverband VdK
- Verband für anthroposophische Heilpädagogik, Sozialtherapie und soziale Arbeit
- Weibernetz