

# Positionspapier des DBfK zur Reform der Pflegeversicherung

Berlin, März 2011  
Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, Bundesvorstand

**Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e. V.**, Salzufer 6, 10587 Berlin  
Tel.: 030-2191570, Fax: 030-21915777, [www.dbfk.de](http://www.dbfk.de)

*Stark für  
die Pflege*



## **INHALTSVERZEICHNIS**

<i>Die Pflegeversicherung.....</i>	<i>3</i>
<i>Menschen bedürfen Pflege hinsichtlich körperlicher, kognitiver, psychischer und sozialer Aspekte.....</i>	<i>4</i>
<i>Menschen wünschen Selbständigkeit in der Lebensführung.....</i>	<i>6</i>
<i>Pflege- und hilfebedürftige Menschen, pflegende Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen benötigen umfassende Beratung und Begleitung.....</i>	<i>8</i>
<i>Pflegende Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen benötigen Unterstützung und Entlastung.....</i>	<i>10</i>
<i>Pflegerische Versorgung setzt erfolgreiche Koordination voraus.....</i>	<i>11</i>
<i>Fachgerechte Pflege setzt Qualifikation voraus.....</i>	<i>12</i>
<i>Zusammenfassung und Fazit.....</i>	<i>14</i>
<i>Forderungen des DBfK an eine Reform der Pflegeversicherung im Überblick.....</i>	<i>15</i>
<i>Literatur.....</i>	<i>17</i>

## Die Pflegeversicherung

1995 wurde als neuer eigenständiger Zweig der Sozialversicherung die soziale Pflegeversicherung geschaffen. Seither haben pflegebedürftige Menschen, die aufgrund der Schwere ihrer Pflegebedürftigkeit auf solidarische Unterstützung angewiesen sind, die Möglichkeit, Leistungen der Pflegeversicherung zu beziehen.<sup>1</sup> Ziele der Pflegeversicherung sind, Menschen gegen das Risiko einer Pflegebedürftigkeit abzusichern, die Situation der betroffenen Familien zu verbessern und die Qualität der Pflege zu fördern.<sup>2</sup> Allerdings wurde bereits von Anfang an kritisiert, dass es dem verrichtungsorientierten Ansatz in SGB XI an pflegewissenschaftlichen Grundlagen mangelt und daraus eine Ungleichbehandlung von Pflegebedürftigen mit kognitiven Einschränkungen gegenüber Pflegebedürftigen mit körperlichen Beeinträchtigungen resultiert.<sup>3</sup>

Die Anzahl der Leistungsempfänger stieg seitdem kontinuierlich an: Im Jahr 1996 nahmen 1,5 Millionen Menschen Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch, 2003 waren es bereits 2,08 Millionen und 2007 erhielten 2,25 Millionen Menschen solidarische Unterstützung. Hochrechnungen des Zentrums für Sozialpolitik der Universität Bremen zeigen, dass aufgrund des demographischen Wandels in den Jahren 2020 2,91 Millionen und 2030 3,38 Millionen Menschen auf Pflege angewiesen sein werden.<sup>4</sup>

Demgegenüber steht der Pflegefachpersonalmangel: Mehr als 30.000 Stellen können schon heute nicht besetzt werden. Im Jahr 2025 werden laut Hochrechnungen des Statistischen Bundesamtes (Destatis) und des Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB) rund 152.000 Fachkräfte fehlen. Bisher wird versucht, den Mangel durch geringer qualifiziertes Personal oder pflegefremdes Fachpersonal auszugleichen. Doch spätestens ab dem Jahr 2018 werden auch diese Maßnahmen nicht mehr ausreichen, um dem Mangel an Pflegefachkräften zu begegnen.<sup>5</sup> Negativer Nebeneffekt der Kompensation durch fachfremdes Personal ist die daraus resultierende Unzulänglichkeit der Pflegequalität und die Überlastung des noch verbliebenen Pflegefachpersonals. Und damit eine zunehmende Unzufriedenheit der Pflegefachkräfte, gefolgt von einer Abkehr vom Beruf. Hier ist dringend politisches Handeln geboten: Wenn das Berufsbild für Pflegefachkräfte nicht deutlich attraktiver gestaltet wird, droht ein völliger Kollaps. Nicht nur die Ausbildungsbedingungen müssen reformiert werden, sondern insbesondere die Rahmenbedingungen. Dazu zählen neben dem Abbau von Bürokratie eine stärkere Fokussierung auf die Ergebnisqualität, eine angemessene Vergütung sowie eine Anhebung des Personalschlüssels, auch die Kompetenzerweiterung der Pflegefachkräfte, damit sie ihre Qualifikation vollständig zum Nutzen der Pflegebedürftigen einsetzen können. Die unterschiedlichen Pflegehelferqualifikationen müssen einheitlich strukturiert werden, um die Anerkennung innerhalb der einzelnen Bundesländer sicherzustellen. Ebenso sind die Möglichkeiten für Pflegehelfer, sich zur Fachkraft zu qualifizieren, zu verbessern. Die qualitative Versorgung der Pflegebedürftigen hängt zukünftig entscheidend davon ab, inwieweit Maßnahmen zum Abbau des Pflegefachpersonalmangels erfolgreich sind.

Die bisherigen Leistungen der Pflegeversicherung sind anzuerkennen, jedoch ist sie trotz der Reformen 2002 und 2008 immer noch nicht bedarfsgerecht gestaltet. Neben der Schaffung eines nachhaltigen Finanzierungskonzeptes sind weitere inhaltliche Verbesserungen erforderlich. Zu wenig Berücksichtigung findet etwa die Versorgung von Pflegebedürftigen mit kognitiven Einschränkungen, diese wurde im Pflegeweiterentwicklungsgesetz 2008 zwar verbessert, allerdings finden Aspekte der Betreuung und psychischen Unterstützung bei der Ermittlung des Hilfebedarfs noch immer kaum Beachtung. Dies ist verhängnisvoll hinsichtlich der neuesten Zahlen des Pflegereports 2010: Demnach waren 2009 1,2 Millionen Menschen in Deutschland an Demenz erkrankt, bis 2030 wird eine stetige Zunahme auf 1,8 Millionen erwartet.<sup>6</sup> Die Diagnose einer demenziellen Erkran-

---

<sup>1</sup> Vgl. §1 SGB XI

<sup>2</sup> Vgl. Rothgang, Heinz, Seite 23

<sup>3</sup> Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2009), Seite 71

<sup>4</sup> Vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder, Seite 29

<sup>5</sup> Vgl. Statistisches Bundesamt (2010), Seite 990-992

<sup>6</sup> Vgl. Barmer GEK, Seite 2

kung prognostiziert mit einer Wahrscheinlichkeit von 90% auch Pflegebedürftigkeit. Der Zuwachs an demenzkranken Pflegebedürftigen bedeutet für den Pflegealltag auch eine Zunahme an Betreuungsleistungen, psychischer Unterstützung und weiterer Leistungen zur Bewältigung des Alltags.<sup>7</sup> Auf diesen Bedarf ist bei der Reform der Pflegeversicherung nachdrücklich einzugehen, damit auch die vielen Menschen, die an demenziellen Erkrankungen oder psychischen Einschränkungen leiden, gleichberechtigt am Leistungsgeschehen beteiligt werden.

Notwendig sind umfassende Korrekturen; ausgehend von einer erweiterten Definition von Pflegebedürftigkeit gilt es, nachhaltige Lösungen gleichberechtigt für alle Pflegebedürftigen zu schaffen und eine Absicherung der zukünftig zunehmenden Bedarfslagen in der Gestaltung des Leistungsgeschehens zu gewährleisten. Zudem sind auch bisher gering nutzerorientierte Leistungen zu einer ausdifferenzierten, bedarfs- und bedürfnisorientierten Angebotsstruktur weiterzuentwickeln, präventive und rehabilitative Gesichtspunkte zu berücksichtigen und regelhaft einzubinden, sowie pflegenden Angehörigen und ehrenamtlich Pflegenden mehr Unterstützung und Begleitung anzubieten.

Die Herausforderungen der Zukunft zur Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit sind komplex und vielschichtig. Um ihnen gerecht zu werden, muss eine Reform der Pflegeversicherung inhaltliche und strukturelle Korrekturen beinhalten. Darin wird sich erweisen, ob Pflege als zentrales gesellschaftliches Handlungsfeld der Zukunft erkannt wird.<sup>8</sup>

#### Entwurf

#### § 14 Begriff der Pflegebedürftigkeit

(1) Pflegebedürftig sind Personen, die nach näherer Bestimmung der folgenden Sätze Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder Fähigkeitsstörungen aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche oder psychische Schädigungen, Beeinträchtigungen körperlicher oder kognitiver oder psychischer Funktionen, gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Maßgeblich sind Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder Fähigkeitsstörungen, in den Bereichen:

1. **Mobilität,**
2. **Kognitive Fähigkeiten,**
3. **Verhaltensweisen und psychische Problemlagen,**
4. **Selbstversorgung,**
5. **Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen,**
6. **Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte,**
7. **Außerhäusliche Aktivitäten,]<sup>1</sup>**
8. **Haushaltsführung].**

Die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder die Fähigkeitsstörungen und der Hilfebedarf durch andere müssen auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und zumindest in dem in §15 festgelegten Umfang gegeben sein.

<sup>1</sup> Nr. 7 und 8 werden bei der Zuordnung zu einem Grad der Pflegebedürftigkeit nach § 15 nicht berücksichtigt. Sie dienen in erster Linie der Umsetzung des § 7a Abs. 1 Satz 2 SGB XI.

Quelle: Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs

## Menschen bedürfen Pflege hinsichtlich körperlicher, kognitiver, psychischer und sozialer Aspekte

### Auf Pflegebedarf reagieren

- Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs<sup>9</sup> zur gleichberechtigten Berücksichtigung körperlicher, kognitiver, psychischer und sozialer Aspekte des Lebens in der Definition von Pflegebedürftigkeit
- Einführung des Neuen Begutachtungsassessments (NBA) zur umfassenden Erfassung des Hilfebedarfs bezüglich körperlicher, psychischer und sozialer Aspekte des Lebens bei der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit

<sup>7</sup> Vgl. Barmer GEK, Seite 26

<sup>8</sup> Vgl. SVR (2009), Seite 112

<sup>9</sup> Vorschlag aus dem Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriff

- Umsetzung des erweiterten Pflegebedürftigkeitsbegriffs in der Gestaltung des Leistungsgeschehens

Ursächlich verantwortlich für die Defizite der Leistungserbringung im Rahmen der Pflegeversicherung ist vor allem der enge verrichtungsbezogene Pflegebedürftigkeitsbegriff, der sich an somatischen Einschränkungen orientiert, die im Zusammenhang mit einer Alltagsverrichtung stehen.

Dadurch wird der Leistungsumfang durch eine unangemessene, reduzierte Sichtweise von Pflegebedürftigkeit begrenzt. Einbezogen werden körperliche Defizite, nahezu unberücksichtigt bleiben die geistigen und seelischen Aspekte des Menschen. Infolgedessen umfasst die Hilfe gegenwärtig lediglich Leistungen zur Körperpflege, Ernährung, Mobilität und Hauswirtschaft. Diese Begrenzung führt zu Versorgungslücken, insbesondere bei der Betreuung von Menschen mit demenziellen oder psychischen Beeinträchtigungen sowie bei Menschen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen. Zudem bleiben Bedarfe an Unterstützung in psychischen und sozialen Problemlagen oder bei der Bewältigung von Krankheit und Pflegebedürftigkeit, sowie der Zugang zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft weitgehend unberücksichtigt.<sup>10</sup>

Die Pflegeversicherung darf sich hinsichtlich der Bedarfslage der Menschen in Deutschland nicht nur auf Teilaspekte von Pflegebedürftigkeit beschränken, sondern muss jede Person in ihrer individuellen Pflegesituation als Ganzes wahrnehmen. Körperliche, kognitive oder psychische Einschränkungen sind gleichwertig zu betrachten. Der daraus entstehende Hilfebedarf ist anzuerkennen sowie entsprechende Leistungsangebote hinsichtlich psychischer und sozialer Aspekte für Betroffene und deren Angehörige sind zu schaffen.

Der Koalitionsvertrag von CDU/CSU und FDP sieht eine Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs zugunsten einer differenzierteren Sichtweise der Pflegebedürftigkeit vor und erwähnt in diesem Zusammenhang „gute Ansätze, die schon bestehen.“<sup>11</sup> Hierin verbirgt sich der Hinweis auf den Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Bereits seit dem 29. Januar 2009 liegt der Abschlussbericht des Beirats vor. Er empfiehlt die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines Neuen Begutachtungsassessments (NBA).

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff führt auf Grundlage aktueller Erkenntnisse der Pflegewissenschaft zu einem neuen umfassenden Verständnis von Pflegebedürftigkeit. Er berücksichtigt neben somatischen Einschränkungen gleichermaßen kognitive und soziale Aspekte. So erhalten auch Menschen mit kognitiven Einschränkungen und psychischen Störungen, sowie Behinderte und chronisch Kranke gleichberechtigte Teilhabe am Leistungsgeschehen.

Das neue Begutachtungsassessment (NBA) ist ein valides Instrument zur Umsetzung des vorgeschlagenen Pflegebedürftigkeitsbegriffes. Es erfasst den Hilfe- und Pflegebedarf auf Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs umfassend und stellt das Ergebnis in fünf Bedarfsgraden dar.<sup>12</sup> Der tatsächliche Unterstützungsbedarf Pflegebedürftiger ist somit besser abbildbar und eine geeig-

#### Neues Begutachtungsassessment (NBA)

Die Anwendung des neuen Verfahrens liefert zunächst für jedes Modul (siehe Entwurf §14 Pflegebedürftigkeitsbegriff) ein Teilergebnis mit einer bestimmten Aussage (z. B. Modul 1: Aussage über den Grad der Selbständigkeit bei Aktivitäten, die der Fortbewegung oder Lageveränderung des Körpers dienen). In einem zweiten Schritt werden diese Teilergebnisse nach bestimmten, vorgegebenen Berechnungsregeln (Bewertungssystematik) zu einem Gesamtergebnis zusammengeführt. Hierbei wird zwischen Pflegebedürftigkeit und Hilfebedürftigkeit unterschieden.

Zur Ermittlung eines Bedarfsgrades werden die Ergebnisse der Module 1 bis 6 zusammengeführt und als Wert auf einer Skala zwischen 0 und 100 Punkten dargestellt. Diese Skala ist in mehrere Bereiche unterteilt, die jeweils einem bestimmten Grad der Pflegebedürftigkeit entsprechen:

0 bis 9 Punkte: keine Pflegebedürftigkeit

10 bis 29 Punkte: Bedarfsgrad B1

30 bis 49 Punkte: Bedarfsgrad B2

50 bis 69 Punkte: Bedarfsgrad B3

70 und mehr Punkte: Bedarfsgrad B4.

Bedarfsgrad B4 + besondere Bedarfskonstellation: Bedarfsgrad B5.

Quelle: Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs

<sup>10</sup> Vgl. Enquete-Kommission NRW, Seite 41, Seite 462.

<sup>11</sup> Vgl. CDU, CSU, FDP, Seite 93

<sup>12</sup> Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, Seite 70-74

nete Grundlage für eine Pflegeplanung wird geschaffen, die den Betroffenen ganzheitlich wahrnimmt. Zudem wird in diesem System eine subjektive Beurteilung der Begutachter weitgehend ausgeschlossen, demzufolge kann die Bedarfsgerechtigkeit der pflegerischen Versorgung deutlich verbessert werden. Dies bedeutet einen wichtigen Schritt in der Weiterentwicklung der Pflegeversicherung und beinhaltet einen radikalen Paradigmenwechsel weg von der bisherigen somatisch fokussierten Pflege hin zu einer individuellen Betrachtung der Beeinträchtigung der Selbständigkeit. Aufgrund der Zuordnung zu einem Bedarfsgrad im NBA werden, wie im bisherigen System, nur die Leistungen der Pflegeversicherung kategorisiert, jedoch nicht deren Art und Umfang festgelegt. Änderungen im Leistungsrecht sind daher unerlässlich, zumal die geltende Rechtsprechung nur die Alltagsverrichtungen in den Blick nimmt. Eine Erweiterung des Leistungsspektrums ist vorzunehmen. Die bisherigen Regelungen des elften Sozialgesetzbuch für Pflegebedürftige mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz und erhöhtem Betreuungsbedarf (§§45a-d und §87b SGB XI) sind dabei zu berücksichtigen.<sup>13</sup> Mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und dem Neuen Begutachtungsassessment muss sich auch für die Erbringung von Pflegeleistungen eine Ausrichtung an dem individuellen Hilfe- und Pflegebedarf des Pflegebedürftigen hinsichtlich seiner vorliegenden körperlichen, kognitiven oder psychischen Einschränkungen verbinden. Eine ausdifferenzierte, individuell ausgerichtete professionelle Pflegeleistung setzt den Paradigmenwechsel spürbar für die Betroffenen um.

Der DBfK fordert, den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff einzuführen und das Neue Begutachtungsassessment (NBA) anzuwenden. Differenzierte Leistungsstrukturen, die den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff widerspiegeln, sind zu etablieren. Die größte Herausforderung für die Politik bei diesem Systemwechsel stellt sich hinsichtlich der fiskalischen Auswirkungen im Leistungsrecht und der Schnittstellen zu anderen Sozialhilfesystemen. Da der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff auch Versicherte berücksichtigt, die Ansprüche auf Leistungen anderer Sozialgesetzbücher haben (z.B. Eingliederungshilfe nach dem SGB XII), sind die leistungsrechtlichen Auswirkungen auf andere Sozialleistungssysteme zu prüfen und in einer Rahmengesetzgebung klar voneinander zu trennen. Dies gilt insbesondere für die Abgrenzung von Pflegebedürftigkeit und Behinderung.<sup>14</sup>

Um sicherzustellen, dass keine Personengruppe schlechter gestellt wird als im bisherigen System, sind Bestandsschutzregelungen vorzusehen. Ebenso dürfen Leistungsansprüche aus anderen Sozialgesetzbüchern nicht gekürzt werden.<sup>15</sup>

## **Menschen wünschen Selbständigkeit in der Lebensführung**

### ***Pflegebedürftigkeit vermeiden***

- Vermeidung bzw. Minderung von Pflegebedürftigkeit mittels präventiver und rehabilitativer Pflege

### ***Bedarfsorientierte Leistungsangebote schaffen***

- Erweiterung des Leistungsumfanges der Pflegeversicherung, insbesondere um die Bereiche der sozialen Betreuung sowie der präventiven, rehabilitativen und palliativen Pflege

---

<sup>13</sup> Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, Seite 77

<sup>14</sup> Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, Seite 78

<sup>15</sup> Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, Seite 77-80

## **Leistungen ausreichend finanzieren**

- Dynamisierung der Sachleistungssätze der ambulanten und stationären Pflege
- Anhebung und Dynamisierung des Pflegehilfsmittelbetrages

## **Leistungen selbstbestimmt wählen**

- Einfließen der Leistungen der Pflegeversicherung in das persönliche Budget
- Festsetzung von Qualitätsstandards im persönlichen Budget

Die Pflegeversicherung sieht in dem möglichst selbständigen und selbstbestimmten Leben von Pflegebedürftigen ihre inhaltliche Ausrichtung. „Die Hilfen der Pflegeversicherung sind daher darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen wiederzugewinnen oder zu erhalten.“<sup>16</sup> Die derzeitigen Leistungsformen und der Leistungsumfang der Pflegeversicherung ermöglichen jedoch nicht die Umsetzung dieser Zielsetzung.<sup>17</sup> Die Ursache ist in dem dichotomen Denkmodell von Gesundheit und Krankheit zu sehen, dem die Pflegeversicherung unterliegt.<sup>18</sup> Diese Sichtweise ordnet Prävention und Pflege gegensätzlichen Polen zu und geht von nacheinander geschalteten Interventionen aus, wobei Pflege nach Prävention, Kuration, und Rehabilitation als ausschließlich kompensatorische Maßnahme angesehen wird. Diese Herangehensweise steht dem Ziel, Pflegebedürftigen Hilfen zu geben, durch die sie Selbständigkeit in der Lebensführung wiedergewinnen können, entgegen. Dagegen eröffnet eine Sichtweise auf Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs die gleichzeitige und gleichberechtigte Anwendung der verschiedenen Maßnahmen, die Gesundheit und Selbständigkeit von hilfe- und pflegebedürftigen Personen zu fördern.

Um den steigenden Bedarf der Versorgung Pflegebedürftiger decken zu können, sind verschiedene Herausforderungen zu bewältigen. Vorrangig gilt es, Pflegebedürftigkeit im Alter verstärkt zu vermeiden und zu verzögern sowie Maßnahmen zur altersspezifischen Prävention und Gesundheitsförderung auszubauen.<sup>19</sup> Im Rahmen der Pflegeversicherung sind daher präventive und rehabilitative Leistungsangebote in Verbindung mit Pflege zu schaffen und zu fördern. Präventive und rehabilitative Elemente sind integraler Bestandteil des pflegerischen Selbstverständnisses. Jedoch bieten die Rahmenbedingungen derzeit wenige Ressourcen, um diese einzubringen. Konkrete Maßnahmen zur präventiven und rehabilitativen Pflege sind beispielsweise in der stationären Altenhilfe die Einführung eines analytischen Personalmessungsverfahrens, um dem tatsächlichen Betreuungsbedarf eine adäquate Personalstruktur gegenüberstellen zu können und somit der Umsetzung präventiver und rehabilitativer Konzepte überhaupt Raum zu geben. In der ambulanten Versorgung ist ein Ansatz, den präventiven Hausbesuch als Regelleistung zu definieren.<sup>20</sup>

Daneben sind die Begleitung und Betreuung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen in den Sterbephasen zweifelsfrei Aufgaben der beruflich Pflegenden. Doch die erheblichen Mehrbedarfe an sozialen Betreuungsleistungen in der palliativen Pflege wie beispielsweise Tag- und Nachtwachen sowie die Beratung und Unterstützung der Angehörigen finden innerhalb der Pflegeversicherungsleistungen keine Berücksichtigung. Lediglich pflegerische Leistungen, die in Verbindung mit einer körperlichen Verrichtung stehen, werden beachtet. Vielerorts wird in den stationären Einrichtungen versucht, diesem Mangel zu begegnen, indem Betreuungsleistungen durch ehrenamtliche, geschulte Mitarbeiter eines Hospizdienstes abgedeckt werden. Doch auch dieses Angebot ist begrenzt und nicht überall vorhanden. Zudem können so der Sterbende und seine Angehörigen nicht durch eine

---

<sup>16</sup> §2 SGB XI

<sup>17</sup> Vgl. SVR (2005), Seite 482

<sup>18</sup> Vgl. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V., Seite 20

<sup>19</sup> Vgl. SVR (2009), Seite 112

<sup>20</sup> Vgl. DBfK Bundesverband (2007), Seite 5

vertraute Pflegeperson begleitet werden. Damit Pflegebedürftigen und Angehörigen in dieser schweren Lebensphase eine persönliche, adäquate, würdevolle Betreuung und Begleitung ermöglicht werden kann, sind diese Betreuungsleistungen mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ins Spektrum der Pflegeversicherung aufzunehmen.

Die Stärkung der ambulanten Pflege wurde als eines der wichtigsten Ziele bei der letzten Reform der Pflegeversicherung benannt. Um pflegerischen Angeboten, die das Verbleiben in der eigenen Häuslichkeit ermöglichen, den Vorrang zu geben, wurden im Bereich der Leistungsgestaltung der Pflegeversicherung entsprechende Weichen gestellt, wie beispielsweise die Erhöhung der ambulanten Sachleistungsbeiträge. Die moderate Anhebung der Sätze deutet der DBfK lediglich als gemäßigte Dynamisierung, nicht als eine Maßnahme zur Stärkung der ambulanten Versorgung. Eine Nachjustierung bei der anstehenden Reform ist dringend vorzusehen. Daneben ist hinsichtlich der zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittel auch dringender Handlungsbedarf geboten. Der Realwert der Leistungen für Pflegehilfsmittel nimmt seit Einführung der Pflegeversicherung kontinuierlich ab, da er bisher nie an das steigende Preisniveau angeglichen wurde. Bei einer durchschnittlich angenommenen Inflationsrate von 2%<sup>21</sup> entspricht das einer Absenkung des Pflegehilfsmittelbetrages um 30% seit 1995.

Es ist daher unerlässlich, bei der Reform der Pflegeversicherung - insbesondere in Verbindung mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs - die Sachleistungen der häuslichen Pflege und den Satz für Pflegehilfsmittel deutlich anzuheben und die Dynamisierung der Leistungen gesetzlich zu verankern. Pflegebedürftigen und ihre Familien haben damit die Möglichkeit, ein an den tatsächlichen Hilfebedarf angepasstes Pflegearrangement zu treffen, eine Zunahme der Pflegebedürftigkeit hinauszuzögern und Ressourcen der Pflegeperson länger zu erhalten.<sup>22</sup> Ferner wird dadurch der Grundsatz ‚ambulant vor stationär‘ aufgegriffen und das Versorgungssystem auf zukünftige Anforderungen vorbereitet.

Das persönliche Budget wird nun schon seit 2008 rechtsgültig in der Behindertenhilfe mit hoher Zufriedenheit der Budgetteilnehmer eingesetzt. Mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in Verbindung mit dem neuen Begutachtungsassessment würde das Einfließen der Leistungen der Pflegeversicherung in das persönliche Budget erleichtert. Pflegebedürftige erhielten somit mehr Souveränität bei der Inanspruchnahme von Leistungen, da sie selbstverantwortlich in Vertragsbeziehungen zu den Leistungserbringern treten könnten. Pflege- und Betreuungsarrangements könnten so individuell gestaltet werden.<sup>23</sup> Allerdings sind Dienstleister ohne Vertragswesen mit der Pflegekasse nicht an die Qualitätsvereinbarungen des elften Sozialgesetzbuches gebunden. Dennoch ist zur Sicherung einer qualitativen Pflege der Einsatz von Pflegefachkräften unentbehrlich. Ebenso ist eine Prüfinstitution zur Wahrung der Qualität nach §113 SGB XI<sup>24</sup> notwendig. Hinsichtlich dessen ist die gesetzliche Verankerung einheitlicher Qualitäts- und Qualifikationsanforderungen für alle Dienstleister im Bereich der Pflege erforderlich.

## **Pflege- und hilfebedürftige Menschen, pflegende Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen benötigen umfassende Beratung und Begleitung**

### ***Beratung und Begleitung sicherstellen***

- Ausbau der Beratungsbesuche gemäß §37 Abs.3 SGB XI einhergehend mit einer angemessenen Regelung der Finanzierung

---

<sup>21</sup> Anmerkung: Die durchschnittliche Inflationsrate liegt etwas niedriger, zur Verdeutlichung des Sachverhaltes wurde auf eine natürliche Zahl gerundet.

<sup>22</sup> Vgl. DBfK (2007), Seite 3-4

<sup>23</sup> Vgl. DBfK (2008), Seite 1

<sup>24</sup> Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität



- Unabhängige Beratung und Begleitung durch Case Manager /-innen und Familiengesundheitspfleger /-innen in Pflegestützpunkten
- Einführung eines einheitlichen Qualitätssicherungssystems zur Weiterentwicklung von Pflegestützpunkten

In der häuslichen Pflege überwiegen die privat sichergestellten Pflegearrangements durch pflegende Angehörige, Freunde oder Bekannte. Nur ein Drittel der Pflegebedürftigen nutzt die Leistungen ambulanter Pflegeeinrichtungen. Die Belastung für pflegende Angehörige oder ehrenamtlich Pflegenden steigt mit zunehmender Pflege- und Hilfebedürftigkeit des zu Pflegenden und längerer Dauer der Pflegesituation. Nicht immer kann von den Pflegepersonen die Versorgung der Pflegebedürftigen qualitativ und quantitativ ausreichend sichergestellt werden. Ferner beinhaltet die aus der Pflegetätigkeit resultierende Belastung für Pflegepersonen selbst gesundheitliche Risiken. Leistungsarten, Versorgungsformen und Möglichkeiten einer individuellen Gestaltung sind häufig nicht bekannt. Eine zu Beginn einer Pflegebedürftigkeit getroffene Entscheidung bleibt daher häufig über Jahre ohne Anpassung auf die sich verändernde Pflegesituation bzw. zunehmende Belastung der Pflegeperson bestehen. Ambulante Pflegeeinrichtungen werden oftmals erst bei erheblichen Überlastungssituationen in Anspruch genommen. Der Pflegedienst wird dabei als ergänzendes, nicht als alternatives Angebot zur Sicherung der Versorgung genutzt.<sup>25</sup>

Um den Pflegebedürftigen und ihren Familien entsprechend ihrer individuellen Situation Beratung und Unterstützung zu geben, sind die derzeitigen Beratungsbesuche gemäß §37 Abs.3 SGB XI ambulanter Pflegeeinrichtungen in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen als unzulänglich einzuschätzen. Diese Beratungen verfolgen das Ziel, die gesicherte Versorgung des Pflegebedürftigen zu überprüfen sowie den Pflegepersonen pflegefachliche Unterstützung zu geben. Aus den zwei unterschiedlichen Zielsetzungen resultiert bei der Durchführung der Beratungsbesuche ein Spannungsverhältnis zwischen der einerseits stattfindenden Einschätzung der Versorgungssituation des Pflegebedürftigen durch den Pflegedienst und der andererseits durchzuführenden individuellen Beratung. Die äußeren Umstände des „Kontrollbesuches“ stehen einem unbelasteten Beratungsgespräch entgegen, insbesondere der zu enge finanzielle Rahmen bietet einer gezielten Beratung keine zeitlichen Möglichkeiten. Zur Sicherung der Versorgungsqualität sind entsprechend der familiären Situation individuelle und gezielte Beratungen erforderlich. In Anbetracht dessen ist bei den Beratungsbesuchen gemäß §37 Abs.3 SGB XI der Beratungsansatz zu erweitern.<sup>26</sup> Einer Unterversorgung von Pflegebedürftigen sowie einer Überforderung von Pflegepersonen könnte somit erfolgreich entgegen gewirkt werden.

Die Pflegeversicherung hält unterschiedliche Leistungen für die Pflegebedürftigen bereit, zwischen denen sie wählen können bzw. die sie nutzen können. Eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung des Pflegebedürftigen in Abstimmung mit seinem sozialen Umfeld steht im Zentrum, um Versorgungsverläufe stabil zu halten. Die Koordination und Integration entsprechender Leistungen unterschiedlicher Anbieter und Institutionen, sowie die Überwindung von Schnittstellen sind hierfür erforderlich. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen sind mit der eigenständigen Auswahl und Abstimmung unterschiedlicher Leistungen im zersplitterten ambulanten Versorgungssektor oftmals überfordert und auf externe Unterstützung angewiesen.<sup>27</sup> Auf dieses Defizit ist der Gesetzgeber in der letzten Reform der Pflegeversicherung 2008 eingegangen, indem er in §92c SGB XI die Etablierung von Pflegestützpunkten ermöglicht hat, um diese Versorgungslücke zu schließen. Allerdings werden die Beratungs- und Unterstützungsleistungen der einzelnen Pilotpflegestützpunkte als sehr unterschiedlich bewertet. Verschiedene Aspekte können dafür ausschlaggebend sein, wie beispielsweise die Qualifikation des Beraters, die Kooperation der verschiedenen Akteure und Träger untereinander oder der regionale Ausbau der Versorgungsstrukturen.

<sup>25</sup> Vgl. SVR (2009), Seite 118-119

<sup>26</sup> Vgl. SVR (2005), Seite 485

<sup>27</sup> Vgl. Kuratorium Deutsche Altershilfe (2010), Seite 3

„Gute Pflegeberatung hat längerfristige, über Beratung im engeren Sinn hinausgehende Aufgaben der Begleitung und individuellen Versorgungsplanung und -steuerung: während des gesamten Verlaufs von Beeinträchtigung und Hilfebedürftigkeit sollte sie Pflegebedürftigen als Begleitinstanz zur Seite stehen und dafür Sorge tragen, dass diese einen ihrem individuellen Bedarf entsprechenden und auf sie zugeschnittenen Versorgung erhalten. Das setzt voraus, dass die Existenz dieser Möglichkeit hinreichend im Bewusstsein der Bevölkerung/ Versicherten verankert ist und eine einschlägige Expertise und Qualifikation für eine solche Arbeit vorhanden ist.“<sup>28</sup> Eine qualifizierte Ausbildung der Berater als Case Manager /-innen mit pflegefachlichem Hintergrund oder Familiengesundheitspfleger /-innen ist Grundvoraussetzung für eine kompetente, adäquate Beratung und Begleitung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen. Daneben ist die Zusammenarbeit der verschiedenen Institutionen des Sozial- Gesundheits- und Pflegesektors maßgeblich, um innerhalb des Netzwerkes Versorgungszusammenhänge herzustellen und zu gewährleisten. Zudem sollten Pflegestützpunkte von möglichst vielen Partnern getragen werden, um eine unabhängige Beratung sicherzustellen.<sup>29</sup> Der DBfK fordert daher die strukturelle Gestaltung der Pflegestützpunkte entscheidend zu ändern, damit die Berater möglichst unabhängig von den Interessen der Leistungsträger agieren können. Finanziert werden könnten die Pflegestützpunkte beispielsweise durch einen gemeinsamen Fond der Kassen und Kommunen sowie der Länder (aufgrund der Zuständigkeit für präventive Maßnahmen). Um die größtmögliche Autonomie von den Leistungsträgern und Leistungserbringern zu gewährleisten, sollte die Verwaltung der Gelder auf Länderebene erfolgen.

Die bisherige Anzahl der Pflegestützpunkte reicht nicht aus, damit alle Bürger dieses Angebot wohnortnah in Anspruch nehmen können. Der DBfK fordert eine flächendeckende Versorgung, die insbesondere auch ein Case Management-Angebot einschließt. Die hohen fachlichen, organisatorischen und inhaltlich-konzeptionellen Anforderungen dürfen nicht verkannt werden. Ebenso sind die Unterschiede zwischen Beratung und Case Management zu beachten. Nur auf dieser Grundlage werden Pflegebedürftige das volle Unterstützungspotential des Case Management in Anspruch nehmen können.<sup>30</sup>

Ferner haben alle Pflegebedürftigen und Angehörigen gleichermaßen das Recht auf eine qualifizierte Beratung, bei der der individuelle Hilfebedarf mit den zur Verfügung stehenden Leistungsangeboten und den gesetzlich zugesicherten sowie privaten Finanzierungsmöglichkeiten umfassend und kompetent abgestimmt werden.<sup>31</sup> Doch es gibt bisher keine einheitliche Vorstellung zur Konzeption und qualitativen Bewertung von Pflegestützpunkten,<sup>32</sup> insbesondere fehlen systematische Evaluationen.<sup>33</sup> Die Einführung eines Qualitätssicherungssystems für die Etablierung von einheitlichen Qualitätsniveaus wird für die Weiterentwicklung der Pflegestützpunkte als wesentlich erachtet.

## **Pflegende Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen benötigen Unterstützung und Entlastung**

### ***Unterstützung und Entlastung anbieten***

- Ausbau der Schulungsangebote nach §45 SGB XI als Regelleistungen der Pflegeeinrichtungen
- Implementierung des von der WHO empfohlenen Konzeptes „Familiengesundheitspflege“, der familienorientierten Pflege

<sup>28</sup> SVR (2009), Seite 118

<sup>29</sup> Vgl. Frommelt, Mona et al, Seite 14, 18 und 22

<sup>30</sup> Vgl. Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld, Seite 43

<sup>31</sup> Vgl. §92c Abs.2 SGB XI

<sup>32</sup> Vgl. Kuratorium Deutsche Altershilfe, Seite 7

<sup>33</sup> Vgl. SVR (2009), Seite 23

1,54 Millionen Pflegebedürftige leben in ihrer eigenen Häuslichkeit. Über eine Million Pflegebedürftige nehmen, bis auf die Beratungsbesuche nach §37 Abs. 3 SGB XI, keine Hilfe von Pflegeeinrichtungen in Anspruch. Die in der Regel von Familienangehörigen geleistete Pfl egetätigkeit führt durch den erheblichen Zeitemfang - oft ‚rund um die Uhr‘ an sieben Tagen die Woche - zu hohen körperlichen und psychischen Belastungen sowie zu Anspannung und Frustration. Für Pflegepersonen birgt dies sowohl die Gefahr eigener gesundheitlicher Risiken als auch die Gefahr von sozialer Isolation. Pflegend e Angehörige achten zu wenig auf ihr eigenes Wohlbefinden und erkennen häufig nicht rechtzeitig die Anzeichen ihrer Überlastung. Besonders hohe Belastungen bestehen für pflegend e Angehörige an Demenz erkrankter Menschen. Sie bilden eine Hochrisikogruppe für psychische Folgen, wie Erschöpfung, Schlaf- und Appetitstörungen, Nervosität oder vermehrte Einnahme von Psychopharmaka, als auch für körperliche Beschwerden wie Gliederschmerzen oder Herz- und Magenbeschwerden.<sup>34</sup>

Um den physischen und psychischen Belastungen entgegenzuwirken und sozialer Isolation vorzubeugen, müssen die Barrieren für die Inanspruchnahme professioneller Hilfe abgebaut werden. Wesentlich dazu beitragen können die Schulungsangebote nach §45 SGB XI. In Kursen oder individuellen Schulungen erhalten pflegend e Angehörige gezielt Informationen, Beratung und Anleitung. Oftmals kennen Angehörige diese Möglichkeit nicht oder es bestehen Schwellenängste und Vorbehalte, diese zu nutzen. Hinzu kommt, dass die Inanspruchnahme durch pflegend e Angehörige oder andere Pflegepersonen ein gesondertes Vertragswesen zwischen den einzelnen Pflegekassen und der ‚Bezugs‘-Pflegeeinrichtung voraussetzt. Diese Begrenzung und die damit verbundenen Hindernisse erschweren die Nutzung der Schulungsangebote und verwehren zum Teil Pflegepersonen Unterstützung für ihren pflegerischen Alltag. Um die pflegebedingten Belastungen von Angehörigen und ehrenamtlichen Pflegepersonen zu mindern sowie die Pflege und Betreuung zu erleichtern und zu verbessern, sind die Angebote nach §45 SGB XI breitenwirksam als Regelleistungen zu definieren.

Zur Verbesserung der Situation pflegend er Angehöriger und ehrenamtlicher Pflegepersonen empfiehlt der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen die Anleitung und Begleitung von pflegend en Angehörigen sowie die Einführung des von der WHO empfohlenen Konzeptes „Familiengesundheitspflege“, der familienorientierten<sup>35</sup> Pflege. Die Kooperation von professioneller und informeller Pflege in gemischten Pflegearrangements verlangt eine familienorientierte Arbeitsweise, die nicht nur den Pflegebedürftigen selbst im Blick hat, sondern auch die Belange pflegend er Angehöriger<sup>36</sup> Anhand eines standardisierten Assessment kann der Hilfe- und Unterstützungsbedarf pflegend er Angehöriger detailliert ermittelt werden, um individuell passende Angebote bedürfnisorientiert erstellen zu können.<sup>37</sup> Der DBfK fordert die Implementierung des Konzeptes „Familiengesundheitspflege“. Hinsichtlich der steigenden Zahl an Pflegebedürftigen in Verbindung mit dem Fachkräftemangel gewinnt die informelle Pflege durch Angehörige und Ehrenamtliche immer mehr an Bedeutung. Die Gesetzgebung sollte dieser Entwicklung Rechnung tragen, indem sie pflegend en Angehörigen und Ehrenamtlichen mehr Unterstützung zukommen lässt. Dies gewinnt auch vor dem Hintergrund der sinkenden Zahl potenziell für die Pflege zur Verfügung stehender Angehöriger an Bedeutung.

## **Pflegerische Versorgung setzt erfolgreiche Koordination voraus**

### ***Koordination sicherstellen***

- Schaffung einer Rahmengesetzgebung zu Schnittstellen leistungsrechtlicher Regelungen der Pflege im Sozialrecht

<sup>34</sup> Vgl. SVR (2005), Seite 467 i.V.m. Statistisches Bundesamt (2008)

<sup>35</sup> Familie ist in diesem Kontext als weiter Begriff für das unmittelbare soziale Umfeld eines Menschen zu verstehen.

<sup>36</sup> Vgl. SVR (2009), Seite 118

<sup>37</sup> SVR (2009), Seite 119

- Zurücknahme der Leistungsverschiebung von der gesetzlichen Krankenversicherung in die Pflegeversicherung
- abgestimmte Zuständigkeiten zwischen Medizinischem Dienst der Krankenkassen (MDK) und Heimaufsicht im Rahmen externer vergleichender Qualitätsprüfung

Die Abgrenzungsschwierigkeiten der gesetzlichen Kranken- und Pflegekasse in Bezug auf die Leistungszuständigkeit für Maßnahmen der Behandlungspflege und deren Verschiebung aus der gesetzlichen Krankenversicherung in die Pflegeversicherung zeigen die Inkonsequenz im Leistungsrecht zum Nachteil der Kranken und Pflegebedürftigen. Gerade Menschen mit schwerwiegenden Krankheitsbildern sind oftmals in großem Umfang pflegebedürftig und benötigen intensive pflegerische Versorgung. Die krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen, wie z.B. die Einzelgabe von Schmerzmedikamenten und das Einreiben mit medizinisch verordneten Salben in Verbindung mit der Verrichtung Waschen oder das Absaugen in Verbindung mit der Nahrungsaufnahme und/oder dem Waschen/Duschen/Baden, belasten das gedeckelte Pflegeversicherungsbudget der Betroffenen, ohne dass die Leistungen zu ihrer eigentlichen Bestimmung verwendet werden können. Daraus resultieren für die Betroffenen ungerechte und unzumutbar hohe finanzielle Belastungen.

Bei dieser Verschiebung von Leistungen der gesetzlichen Krankenkasse in die soziale Pflegeversicherung zeigt sich, dass die betriebswirtschaftliche Unterscheidung zwischen „Behandlungspflege“ und „Grundpflege“ nicht der individuell zu gestaltenden Pflege entspricht.<sup>38</sup> Eine funktionalistische, verrichtungsorientierte Terminologie wird keineswegs der Komplexität der Versorgungssituation gerecht. Die daraus entstehenden Schwierigkeiten der Zuordnung pflegerischen Handelns stehen im Widerspruch zur eingeforderten pflegerischen Versorgung entsprechend dem aktuellen Stand pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse und ebenso zur eingeforderten Pflegeprozessmethode. Derzeitig geht diese leistungsrechtliche Situation zu Lasten der Pflegebedürftigen. In einer Rahmengesetzgebung sind daher zu Schnittstellen leistungsrechtlicher Regelungen der Pflege klare Vereinbarungen zu treffen, die jedem kranken, behinderten oder pflegebedürftigen Menschen eine adäquate Versorgung - ohne Benachteiligungen von Einzelnen - gewährleistet.

Eine zu verbessernde Koordination ist auch hinsichtlich teil- und vollstationärer Einrichtungen zwischen MDK und Heimaufsicht notwendig. Vielerorts sind Doppelprüfungen an der Tagesordnung. Dies bedeutet vor allem für die Einrichtungen enorme Belastungen an zeitlichen und personellen Ressourcen, was wiederum Nachteile für die Pflegebedürftigen bringt. Die voneinander abweichenden Regelungen in Heimgesetz und Pflegeversicherungsgesetz sind in Übereinstimmung zu bringen und Prüfinhalte voneinander abzugrenzen. Die Maßnahmen der verpflichtenden externen Qualitätsprüfung durch die Heimaufsicht und den Medizinischen Dienst der Krankenkassen sind im Rahmen der Regelungen und Vereinbarungen über die Zusammenarbeit von MDK und Heimaufsicht transparent miteinander abzustimmen, um Belastungen der Einrichtungen durch Doppelprüfungen zu vermeiden.

## **Fachgerechte Pflege setzt Qualifikation voraus**

### **Qualifikation definieren**

- Bemessung der Fachkraftquote in Abhängigkeit vom Pflegebedarf der Bewohner / Konkretisierung der Pflegefachkraftquote auf ein Minimum von 50%
- Einheitliche Strukturierung der Pflegehelferqualifikationen

---

<sup>38</sup> Vgl. Müller, E

- Verbesserung der Zugangsmöglichkeiten zur Pflegefachkraftausbildung

Die Beratung, Begleitung, Betreuung und Versorgung alter, behinderter und hilfebedürftiger Menschen und deren Angehörigen sind zentrale Aufgaben der professionell Pflegenden. Dies setzt Fachwissen auf dem Stand aktueller pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse voraus sowie breitgefächerte Kompetenzen beispielsweise im Bereich Kommunikation, Organisation, Anleitung und Beratung, um den Qualitätsanforderungen gerecht zu werden.

Die gesetzlich definierte Fachkraftquote als Element zur Sicherung der Pflegequalität wird oftmals verschleiert unterwandert, indem auch Fachkräfte aus anderen Bereichen wie etwa der Hauswirtschaft oder nicht in der Pflege tätiges Leitungspersonal zu diesem Kontingent hinzugezählt werden. Dieses Vorgehen lehnt der DBfK entschieden ab. Qualitativ hochwertige Pflege braucht professionelles, qualifiziertes Pflegefachpersonal. Die Sicherung der Pflegequalität hat auch vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels Vorrang vor Pragmatismus. Demgemäß fordert der DBfK die Fachkraftquote ausdrücklich als Pflegefachkraftquote von Personen in der bewohnernahen Versorgung mit einer Untergrenze von 50% zu definieren. Zudem ist in stationären Einrichtungen die Fachkraftquote in Abhängigkeit des Pflegebedarfs der Bewohner mittels eines validen Personalbemessungssystems zu bestimmen und ggf. entsprechend anzupassen.

Den Vorschlag, Pflegehilfskräfte mit langjähriger Berufserfahrung als Fachkräfte anzuerkennen, um dem Fachkräftemangel zu begegnen,<sup>39</sup> weist der DBfK entschieden zurück. Pflegehilfskräften fehlt trotz langjähriger praktischer Erfahrung die notwendige fachliche Expertise, um Tätigkeiten einer Fachkraft eigenverantwortlich übernehmen zu können. Werden sukzessive Pflegefachkräfte durch geringer qualifizierte Pflegehilfskräfte ersetzt, so wird es für die Einrichtungen immer schwieriger, die durch die Kostenträger gestellten Qualitätsanforderungen zu erfüllen. Zudem wird das Image des Pflegeberufes durch solche Maßnahmen deutlich herabgesetzt, woraus ein zunehmender Nachwuchsmangel resultiert. Der Fachkräftemangel in der Pflege verlangt nach tragfähigen Lösungsansätzen.

Pflegekräfte ohne Fachkraftausbildung dürfen nicht alle gleichgesetzt werden. Da die Qualifizierung für die Pflegehelferberufe laut einem Urteil des Bundesverfassungsgerichtes<sup>40</sup> in die Zuständigkeit der Länder fällt, gibt es eine große Vielfalt an Ausbildungen und Qualifikationsniveaus. Eine angemessene Personalbemessung verlangt eine bundeseinheitliche Struktur. Hilfreich ist hierbei der Entwurf des Deutschen Qualifikationsrahmens für lebenslanges Lernen.<sup>41</sup> Eine Unterteilung zwischen Pflegeassistenten mit 2-jähriger Ausbildung sowie Betreuungskräften und angelernten Helfern ist vorzunehmen. Gestufte Anforderungen und entsprechende Kompetenzen gemäß ihrer Qualifikationsniveaus sind zuzuordnen. Zudem sind im Sinne einer vertikalen Durchlässigkeit Bildungsmöglichkeiten zu schaffen, um die nächsthöhere Qualifikationsstufe zu erreichen.

Viele langjährige Pflegehilfskräfte in den Einrichtungen sind durchaus gewillt und geeignet, die Fachkraftausbildung zu absolvieren. Etliche Pflegehelfer scheuen aber eine dreijährige Ausbildung aufgrund familiärer Hintergründe und erheblicher Gehaltseinbußen während dieser Zeit. Dieses Mitarbeiterpotential ist aufzugreifen, um dem Fachkräftemangel zu begegnen. Ihnen müssen Bildungswege zur Weiterqualifizierung eröffnet und somit die Möglichkeit eines Zugangs zur Fachkraftqualifizierung gegeben werden, beispielsweise durch entsprechend finanzierte berufsbegleitende Programme.

---

<sup>39</sup> Vgl. Verena Schmitt-Roschmann

<sup>40</sup> Vgl. AFP Agence France-Presse GmbH

<sup>41</sup> Vgl. Arbeitskreis Deutscher Qualifikationsrahmen

## Zusammenfassung und Fazit

Die Wiederherstellung und der Erhalt größtmöglicher Selbständigkeit und Lebensqualität ist Ziel der Versorgung Pflegebedürftiger. Der Erfolg der Pflegeversicherungsreform wird daran zu messen sein, in wie weit die Parteien über die Finanzierungsprobleme hinaus auch Nachhaltigkeit in Bezug auf Leistungsinhalte schaffen und Pflegebedürftigen entsprechend der zukünftig zunehmenden Bedarfslagen eine Absicherung und damit Lebensqualität gewähren. In der Ausgestaltung der Pflegeversicherung wird sich zeigen, ob Pflege als elementare gesamtgesellschaftliche Aufgabe der Zukunft erkannt wird<sup>42</sup> und sich entsprechend politisches Handeln ableitet.

Zur Sicherstellung der gleichberechtigten Teilhabe aller Pflegebedürftigen am Leistungsgeschehen gilt es, ausgehend von einer erweiterten Definition von Pflegebedürftigkeit, nachhaltige Lösungen gleichberechtigt für alle Pflegebedürftigen zu schaffen. Dazu bedarf es vorrangig statt eines rein kompensatorischen Pflegeverständnisses, eines Paradigmenwechsels in der Einstellung zur Pflege, bei der präventive, kurative, rehabilitative, begleitende und palliative Interventionen in ihrem Zusammenwirken betrachtet werden. Deshalb ist die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in Verbindung mit dem Neuen Begutachtungsassessment als zentraler Kern der Pflegeversicherungsreform umzusetzen.

Die informelle Pflege durch Angehörige und Ehrenamtliche gewinnt immer mehr an Bedeutung. Dieser Entwicklung sollte die Gesetzgebung Rechnung tragen, indem sie pflegenden Angehörigen und Ehrenamtlichen mehr Unterstützung zukommen lässt. Sie benötigen erweiterte Entlastungs- und Unterstützungsangebote sowie mehr Information. Die Beratung und Begleitung von Pflegebedürftigen und Ihrer Angehörigen ist flächendeckend auszubauen. In diesem Zusammenhang ist ein einheitliches Qualitätssicherungssystem in den Pflegestützpunkten einzuführen und die Unabhängigkeit der Berater von den Kostenträgern sicherzustellen.

Die Kosteneinsparungen der gesetzlichen Krankenversicherung gehen derzeit aufgrund des Leistungsrechtes zu Lasten der Pflegeversicherung. Um dies zu unterbinden sind in einer Rahmengesetzgebung Schnittstellen leistungsrechtlicher Regelungen im Sozialrecht eindeutig zu klären und voneinander abzugrenzen. Insbesondere der Leistungsverchiebung von der gesetzlichen Krankenversicherung in die Pflegeversicherung ist entgegenzuwirken.

Qualitativ hochwertige Pflege verlangt professionelles, qualifiziertes Pflegefachpersonal. Als Maßnahme zur Sicherung der Pflegequalität in der stationären Altenhilfe ist die Bemessung der Fachkraftquote in Abhängigkeit des Pflegebedarfs der Bewohner gepaart mit der Festlegung einer Pflegefachkraftquote auf ein Minimum von 50% gefordert. Mittels eines validen Personalbemessungsverfahrens ist der Personalbedarf zu ermitteln.

Aus Sicht des DBfK muss die Reform der Pflegeversicherung eine Verbesserung der Versorgung von Pflegebedürftigen und eine Verbesserung der Situation von pflegenden Angehörigen und ehrenamtlich Pflegenden bewirken. Im Mittelpunkt steht dabei deren Lebensqualität. Wesentliche Handlungsfelder bestehen bezüglich der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der Anwendung des Neuen Begutachtungsassessments, infolgedessen die Erweiterung des Leistungsumfangs, vor allem um die Bereiche der sozialen Betreuung und der präventiven, rehabilitativen und palliativen Pflege sowie bezüglich pflegerischer Beratung, Betreuung und Begleitung. Ebenso bedingt die veränderte Sichtweise in der Einstellung zur Pflege, dass die Rahmenbedingungen für Pflegefachkräfte verbessert werden, damit sie gemäß ihrem professionellen Selbstverständnis ganzheitlich ihre Kompetenzen im erweiterten Leistungsspektrum einsetzen und uneingeschränkt ihr Potential entfalten können. Zur nachhaltigen Sicherung der bedarfs- und bedürfnisgerechten pflegerischen Versorgung der Bevölkerung, vor allem hinsichtlich der demographischen Herausforderung, verlangt es Entschlossenheit zu einer systemischen Korrektur.

---

<sup>42</sup> Vgl. SVR (2009), Seite 112

# **Forderungen des DBfK an eine Reform der Pflegeversicherung im Überblick**

## ***Auf Pflegebedarf reagieren***

- Einführung des Neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs<sup>43</sup> zur gleichberechtigten Berücksichtigung körperlicher, kognitiver und sozialer Aspekte des Lebens in der Definition von Pflegebedürftigkeit
- Einführung des Neuen Begutachtungsassessments zur umfassenden Erfassung des Hilfebedarfs bezüglich körperlicher, psychischer und sozialer Aspekte des Lebens bei der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit
- Umsetzung des erweiterten Pflegebedürftigkeitsbegriffs in der Gestaltung des Leistungsgeschehens

## ***Pflegebedürftigkeit vermeiden***

- Vermeidung bzw. Minderung von Pflegebedürftigkeit mittels präventiver und rehabilitativer Pflege

## ***Bedarfsorientierte Leistungsangebote schaffen***

- Erweiterung des Leistungsumfanges der Pflegeversicherung, insbesondere um die Bereiche der sozialen Betreuung sowie der präventiven, rehabilitativen und palliativen Pflege
- Schaffung gesetzlicher Rahmenbedingungen für die Weiterentwicklung von neuen Versorgungsformen ambulanter und stationärer Pflege

## ***Leistungen ausreichend finanzieren***

- Stärkung der ambulanten Pflege mittels Anhebung der Sachleistungssätze
- Dynamisierung des Pflegehilfsmittelbetrages

## ***Leistungen selbstbestimmt wählen***

- Einfließen der Leistungen der Pflegeversicherung in das persönliche Budget
- Festsetzung von Qualitätsstandards im persönlichen Budget

## ***Beratung und Begleitung sicherstellen***

- Ausbau der Beratungsbesuche gemäß §37 Abs.3 SGB XI einhergehend mit einer angemessenen Regelung der Finanzierung
- Unabhängige Beratung und Begleitung durch Case Manager /-innen und Familiengesundheitspfleger /-innen in Pflegestützpunkten
- Einführung eines einheitlichen Qualitätssicherungssystems zur Weiterentwicklung von Pflegestützpunkten

## ***Unterstützung und Entlastung anbieten***

- Aufbau flächendeckender Strukturen von Informations-, Unterstützungs- und Entlastungsangeboten für pflegende Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen

---

<sup>43</sup> Vorschlag aus dem Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriff

- Ausbau der Schulungsangebote nach §45 SGB XI als Regelleistungen der Pflegeeinrichtungen
- Implementierung des von der WHO empfohlenen Konzeptes „Familiengesundheitspflege“

### **Koordination sicherstellen**

- Schaffung einer Rahmengesetzgebung zu Schnittstellen leistungsrechtlicher Regelungen der Pflege im Sozialrecht
- Zurücknahme der Leistungsverschiebung von der gesetzlichen Krankenversicherung in die Pflegeversicherung
- abgestimmte Zuständigkeiten zwischen Medizinischem Dienst der Krankenkassen (MDK) und Heimaufsicht im Rahmen externer vergleichender Qualitätsprüfung

### **Qualifikation definieren**

- Bemessung der Fachkraftquote in Abhängigkeit des Pflegebedarfes der Bewohner / Konkretisierung der Pflegefachkraftquote auf ein Minimum von 50%

### **Einheitliche Strukturierung der Pflegehelferqualifikationen**

- Verbesserung der Zugangsmöglichkeiten zur Pflegefachkraftausbildung

Berlin, März 2011

**Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e. V.**, Bundesvorstand, Salzufer 6, 10587 Berlin  
 Tel.: 030-2191570,  
 Fax: 030-21915777,  
[www.dbfk.de](http://www.dbfk.de)

*Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) ist die berufliche Interessenvertretung der Gesundheits- und Krankenpflege, der Altenpflege und der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. Der DBfK ist deutsches Mitglied im International Council of Nurses (ICN) und Gründungsmitglied des Deutschen Pflegerates (DPR). Mehr Informationen über den Verband und seine internationalen und nationalen Netzwerke können Sie auf der Homepage [www.dbfk.de](http://www.dbfk.de) nachlesen.*



# Literatur

## Schriften

- Barmer GEK (2010): Pflegereport 2010. Asgard-Verlag, St. Augustin
- Bericht der Enquete-Kommission des Landtags von Nordrhein-Westfalen (2005): Situation und Zukunft der Pflege in NRW. Toennes Druck + Medien, Erkrath
- BKK Bundesverband (2010): Sozialversicherungsgesetze 2010, Kompaktausgabe, SGB IV, V, IX, XI und Verträge. CW Haarfeld GmbH, Essen
- Bundesministerium für Gesundheit (2009): Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. pH-Druck GmbH, Berlin
- DBfK Bundesverband (2006): Positionspapier des DBfK zur Reform der Pflegeversicherung. Berlin
- DBfK Bundesverband (2007): Stellungnahme des DBfK zu den Eckpunkten für eine Reform der Pflegeversicherung vom 19. Juni 2007. Berlin
- DBfK Bundesverband (2007): Synopse „Persönliches Budget“. Berlin
- DBfK Bundesverband (2008): Pressemitteilung: Persönliches Budget für behinderte Menschen ab 1. Januar 2008. Berlin
- DBfK Bundesverband (2010): Zahlen – Daten – Fakten „Pflege“. Berlin
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (2008): Leitfaden zur Pflegeversicherung. Meta Data, Berlin
- Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V (2003): Ansätze zur Pflegeprävention. Schlütersche Verlag, Hannover
- Frommelt, Mona; Klie, Thomas; Löcherbach, Peter; Mennemann, Hugo; Monzer, Michael; Wendt, Wolf-Rainer (2008): Pflegeberatung, Pflegestützpunkte und das Casemanagement. FEL Verlag, Freiburg
- IGES Institut GmbH (2010): Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung gem. § 8 (3) SGB XI. „Budgets in der sozialen Pflegeversicherung“.
- Kuratorium Deutsche Altershilfe (2010): Was leisten Pflegestützpunkte? Konzeption und Umsetzung. KDA Verlag, Köln
- Müller, E. (2001): Leitbilder in der Pflege. Hans Huber, Bern
- Robert Bosch Stiftung (2000): Pflege neu denken. Schattauer, Stuttgart
- Rothgang, Heinz (1996): Ziele und Wirkungen der Pflegeversicherung. Campus Verlag, Frankfurt
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2005): Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Köln
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009): Koordination und Integration- Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten, Kurzfassung. Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Köln
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2010): Demografischer Wandel in Deutschland, Heft 2, Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (2008): Pflegestatistik 2007-Deutschlandergebnisse. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (2010): Wirtschaft und Statistik November 2010. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
- Wille, E. (2005): Die soziale Pflegeversicherung: ein gesundheitspolitischer Pflegefall. In Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement 4/2005 S.201-202

## Internet

- AFP Agence France-Presse GmbH (2002): Bundesverfassungsgericht zieht Bund klare Grenzen bei Gesetzgebungskompetenz.  
<http://www.123recht.net/article.asp?a=3702&cccheck=1>
- Arbeitskreis Deutscher Qualifikationsrahmen (2010): Vorschlag für einen Deutschen Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen.  
<http://www.deutscherqualifikationsrahmen.de/SITEFORUM?t=/documentManager/sfdoc.file.detail&e=UTF-8&i=1215181395066&l=1&fileID=1292591399443>
- CDU, CSU, FDP (2009): Wachstum. Bildung. Zusammenhalt. Der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP.  
<http://www.cdu.de/doc/pdfc/091026-koalitionsvertrag-cducsu-fdp.pdf>
- Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld, IPW (2009): Erfahrungen mit der Einführung von Case Management im Rahmen trägerneutraler Pflegeberatung.  
[http://www.gkv\\_spitzenverband.de/upload/Endbericht\\_Wissenschaftliche\\_Begleitforschung\\_10288.pdf](http://www.gkv_spitzenverband.de/upload/Endbericht_Wissenschaftliche_Begleitforschung_10288.pdf)
- Schmitt, Sabine (2010): Jeder hat das Recht auf eine Pflegeauszeit.  
<http://www.welt.de/die-welt/finanzen/article6865437/Jeder-hat-das-Recht-auf-eine-Pflege-Auszeit.html>
- Obmann, Claudia (2010): Wie sich Karriere und Kümern vereinbaren lassen.  
<http://www.karriere.de/beruf/wie-sich-karriere-und-k-mmern-vereinbaren-lassen-9957/>
- Verena Schmitt-Roschmann (2010): Pflegestationen wegen Fachkräftemangels vor der Schließung.  
<http://search.1und1.de/search/web/?mc=hp@suche.suche@home&origin=HP&su=Arbeitsgeberverband+Pflegehilfskr%E4fte>