

Positionen der Diakonie zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung

**Diakonie für ältere
Menschen**

Stand: Mai 2014

Inhalt

3	Vorwort	
4	1. Struktureller Rahmen der Pflegeversicherung	
5	2. Finanzierung der Pflegeversicherung	
6	3. Pflegebedürftigkeitsbegriff und Begutachtungsverfahren	
6	3.1 Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff	
6	3.2 Neues Begutachtungsassessment (NBA)	
6	3.3 Weitere Anforderungen an das Begutachtungsverfahren	
8	4. Weiterentwicklung der Leistungen	
8	4.1 Leistungsdynamisierung	
8	4.2 Ausgestaltung der Leistungen der Pflegeversicherung	
9	4.3 (Weitere) Leistungen zur Unterstützung von pflegenden Angehörigen	
11	5. Weiterentwicklung der Angebots- und Dienstleistungsstrukturen für Menschen mit Pflegebedarf	
13	6. Weiterentwicklung der Pflegeberatung/ Case-Management	
13	6.1 Pflegeberatung	
13	6.2 Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI	
14	6.3 Case-Management	
15	7. Kommunale Verantwortung	
16	8. Anforderungen an die Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen für die Pflegeeinrichtungen und -dienste	
16	8.1 Grundsätzliches zur Finanzierung der Pflegeeinrichtungen und -dienste	
16	8.2 Vertrags- und Vergütungsrecht der SGB XI Einrichtungen und Dienste	
18	8.3 Personalbemessung und Fachkräfte in SGB XI Einrichtungen	
19	8.4 Qualität/Qualitätssicherung im SGB XI-Bereich	
19	8.5 Entbürokratisierung im SGB XI-Bereich	
19	8.6 Freiwilliges Engagement	
21	9. Ausgewählte Schnittstellen zu anderen Leistungsgesetzen und -bereichen	
21	9.1 Behandlungspflege in stationären Wohnformen	
21	9.2 Schnittstelle zur häuslichen Krankenpflege in der Krankenversicherung	
21	9.3 Schnittstelle zur Hilfe zur Pflege	
23	10. Pflegebedürftigkeit und Teilhabebeeinträchtigungen	
23	11. Weiterentwicklung der Pflegeversicherung unter UN BRK Gesichtspunkten	
25	12. Ausblick	
27	Weiterführende Diakonietexte	
28	Mitglieder der Projektgruppe	
31	Impressum	

Vorwort

Mit der vor zwanzig Jahren geschaffenen sozialen Pflegeversicherung wurde der Versuch unternommen, ein Lebensrisiko abzusichern, das in einer Gesellschaft des längeren Lebens immer häufiger eintritt. Inzwischen ist unumstritten, dass es einer eigenständigen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit bedarf. Konsens besteht aber auch dahingehend, dass die Pflegeversicherung eine grundlegende Reform nötig hat, um ihre Aufgabe unter veränderten (gesellschaftspolitischen) Rahmenbedingungen bewältigen zu können.

Die Diakonie Deutschland hat die Entwicklung der Pflegeversicherung von Anfang an intensiv begleitet. Die hier vorgelegten sozialpolitischen Positionen zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung wurden auf der Grundlage der praktischen Erfahrungen diakonischer Einrichtungen und Dienste sowie unter Beobachtung gesellschaftlicher Veränderungen erarbeitet.

Unsere Empfehlungen orientieren sich an den sozialetischen Grundsätzen der evangelischen Kirche. Der christliche Glaube weiß um die besondere Würde eines jeden Menschenlebens, das auch in Zeiten von Verletzlichkeit, Hilfe- und Pflegebedürftigkeit nichts von seinem Wert einbüßt. Vor diesem Hintergrund treten evangelische Kirche und Diakonie für Versorgungsstrukturen ein, die pflegebedürftige Menschen wie auch deren Angehörige unterstützen. Pflege ist Aufgabe des gesamten Gemeinwesens und nicht allein der Familien, die bislang den größten Teil der pflegerischen Arbeit leisten. Infolge veränderter Familienstrukturen und des demografischen Wandels werden Familien in Zukunft einen geringeren Teil der im Umfang zunehmenden Pflege-Arbeit leisten können. Umso wichtiger ist es, die Pflegeversicherung tragfähig auszugestalten.

Die Diakonie Deutschland sieht einen weitgehenden Reformbedarf der sozialen Pflegeversicherung. Dies betrifft den Realwertverlust der Leistungen der Pflegeversicherung und die daraus folgende, höhere finanzielle Belastung der pflegebedürftigen Menschen. Aber auch die veränderten gesellschaftlichen Erwartungen an die Pflege im hohen Alter sind zu berücksichtigen. Dem Wunsch der meisten pflegebedürftigen Menschen, zu Hause wohnen zu bleiben, versuchen die zurückliegende

wie auch die aktuelle Pflegereform zu entsprechen. Neben der weiteren Entwicklung neuer Wohnformen wird die stationäre Pflegeeinrichtung ein wichtiges und unverzichtbares Angebot in der pflegerischen Versorgungskette bilden. Die Begleitung, Unterstützung und Pflege durch informelle Helfersysteme und durch die ambulanten, teilstationären und stationären Leistungsangebote haben jeweils eigenständige Ziele und Aufgaben in einem Hilfe- und Unterstützungsnetzwerk. Dabei sind alle Angebotsformen quantitativ und qualitativ so auszubauen und leistungsrechtlich zu gestalten, dass sie den unterschiedlichen Bedarfen und Wünschen der betroffenen Menschen gerecht werden. Ausgangspunkt aller Überlegungen sollten dabei die verschiedenen Zielgruppen mit Pflegebedarf (zum Beispiel Menschen mit Demenz, Menschen mit chronischen Erkrankungen, ältere Menschen mit Behinderung, jüngere pflegebedürftige Menschen) und ihre Angehörigen sein.

Die Leistungen der Pflegeversicherung müssen in ein Gesamtkonzept der wohnortnahen, sozialraumorientierten Versorgung und Begleitung von pflege- und unterstützungsbedürftigen Menschen eingebettet sein. Hierzu sind die Kommunen unverzichtbar, mit ihrer Verantwortung für soziale Dienste und für die Daseinsvorsorge sowie mit ihrer Kompetenz, Wohnquartiere zu gestalten.

Auch der Beitrag der diakonischen und anderer freigezügiger Träger von Pflegediensten und -einrichtungen ist unverzichtbar. Er besteht nicht nur in der Dienstleistung selbst, sondern auch in der Beratung und anwaltschaftlichen Vertretung der Interessen der Betroffenen und in der Mitgestaltung der Gesellschaft durch freiwilliges Engagement und Nachbarschaftshilfe.

Damit dieses Engagement in allen seinen Facetten wirksam werden kann, müssen die Rahmenbedingungen dieser Arbeit förderlich gestaltet werden.



Maria Loheide, Vorstand Sozialpolitik

1. Struktureller Rahmen der Pflegeversicherung

Die pflegerische Versorgung der Bevölkerung in Deutschland stellt eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe dar, die solidarisch getragen und finanziert werden muss. An der Pflegeversicherung, als fünfter Säule der Sozialversicherung mit ihren Grundzügen Versicherungsprinzip, solidarische Finanzierung, sozialer Ausgleich, Teilleistungsgesetz, ist nach Auffassung der Diakonie Deutschland festzuhalten. Die soziale Pflegeversicherung soll weiterhin ein Element in der Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit bleiben. Eine alleinige Verlagerung des Risikos der Pflegebedürftigkeit in die Eigenvorsorge beziehungsweise in die Sozialhilfe ist abzulehnen. Die

Pflegeversicherung ist inklusionsorientiert weiterzuentwickeln und behinderungsspezifische Bedarfe sind zu berücksichtigen.¹

Pflegebedürftigkeit darf nicht ein noch größeres Armutsrisiko werden. Nach Ansicht der Diakonie Deutschland ist deshalb zu prüfen, ob perspektivisch eine neue sozialversicherungsrechtliche Ausgestaltung des Teilleistungssystems erforderlich wird, bei der die Eigenleistungen der Versicherten konstant im Sinne eines Selbstbehalts sind und die Leistungsbeträge der Pflegeversicherung so gestaltet werden, dass sie die übrigen Kosten für eine bedarfsdeckende Pflege abdecken.

¹ Siehe UN-Behindertenrechtskonvention http://www.behindertenbeauftragter.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Broschuere_UNKonvention_KK.pdf?__blob=publicationFile,

2. Finanzierung der Pflegeversicherung

Aus Sicht der Diakonie Deutschland wurde bei den Pflegeversicherungsreformen 2008 und 2012 versäumt, die zentrale Frage der finanziellen Nachhaltigkeit der Pflegeversicherung zu lösen. Die mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz 2008 verabschiedete Erhöhung der Beiträge der sozialen Pflegeversicherung um 0,25 Prozentpunkte sowie die 2012 verabschiedete Erhöhung um 0,1 Beitragssatzpunkte sind unzureichend. Eine Nachhaltigkeit der Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung wird hierdurch nicht erreicht. Dieses Versäumnis geht zu Lasten der zukünftig pflegebedürftigen Menschen und der an der Versorgung Beteiligten und ist geeignet, die finanzielle und gesellschaftliche Konfliktlage in den kommenden Jahren noch zu verschärfen.

Bei der Pflegeversicherungsreform 2014 wird es zwar eine durchaus begrüßenswerte Beitragssatzerhöhung geben, zusätzlich soll ein Pflegevorsorgefonds eingeführt werden, dennoch ist die Nachhaltigkeit der Finanzierung nicht gesichert.

Die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, aber auch der demographische Wandel werden zusätzliche finanzielle Ressourcen erfordern. Daher muss die Pflegeversiche-

rung mittel- und langfristig auf eine tragfähige und nachhaltige Finanzierungsgrundlage gestellt werden.

Für die zukünftige Finanzierung der Pflegeversicherung ist eine Kombination aus verschiedenen Elementen erforderlich, da alle Optionen zur Finanzierung der Pflegeversicherung Vor- und Nachteile aufweisen.

Die Kombination zur Erhöhung der Einnahmen der Pflegeversicherung besteht aus den Elementen:

- Heranziehung anderer Einkommensarten wie Kapital- und Mieterträge bei der Beitragsbemessung neben dem Arbeitsentgelt
- Beitragssatzerhöhungen
- Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf das höhere Niveau der Rentenversicherung
- Steuermittel für beispielsweise Alterssicherung der pflegenden Angehörigen, Lohnersatzleistungen für pflegende Angehörige

3. Pflegebedürftigkeitsbegriff und Begutachtungsverfahren

3.1 Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff

Seit der Einführung der Pflegeversicherung stehen der im Gesetz hinterlegte Pflegebedürftigkeitsbegriff und das darauf basierende Begutachtungsverfahren in der Kritik. Mit der engen, verrichtungsbezogenen und einseitig auf die somatischen Beeinträchtigungen ausgerichtete Definition der Pflegebedürftigkeit im SGB XI werden zentrale Lebensbereiche und Aktivitäten, Bedürfnisse und Bedarfe nach Zuwendung, Beaufsichtigung, Begleitung, Kommunikation und sozialer Teilhabe ausgeblendet; der Hilfebedarf von Menschen mit kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen, beispielsweise demenziell erkrankte Menschen, wird mit dem geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriff nicht angemessen erfasst.

Bereits 2009 hat der Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs einen anderen Begriff mit einem neuen Verständnis im Sinne eines Paradigmenwechsels empfohlen.

Im Unterschied zum jetzigen Begutachtungsverfahren soll nun der Maßstab zur Einschätzung von Pflegebedürftigkeit nicht der zeitliche Pflegeaufwand (den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt), sondern der Grad der Selbstständigkeit bei der Durchführung von Aktivitäten oder der Gestaltung von Lebensbereichen sein. Pflegebedürftige Menschen würden zukünftig anhand des jeweiligen Schweregrades ihrer Beeinträchtigung eingestuft und der Hilfebedarf von Menschen mit kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen kann mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff angemessen erfasst werden. Die Diakonie Deutschland fordert die zeitnahe Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs.

3.2 Neues Begutachtungsassessment (NBA)

Auf der Basis des neuen Verständnisses von Pflegebedürftigkeit wurde im Rahmen der Beratungen des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs bereits 2009 ein neues, wissenschaftlich fundiertes Begutachtungsinstrument als Kern eines neuen Begutachtungsverfahrens entwickelt, das die Elemente des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs abbildet und konkretisiert.

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff und das auf ihm basierende neue differenzierte Begutachtungsassessment bilden die Grundlage für wesentliche Verbesserungen für die pflegebedürftigen Menschen und für eine Gleichbehandlung der Menschen mit Pflegebedarf. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff bedingt, dass somatisch, kognitiv und psychisch beeinträchtigte Menschen gleichberechtigt am Leistungsgeschehen teilnehmen und die bisherigen Differenzierungen und Sondertatbestände dann verzichtbar sind. Ebenso bietet ein neues Begutachtungsassessment auch die Chance für die Anschlussfähigkeit an neue fachpolitische Entwicklungen in der Pflege beispielsweise beim Thema Ergebnisqualität oder bei der Pflegedokumentation.

In der letzten Legislaturperiode hat sich der Expertenbeirat zur Ausgestaltung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs intensiv mit den noch offenen Fragen zu dem in der vorletzten Legislaturperiode erarbeiteten neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff beschäftigt. Der Abschlussbericht des Expertenbeirats liegt vor. Damit sind alle Voraussetzungen erfüllt, den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und das darauf basierende neue Begutachtungsassessment zeitnah umzusetzen.

Mit der Implementierung muss insgesamt eine Verbesserung der Leistungen einhergehen. Dies ist nach Ansicht der Diakonie Deutschland nicht kostenneutral möglich, sondern wird die Ausgaben der Pflegeversicherung erhöhen, wofür die entsprechenden Ressourcen zur Verfügung gestellt werden müssen.

3.3 Weitere Anforderungen an das Begutachtungsverfahren

Nach Auffassung der Diakonie Deutschland sind verschiedene weitere Anforderungen an das Begutachtungsverfahren – neben der Einführung des neuen Begutachtungsassessments – zu stellen. Dies sind:

- Die Begutachtungsrichtlinien/-instrumente müssen transparent und nachvollziehbar sein.
- Sofern unterschiedliche Leistungsträger beteiligt und zuständig sind, ist die Einleitung des Begutachtungsverfahrens unter diesen abzustimmen.
- Es muss der tatsächliche Bedarfs erfasst werden.
- Eine vollumfängliche Barrierefreiheit bei Verfahren und Instrumenten muss gegeben sein.
- Der Antragssteller muss einen Rechtsanspruch auf die automatische Zusendung des Gutachtens erhalten.
- Bei verkürzten Fristvorgaben zum Beispiel beim Aufenthalt des Versicherten im Krankenhaus muss bisher das Gutachten nur die Feststellung enthalten, ob Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14 und 15 SGB XI vorliegt. In der Regel wird hier die vorläufige Pflegestufe I ausgesprochen. Diese Einstufung entspricht häufig nicht dem tatsächlichen Hilfebedarf der Versicherten, insbesondere bei einer Entlassung aus dem Krankenhaus. Sie führt in der Praxis zu vielfältigen Problemen, sowohl für den Versicherten und seine Angehörigen als auch für die Einrichtungen und Dienste. Zur Stärkung der Rechte pflegebedürftiger Menschen sollte auch bei einem verkürzten Verfahren der tatsächliche Hilfebedarf/Pflegebedarf der Versicherten ermittelt werden, und sie sollten eine Zuordnung in eine Pflegestufe entsprechend ihres Hilfebedarfs erhalten. Diese kann nach § 33 Abs. 1 SGB XI gegebenenfalls auch auf einen kürzeren Zeitraum befristet werden, beispielsweise für die Dauer eines anschließenden Kurzzeitpflegeaufenthalts.

4. Weiterentwicklung der Leistungen

4.1 Leistungsdynamisierung

Die Höhe der Leistungen der Pflegeversicherung ist zwischen 1995 und 2008 nahezu unverändert geblieben. Mit der Pflegeversicherungsreform 2008 wurden erstmals Leistungen der Pflegeversicherung erhöht. Es gibt dennoch einen großen Nachholbedarf. Die Dynamisierung der Leistungen der Pflegeversicherung muss in einem zweistufigen Modell erfolgen.

Die fehlende Anpassung an die Preis- und Lohnentwicklung führt(e) zu einer deutlichen Kaufkraftreduktion und zu einem Verlust des Wertes der Pflegeleistungen. Sie gefährdet das Versorgungssystem im SGB XI. Der Realwertverlust der Leistungen der Pflegeversicherung liegt bei etwa 20 Prozent und in den Pflegestufen I und II im stationären Bereich bei 25 Prozent. Diese Absenkung des Leistungsniveaus ist in der ersten Stufe wieder auf das Ausgangsniveau anzuheben, das bei der Einführung der Pflegeversicherung gegeben war. In der zweiten Stufe sollten dann auf der Basis des um den Nachholbedarf kompensierten Niveaus die Leistungen dynamisiert werden, um auch zukünftig eine angemessene pflegerische Versorgung der Betroffenen aufrechtzuerhalten.

§ 30 SGB XI wurde mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz 2008 geändert. Danach soll die Bundesregierung zukünftig alle drei Jahre, erstmals im Jahre 2014, die Notwendigkeit und Höhe einer Dynamisierung der Leistungen der Pflegeversicherung prüfen. Eine gesetzliche Regelung zur regelmäßigen Dynamisierung der Leistungen der Pflegeversicherung ist ausdrücklich zu begrüßen.

Die Diakonie Deutschland spricht sich im Gegensatz zum jetzigen § 30 SGB XI für eine unbürokratische und eindeutige Lösung aus, die nicht mit vielen Unwägbarkeiten behaftet ist. Der Orientierungswert der Dynamisierung muss auf der Basis valider Daten und unabhängig von finanzpolitischen Erwägungen erfolgen. Er sollte sich auf die Daten des Statistischen Bundesamtes beziehen. Unserer Ansicht nach bietet sich hierzu der Verbraucherpreisindex an. Des Weiteren sind die Leistungen der Pflegeversicherung regelgebun-

den und verpflichtend, jährlich zu dynamisieren. Eine Prüfoption ist nicht ausreichend.

4.2 Ausgestaltung der Leistungen der Pflegeversicherung

Nach den Vorstellungen der Diakonie Deutschland bedarf es dringend der Weiterentwicklung und Erhöhung der Leistungen.

Die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und das auf ihm basierende neue Begutachtungsassessment bedingen, dass somatisch, kognitiv und psychisch beeinträchtigte Menschen dem Gleichheitssatz entsprechend am Leistungsgeschehen teilnehmen und die gegenwärtigen Differenzierungen und Sondertatbestände dann verzichtbar sind. Dies impliziert auch, dass die bisherigen Leistungen für Menschen mit einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz (nach § 45b SGB XI und § 87b SGB XI) zukünftig allen pflegebedürftigen Menschen offen stehen müssen.

Die Diakonie Deutschland fordert, dass zukünftig alle Pflegegrade mit Geldleistungen/Sachleistungen hinterlegt sein sowie die Betreuungsleistungen neben der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung gleichberechtigter Bestandteil der Pflegesachleistungen werden müssen.

Das bisherige Leistungsniveau der Pflegeversicherung auf dem Stand des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes muss bei der Weiterentwicklung der Leistungen für alle pflegebedürftigen Menschen in der häuslichen/ambulanten Pflege gelten. Die Leistungen der teilstationären Pflege müssen mindestens auf das Leistungsniveau der ambulanten Pflege nach Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz angehoben werden.

Des Weiteren fordern wir eine nur teilweise Anrechnung des Pflegegeldes auf die Pflegesachleistungen bei der Kombinationspflege. Bisher findet eine Anrechnung des Pflegegeldes auf die Pflegesachleistungen bei der Kombinationspflege in der Höhe statt, in der ein ambulanter Pflegedienst zur Unter-

stützung genommen wird. Diese vollständige Verrechnung führt dazu, dass notwendige Unterstützung erst zu einem viel zu späten Zeitpunkt und in geringem Umfang in Anspruch genommen wird. Dem könnte durch eine teilweise Anrechnung des Pflegegeldes bei der Kombinationsleistung begegnet werden.

Die Diakonie Deutschland fordert daher, § 38 SGB XI um eine Regelung zu ergänzen, die eine zeitlich unbegrenzte Inanspruchnahme bis zum 1,5-fachen des bisherigen Höchstbetrages vorsieht und dadurch das höchst sinnvolle Element der Kombinationspflege stärkt.

Die Leistungen der Verhinderungspflege und der Kurzzeitpflege sind zu einem flexiblen Anspruch von acht Wochen zusammenzuführen, der je nach Bedarf für Kurzzeit- und Verhinderungspflege eingesetzt und auch stundenweise in Anspruch genommen werden kann.

Bei der Verhinderungspflege ist die sechsmonatige Wartefrist zu streichen.

Daneben sind die Verhinderungspflege und die Kurzzeitpflege zusammen mit den Leistungen nach § 45b SGB XI zu einem Entlastungsbetrag zusammenzuführen, der analog § 45b Abs. 1 S. 6 Nr. 1 bis 4 SGB XI eingesetzt werden kann und allen pflegebedürftigen Menschen offen stehen muss. Der Entlastungsbetrag gibt den pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen eine hohe Flexibilität in der Inanspruchnahme und Kombination der heute schon vorhandenen Entlastungsmöglichkeiten. Ein Budget für Entlastungsmaßnahmen erleichtert zudem wesentlich den Überblick über die zur Verfügung stehenden Möglichkeiten und erhöht somit im Vergleich zur gegenwärtigen Situation die Transparenz über die in Anspruch genommenen Leistungen.

Die stationäre Kurzzeitpflege gewinnt zur vorübergehenden Versorgung an Bedeutung, deshalb sollte die stationäre Kurzzeitpflegeleistung bei Bedarf um weitere acht Wochen verlängert werden können, ohne 50 prozentigen Anspruch auf Pflegegeld (in den „zweiten“ acht Wochen), wenn die häusliche Pflege nicht sichergestellt ist.

Die Leistungen in der stationären Pflege (§ 43 SGB XI) sind wieder auf das Ausgangsniveau anzuheben und dann regelmäßig zu dynamisieren. Nach Auffassung der Diakonie Deutschland ist in den Pflegestufen I und II eine Erhöhung, der seit 1996 feststehenden Leistungsbeträge um 25 % erforderlich sowie eine entsprechende angemessene Erhöhung der Leistungen in der Pflegestufe III und der Leistungen für die Härtefallregelungen.

Die Leistungen nach § 87b SGB XI sind für die Versicherten weiterhin alleine durch die Pflegekasse zu finanzieren. Die zusätzlichen Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI sollen allen pflegebedürftigen Menschen in einer stationären Pflegeeinrichtung zur Verfügung stehen, also nicht nur den Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz. Des Weiteren sollte der Schlüssel von 1:24 auf 1:16 abgesenkt werden. Auch nichtversicherte pflegebedürftige Menschen, die in stationären Pflegeeinrichtungen leben, müssen in die Regelungen § 87b SGB XI einbezogen werden.

Bis zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist sicherzustellen, dass Versicherte, die zum Personenkreis nach § 45a SGB XI zählen und noch keine Pflegestufe haben, einen uneingeschränkten Zugang zu den Leistungen der Tagespflege, der Kurzzeitpflege und zu den zusätzlichen Leistungen für pflegebedürftige Menschen in ambulant betreuten Wohngruppen nach § 38a SGB XI bekommen.

Menschen mit Behinderung, die in stationären Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe nach SGB XII leben, erhalten bei anerkannter Pflegebedürftigkeit einen pauschalierten monatlichen Betrag nach § 43a SGB XI in Höhe von 256 Euro. Dieser deckt den individuellen pflegerischen Bedarf vielfach nicht ab. Zudem ist er seit Einführung der Pflegeversicherung nicht erhöht worden. Deshalb ist perspektivisch eine Neuausgestaltung des § 43a SGB XI notwendig im Abgleich mit der beabsichtigten Reform der Eingliederungshilfe (Schaffung eines Bundesleistungsgesetzes zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen). § 43a SGB XI ist dabei nach Maßgabe des Art. 19 UN-BRK so zu modifizieren, dass Art und Höhe des Anspruchs auf Pflegeleistungen unabhängig von der gewählten Wohnform einzelfallbezogen entsprechend dem individuellen Bedarf gewährt werden. Bis zu diesem Zeitpunkt müssen die Leistungen nach § 43a SGB XI an der Dynamisierung der Leistungen im SGB XI teilhaben.

4.3 (Weitere) Leistungen zur Unterstützung von pflegenden Angehörigen

Die Diakonie Deutschland fordert eine bessere Begleitung und Unterstützung von pflegenden Angehörigen², um die familiäre

² Pflegenden Angehörigen sind Personen aus dem Familien-, Freundes- oder Bekanntenkreis eines pflegebedürftigen Menschen, die diesen Menschen im häuslichen Bereich ganz oder teilweise im Sinne der Laienpflege versorgen und betreuen. Der Kreis der Angehörigen kann über die Mitglieder der Familien hinausgehen und neben Verwandten, Ehepartnern und Verschwägerten auch Freunde, Bekannte, Nachbarn und andere nahestehende Personen mit einschließen.

Pflegebereitschaft zu erhalten und um Menschen zu ermutigen, die Verantwortung für familiäre Pflegeaufgaben zu übernehmen.

Die Entwicklung und Unterstützung des familialen und nachbarschaftlichen Pflegepotenzials ist eine unverzichtbare Zukunftsaufgabe.

Hierzu gehören

- der Ausbau eines Systems von vernetzten Versorgungsformen
- eine qualifizierte Pflegeberatung
- ein Anspruch auf ein flächendeckendes Angebot an bedarfsgerechten Pflegekursen sowie an individuellen Anleitungen/Schulungen für pflegende Angehörige in der Häuslichkeit
- ein flächendeckender und zügiger Ausbau wohnortnaher niedrighschwelliger Unterstützungsangebote
- eine Verbesserung bei der Rentenversicherung: Für die berufstätigen pflegenden Angehörigen sollte allein die für die Pflege aufgewandete Zeit (in der die Rentenversicherten auf eigene Erwerbstätigkeit verzichtet haben) für die rentenrechtliche Bewertung den Ausschlag geben. Für alle anderen pflegenden Angehörigen soll sich die Beitragshöhe nach § 166 Abs. 2 SGB VI pflegestufenunabhängig und einheitlich anteilig an der Bezugsgröße nach § 18 SGB IV bemessen. Solange die bisherige Regelung beibehalten wird, ist sicherzustellen dass die Grenze für die rentenrechtliche Absicherung von Pflegepersonen auf 10,5 Stunden gesenkt wird, damit auch der Bedarf von pflegebedürftigen Personen der Pflegestufe 1 im Umfang von 1,5 Stunden täglich (10,5 Stunden wöchentlich) rentenrechtlich vollumfänglich berücksichtigtungsfähig ist.

- Die Sozialversicherungsbeiträge nach den §§ 44 und 44a SGB XI sollen während der Inanspruchnahme von Kurzzeit- und Ersatzpflege weitergezahlt werden, um die Pflegebereitschaft aufrechtzuerhalten

Eine Synchronisierungen der Regelungen der Pflegezeit und Familienpflegezeit oder eine Zusammenführung in einem Gesetz ist erforderlich. Dabei müssen beachtet werden:

- die Einführung eines Rechtsanspruchs auf eine Familienpflegezeit im Familienpflegezeitgesetz, eine Verlängerung der Dauer der Familienpflegezeit, Lohnersatzleistungen bei der Familienpflegezeit analog zu den Elternzeitregelungen, die Einbeziehung von Angehörigen mit einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz ohne Pflegestufe
- die Einführung einer Regelung bei der kurzfristigen Freistellung analog zum Krankengeld bei Erkrankung des Kindes (§ 45 SGB V), ein Anspruch auf Lohnersatzleistungen bei Inanspruchnahme der Pflegezeit, die Aufhebung der Kleinbetriebsklausel, die Einbeziehung von Angehörigen sterbender Menschen ohne Pflegestufe, die Einbeziehung von Angehörigen mit einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz ohne Pflegestufe

5. Weiterentwicklung der Angebots- und Dienstleistungsstrukturen für Menschen mit Pflegebedarf

Der demographische Wandel und die damit verbundenen Entwicklungen (Zunahme der hochaltrigen Menschen, der Menschen mit Demenz, der Menschen mit Mehrfacherkrankungen) verändern Aufgabenfeld und -profil in der Pflege. Neben der Alltagsbegleitung muss sich die (geriatrische) Pflege und Betreuung der sehr zeitintensiven Versorgung von schwerst an Demenz erkrankten Menschen, den Herausforderungen der palliativen Begleitung und Versorgung sowie den wachsenden behandlungspflegerischen Aufgaben stellen.

Um den veränderten Anforderungen gerecht zu werden, muss der vom Gesetz geforderte Grundsatz „ambulant vor stationär“ ausgebaut und breiter definiert werden.

Begleitung, Unterstützung und Pflege durch die informellen Helfersysteme und durch die ambulanten, teilstationären und stationären Leistungsangebote bilden keine Priorisierung der Wertigkeit, sondern sind in ihrer jeweiligen Zielsetzung und ihrer Aufgabe eigenständige Elemente in einem Hilfe- und Unterstützungsnetzwerk. Dabei sind alle Angebotsformen quantitativ und qualitativ so auszubauen und leistungsrechtlich auszugestalten, dass sie den unterschiedlichen Bedarfslagen der betroffenen Menschen und ihren informellen Helfersystemen gerecht werden und verfügbar sind. Hierbei sind verschiedene Zielgruppen und auch die Bedarfe von jüngeren pflegebedürftigen Menschen mit in den Blick zu nehmen.

Nach Auffassung der Diakonie Deutschland bedarf es eines gleichberechtigten Nebeneinanders verschiedener Angebote, ausgerichtet an den jeweiligen Krankheits-, Pflege- und sozialen Situationen der Menschen. Damit jeder von Pflegebedürftigkeit betroffene oder bedrohte alte Mensch ein angemessenes qualifiziertes und ausreichendes Angebot erhalten kann, bleibt die stationäre Wohn-, Pflege- und Betreuungsform ein unverzichtbares Angebot, das es auch leistungsrechtlich auszugestalten gilt. Gerade in der stationären Pflege ist in den letzten Jahren der der Pflege- und Betreuungsbedarf bei den pflegebedürftigen Menschen erheblich gewachsen, der auf folgende Faktoren zurückzuführen ist:

- Zunahme der Anzahl und Ausprägung demenziell erkrankter pflegebedürftiger Menschen
- zunehmende Multimorbidität
- steigende Häufigkeit kurzfristiger Entlassungen aus Krankenhäusern

Im stationären Bereich ist diese Entwicklung, die sich fortsetzen wird, auch eine Konsequenz aus dem wünschenswerten Vorrang ambulanter Dienstleistungen. Die pflegebedürftigen Menschen in stationären Einrichtungen werden immer zeitintensiver in der Pflege und Betreuung und bleiben kürzere Zeiträume in den stationären Einrichtungen, ohne dass dieser Sachverhalt leistungsrechtlich abgebildet ist. Der Sachleistungsanspruch muss dringend erhöht und den Gegebenheiten (Realitäten) angepasst werden.

Die Kurzzeitpflege ist als zeitlich begrenzte Leistung, insbesondere im Anschluss an eine stationäre Behandlung oder bei Krankheit, Urlaub der Pflegeperson in der häuslichen Pflege konzipiert. Die Aufgabe könnte noch besser bewältigt werden, wenn die Anspruchsdauer erhöht würde. Häufig reichen vier Wochen nicht aus, um das für den pflegebedürftigen Menschen Mögliche zu erreichen. Es ist erforderlich, dass pflegebedürftige Menschen, die aus dem Krankenhaus in die Kurzzeitpflege entlassen werden, schon im Krankenhaus eingestuft werden. Dass die Menschen die vorläufige Pflegestufe I erhalten, obwohl ein wesentlich höherer Bedarf vorliegt, der von den Einrichtungen auch geleistet wird, ist nicht länger hinnehmbar. Häufig verringert sich der Pflegebedarf nach der Kurzzeitpflege erheblich, dies darf jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass der Pflegebedarf während der Kurzzeitpflege aber in der Regel sehr hoch ist. Dieser Sachverhalt ist leistungsrechtlich anzupassen.

Bei der Weiterentwicklung der vernetzten Angebotsformen sind nach Ansicht der Diakonie Deutschland die folgenden Parameter zu berücksichtigen/gestalten:

- Wahlfreiheit bei der Wohn- und Pflegeform/beim Hilfefarrangement/ (Wunsch- und Wahlrecht auch bei unterschiedlichen Preisen)
- Auf- und Ausbau von niedrighschwelligen wohnortnahen und quartierbezogenen Angeboten beim Alltagsmanagement und im Vorfeld von Pflegeleistungen
- systematischer Ausbau der Angebote und Leistungen der ambulanten Dienste, insbesondere in der Versorgung von alleinlebenden alten Menschen und von Menschen mit gerontopsychiatrischen Veränderungen
- Ausbau und die Weiterentwicklung der ambulanten Wohnformen
- Die Weiterentwicklung von wohnortnahen Wohn- und Begleitungsformen / Versorgungsformen erfordert den gleichzeitigen Abbau von organisatorischen und rechtlichen Nutzungshemmschwellen und Weiterentwicklungshindernissen.
- zielgruppenspezifische Angebote auch für jüngere Menschen mit Pflegebedarf
- bedarfsgerechter Ausbau von Tages- und Nachtpflege
- Weiterentwicklung und flächendeckender Ausbau der Kurzzeitpflegeeinrichtungen
- Weiterentwicklung von stationären Wohn-, Pflege- und Betreuungsangeboten als unverzichtbarem Bestandteil eines qualitativvollen differenzierten Hilfesystems
- flächendeckender Ausbau und Weiterentwicklung des Hospizgedankens und der Palliative Care (insbesondere der Allgemeinen Ambulanten Palliativversorgung in der Regelversorgung) mit bedarfsgerechten finanziellen Rahmenbedingungen und der Möglichkeit, dass Menschen in allen Wohnformen in ihrer letzten Lebensphase in der von ihnen gewünschten Weise leben und menschenwürdig sterben können³
- Zur Ergänzung professioneller Dienstleistungen und zur Stärkung des Selbsthilfepotentials ist die vorhandene Bereitschaft zum bürgerschaftlichen Engagement zu berücksichtigen und einzubeziehen

³ Konkrete Ausführungen beinhaltet das Ergebnis des Projektes 035 Finanzierung palliativer Kompetenz in der stationären Altenhilfe (im Erscheinen) und der Diakonie Text 04/2011 Der Tod gehört zum Leben Allgemeine palliative Versorgung und hospizliche Begleitung sterbender Menschen in diakonischen Einrichtungen und Diensten

6. Weiterentwicklung der Pflegeberatung / Case-Management

6.1 Pflegeberatung

Nach Auffassung der Diakonie Deutschland ist das Thema „Pflegeberatung“ von grundsätzlicher Bedeutung. Wichtigste Ziele bei der Pflegeberatung müssen sein, dass sie ausschließlich den Interessen der zu beratenden Person verpflichtet ist und dass sie bei den Ratsuchenden ankommt und wohnortnah angeboten wird.

Insbesondere im Vorfeld und zu Beginn einer Pflegebedürftigkeit sind Betroffene und ihre Angehörigen auf Beratung über das Versorgungssystem, die unterschiedlichen Dienstleistungsangebote sowie über Leistungsansprüche der verschiedenen Sozialgesetzbücher angewiesen. Aber auch im weiteren Verlauf einer Pflegebedürftigkeit ist Beratung nötig, da Angebote/Leistungen an die sich ändernden Situationen angepasst werden müssen oder auch neue Ansprüche entstehen. Beratungsbedarf besteht insbesondere dann, wenn die Übernahme der Pflege durch berufstätige Angehörige nur mit Unterstützung Dritter organisiert werden kann.

Trotz des Rechtsanspruches auf Beratung zeigen Erhebungen unter den Betroffenen einen zu geringen Informationsstand. Die politische und fachliche Diskussion wird durch die Frage nach der Infrastrukturgestaltung der Beratungsstrukturen dominiert. Bestehende gesetzlich initiierte Beratungsstrukturen brachten bislang leider nicht den erhofften Erfolg. Als Beispiel seien die Pflegestützpunkte genannt, durch die zwar eine neue Beratungsstruktur geschaffen wurde, die aber vielfach von den ratsuchenden Menschen nicht angenommen wird. Der Leistungsberechtigte muss sich den Anbieter der Beratungsleistung aussuchen und bei Bedarf auch jeweils noch eine andere Perspektive einholen können.

Die Diakonie Deutschland fordert deshalb den gesetzlichen Beratungsanspruch durch Einführung eines Beratungsgutscheins einzulösen. Er ist in die Hand des Versicherten selbst zu geben. Einen Beratungsgutschein in Höhe eines festzulegenden Wertes pro Kalenderjahr, welcher der Preisentwicklung einer professionellen Beratungsleistung entspricht, sollen

die Bürgerinnen und Bürger erhalten, die einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung gestellt haben oder Altersrente oder Erwerbsminderungsrente beziehen. Im Sinne des Wunsch- und Wahlrechts kann der Anspruch mit Hilfe des Beratungsgutscheins in einer Beratungsstelle geltend gemacht werden. Hierfür sind qualifizierte und plurale Beratungsstrukturen vorzuhalten.

Beratungsstellen, die mit gesichertem Qualitätsniveau beraten, können sein:

- kommunale örtliche Beratungsstellen
- Beratungsstellen der Betroffenenverbände oder der Verbraucherzentralen
- Kranken- und Pflegekassen
- Pflegeeinrichtungen und Pflegedienste
- Pflegestützpunkte oder
- Gemeinsame Servicestellen

Daneben sollten im Sinne der Nutzerfreundlichkeit und der vielfältigen Zielgruppen mit Pflegebedarf, so etwa pflegebedürftige Kinder, auch andere, bereits in der Beratung erfolgreich tätige Institutionen in diese Regelung einbezogen werden.

Durch die Refinanzierung der Beratung im SGB XI wird der Anreiz zum Aufbau von adäquaten Beratungsdienstleistungen für Träger und Kommunen erhöht.

6.2 Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI

Etwa 70 Prozent der pflegebedürftigen Menschen beziehen Pflegegeld und die Pflege wird durch pflegende Angehörige übernommen. Die Pflege in den Privathaushalten geht teil-

weise mit großen Belastungen einher. Nicht selten fehlt es an Wissen über Pfegetechniken, Entlastungsmöglichkeiten und Sozialleistungsansprüche. Für die Unterstützung pflegender Angehöriger sowie die Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der familialen Pflege kommt bestehenden Beratungs- und Schulungsangeboten eine zentrale Rolle zu.

Pflegebedürftige Menschen, die Pflegegeld beziehen, müssen eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Abs. 3 SGB XI beziehen. Die Beratung dient der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege, der regelmäßigen Hilfestellung und der praktischen pflegefachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden. Um Verbesserungen zu erreichen, sollte bei den verpflichtenden Beratungsbesuchen nach § 37 Abs. 3 SGB XI angesetzt werden.

Die Beratungsbesuche und ihre konzeptionelle Basis sind systematisch weiterzuentwickeln. Des Weiteren ist eine adäquate leistungsrechtliche Grundlage zu schaffen. Nach Ansicht der Diakonie Deutschland darf die Berechtigung zum Abruf eines Beratungseinsatzes nicht an den Pflegegeldbezug gebunden sein, sondern muss allen pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen in der häuslichen Pflege zur Verfügung stehen, auch wenn sie Pflegesachleistungen oder Kombinationsleistungen in Anspruch nehmen.

Darüber hinaus benötigt es eine Klarstellung, dass pflegebedürftige Menschen, die eine Tagespflegeeinrichtung besuchen und/oder häusliche Krankenpflege verordnet bekommen, ebenfalls berechtigt sind, Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI in Anspruch zu nehmen. Dies wird von Pflegekassen nicht selten verweigert. Außerdem ist für alle pflegebedürftigen Menschen eine Kombination der Beratung mit der Anleitung in der Häuslichkeit nach § 45 Abs. 2 S. 2 SGB XI generell zu ermöglichen, ohne dass sie ein weiteres Antragsverfahren durchlaufen müssen. Es muss für alle pflegebedürftigen Menschen in der häuslichen Pflege möglich sein, die Beratung auch häufiger abzurufen, als dies in § 37 Abs. 3 S. 1 SGB XI vorgesehen ist.

Des Weiteren sind die Beratungsbesuche zu qualifizieren, auch im Hinblick auf die Erfordernisse von bestimmten Zielgruppen, konzeptionell weiterzuentwickeln und die durchführenden Pflegefachkräfte entsprechend zu qualifizieren.

Darüber hinaus sind nach Auffassung der Diakonie Deutschland die Vergütungen der Einsätze so zu gestalten, dass sie

auch aus wirtschaftlicher Sicht eine umfangreiche, individuelle und qualitätsgesicherte Beratung zulassen.

6.3 Case-Management

Die Unterschiedlichkeit und Unübersichtlichkeit von Leistungen der verschiedenen Leistungsträger sowie die sich ausdifferenzierenden Angebots- und Dienstleistungsstrukturen machen das System für pflegebedürftige Menschen häufig intransparent und erschweren oftmals den Zugang zu notwendigen Leistungen. Komplexe gesetzliche oder untergesetzliche Regelungen belasten zusätzlich die Nachvollziehbarkeit und Durchsetzbarkeit zustehender Leistungsansprüche für Menschen mit Pflegebedarf.

In einem sozialarbeiterischen beziehungsweise pflegefachlichen Case-Management sind deshalb qualifizierte Lotsenstrukturen vorzuhalten und zu finanzieren, die pflegebedürftige Menschen auf Wunsch und/oder bei Bedarf hinsichtlich ihrer Auswahl, Organisation und Koordination von Leistungen unterstützen. Das sozialarbeiterische beziehungsweise pflegefachliche Case-Management mit Lotsenfunktion ist ausschließlich den Interessen der zu beratenden Person verpflichtet.

Während das Fallmanagement der Pflegekassen und anderer Sozialleistungsträger eher administrativen Charakter hat und der Leistungssteuerung dient, hat das sozialarbeiterische beziehungsweise pflegefachliche Case-Management vor allem eine sozialanwaltschaftlich ausgerichtete Beratungs-, Assistenz- und Koordinationsfunktion, insbesondere bei komplexen Bedarfslagen von pflegebedürftigen Menschen. Es zielt dabei auch darauf ab, ein koordiniertes Zusammenwirken aller am Prozess beteiligten professionellen und informellen Akteure (Anbieter, Leistungsträger, soziale Netzwerke) vor Ort zu unterstützen.

Die Diakonie Deutschland setzt sich deshalb für eine Verankerung eines Leistungsanspruchs des Versicherten auf ein sozialarbeiterisches beziehungsweise pflegefachliches Case-Management im Sinne einer Lotsenfunktion ein, das ausschließlich den Interessen der zu beratenden Person verpflichtet ist und unabhängig vom leistungssteuernden Fallmanagement der Pflegekassen und anderer Sozialleistungsträger erfolgt. In diesem Zusammenhang hält die Diakonie auch einen Abgleich mit der anstehenden Reform in der Eingliederungshilfe für erforderlich.

7. Kommunale Verantwortung

Die Diakonie Deutschland plädiert dafür, dass die Kommunen die Verantwortung und Steuerung bei der Planung, einer vernetzten Infrastruktur im Bereich des Alltagsmanagements, der sozialen und pflegerischen Versorgung auf der regionalen und lokalen Ebene übernehmen. Beim Aufbau, der Koordination und bei der Ausgestaltung sind vorhandene Angebote im Sinne der Subsidiarität vorrangig zu berücksichtigen, einzubeziehen und zu stärken.

Die Infrastruktur- und Angebotsstrukturentwicklung ist ein Bestandteil der kommunalen Daseinsvorsorge. Die regionale Pflegeinfrastruktur muss ein ausreichend differenziertes Angebot an Diensten und Einrichtungen vorhalten, das die Themen Beratung von Hilfesuchenden und Vernetzung im Quartier ausreichend berücksichtigt. Der Aufbau und die Ausgestaltung einer vernetzten Struktur bedürfen der Koordination auf der regionalen beziehungsweise der lokalen Ebene unter Berücksichtigung und Einbindung der bereits bestehenden vielfältigen Kompetenzen und Angebote. Dabei ist die Verantwortung der kommunalen Gebietskörperschaften für die Entwicklung von Versorgungsstrukturen in Netzwerkangeboten ein wesentlicher Bestandteil der Weiterentwicklung. Nur so können Fehl-, Über- oder Unterversorgung und qualitative Versorgungsdefizite wegen ungelöster Schnitt-

stellenprobleme vermieden werden. Dabei ersparte Aufwendungen sollen in den Ausbau der Pflegeinfrastruktur fließen.

Des Weiteren sollen die Kommunen wieder stärker ihre Verantwortung übernehmen und finanziell dazu in die Lage versetzt werden, Investitionskosten für regional erforderliche Angebote zu übernehmen beziehungsweise zu fördern. Hierbei ist unter anderem die Finanzierungsverantwortung der Bundesländer erforderlich.

Die Pflegekassen sollen verpflichtet werden, gemeinsam mit den Ländern und Kommunen, den Vertretern der Betroffenen, den Wohlfahrtsverbänden, den Vertretern der Einrichtungen und Dienste auf eine Verbesserung der Versorgungsqualität und eine Vernetzung der Versorgungsangebote auf kommunaler Ebene hinzuwirken.

Alle Angebote sind nach Ansicht der Diakonie Deutschland zukünftig in einem noch stärkeren Maße als bisher an den individuellen Bedarfen und dem Selbstbestimmungsrecht der Betroffenen zu orientieren und noch deutlicher in das soziale Umfeld zu verankern, um so die gesellschaftliche Teilhabe der pflegebedürftigen Menschen in einem höchstmöglichen Maße zu unterstützen.

8. Anforderungen an die Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen für die Pflegeeinrichtungen und -dienste

8.1 Grundsätzliches zur Finanzierung der Pflegeeinrichtungen und -dienste

Die Diakonie Deutschland spricht sich für eine ausreichende und verlässliche Finanzierung der Pflegeeinrichtungen und Dienste aus. Bei wirtschaftlicher Leistungserbringung im Rahmen der vereinbarten Leistungsqualität haben sie einen Anspruch auf eine vollständige Finanzierung der von ihnen erbrachten Pflegeversicherungsleistungen. Die bestehenden Tarifbindungen beziehungsweise kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen der Träger sind ebenso zu respektieren wie die ethisch-weltanschauliche Ausrichtung, die Gemeinwohlorientierung und die Gemeinnützigkeit der freien Wohlfahrtspflege. Es müssen die gesetzlichen Rahmenbedingungen dafür geschaffen werden, dass eine tarifliche Vergütung der Mitarbeitenden in den Pflegeeinrichtungen auf der Grundlage von Tarifverträgen bzw. kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen sichergestellt wird. Deshalb ist zum einen die Zulassung von Pflegeeinrichtungen uneingeschränkt auf die Zahlung von Tariflöhnen aufgrund von Tarifverträgen oder ihnen entsprechenden kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen abzustellen. Zum anderen ist auch in den Vergütungsregelungen der Einrichtungen und Diensten (§§ 85 und 89 SGB XI) zu verankern, dass die Bezahlung tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen dabei nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden können.

8.2 Vertrags- und Vergütungsrecht der SGB XI Einrichtungen und Dienste

Die Diakonie Deutschland sieht für das Vertrags- und Vergütungsrecht der SGB XI-Einrichtungen den nachfolgend angeführten Ergänzungs- und Änderungsbedarf.

Rahmenverträge § 75 SGB XI und die nicht geklärte Abgrenzung zu Vergütungsvereinbarungen §§ 85/89 SGB XI

Die Abgrenzung der Inhalte von Verträgen nach § 75 SGB XI (Rahmenverträge) und § 89 SGB XI / § 85 SGB XI (Grund-

sätze für die Vergütungsregelung/Pflegesatzverfahren) ist nicht klar und führt in Verhandlungen immer wieder zu Irritationen, insbesondere weil die Vertragspartner des Rahmenvertrages und der Vergütungsvereinbarungen nicht dieselben sind.

Folgende Ergänzungen beziehungsweise Änderungen müssten nach Ansicht der Diakonie Deutschland vorgenommen werden:

- Der Katalog der Mindestinhalte muss überarbeitet werden. § 75 Abs. 2 Ziff. 1 SGB XI ist bezüglich des Inhalts der Pflegeleistungen zu überarbeiten. Die Ziffern 4 und 6–8 sind entbehrlich, da bereits im Gesetz oder nach § 89 SGB XI in den Vergütungsvereinbarungen beziehungsweise in § 85 SGB XI in den Pflegesatzverfahren zu regeln.
- Es muss eine klare Abgrenzung von Regelungsinhalten nach § 75 SGB XI und § 85 SGB XI/§ 89 SGB XI in den gesetzlichen Regelungen getroffen werden.
- Besteht Tarifbindung beziehungsweise werden kirchliche Arbeitsrechtsregelungen bei den Leistungserbringern angewandt, müssen die Tarife/Vergütungen nach den kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen als Kalkulationsgrundlage anerkannt werden.

Regelungsbedarf für Vergütungsvereinbarungen der ambulanten Pflegedienste

Durch die Änderungen in § 89 SGB XI (Grundsätze der Vergütungsregelung) und § 120 SGB XI (Pflegevertrag) im Pflege-Neuausrichtungsgesetz, sind ambulante Pflegedienste gezwungen, sowohl zeitbezogene Vergütungen als auch die Vergütung von Komplexleistungen zu vereinbaren. Dem Klienten gegenüber müssen im Pflegevertrag die Zeitvergütungen und die Vergütungen für Komplexleistungen gesondert beschrieben werden. Dem pflegebedürftigen Versicherten steht es frei zu wählen, ob die Leistungen zeitbezogen abge-

rechnet werden oder als Komplexleistungen. Es ist anzunehmen, dass pflegebedürftige Menschen immer die für sie günstigere Vergütung wählen werden und dies die wirtschaftliche Situation der Pflegedienste verschlechtert. Pflegedienste sind durch diese Pflicht stark in ihrer Privatautonomie, die auch die Gestaltung der Angebote für pflegebedürftige Menschen beinhaltet, eingeschränkt.

Die Pflicht gemäß § 89 SGB XI gleichzeitig Vereinbarungen mit zeitbezogener Vergütung und Vergütung von Komplexleistungen abschließen zu müssen und die Pflicht der Gegenüberstellung der Leistungen nach § 120 SGB XI müssen gestrichen werden. In § 75 SGB XI oder § 89 SGB XI sollte geregelt werden, dass die Kalkulation zur Berechnung von Vergütungen in der ambulanten Pflege einheitlich und verbindlich landesweit festzulegen ist.

Gemäß § 71 SGB XI muss auch eine ambulante Pflegeeinrichtung als eine „selbstständig wirtschaftende Einheit“ organisiert sein. Dies wird von Schiedsstellen so verstanden, dass der Leistungsbereich SGB XI für ambulante Leistungen in den Bilanzen als eigener Geschäftsbetrieb ausgewiesen wird. Dies entspricht jedoch nicht den Realitäten. Ambulante Pflegedienste erbringen sowohl SGB XI-Leistungen als auch SGB V-Leistungen mit demselben Personal. Eine Abgrenzung der Geschäftsbetriebe ist nicht möglich. Sinn und Zweck von § 71 SGB XI ist es, sicherzustellen, dass ambulante Pflegedienste mit ihren ambulant erbrachten Leistungen pflegebedürftige Menschen in ihrer Wohnung pflegen und hauswirtschaftlich versorgen, unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft. Der Begriff „selbstständig wirtschaftende Einheit“ kann gestrichen werden.

Im § 89 SGB XI wird für die Regelungen zur Vergütungsfindung auf § 85 SGB XI verwiesen. Dort wird das Pflegesatzverfahren im stationären Bereich beschrieben. Das ist nicht sachgerecht, insbesondere die Regelungen in § 85 Abs. 3 S. 4. SGB XI Die Diakonie Deutschland fordert, die Grundsätze für Vergütungsregelungen für ambulante SGB XI-Leistungen sachgerecht und von den Regelungen zur stationären Pflegesatzvereinbarung abgegrenzt im SGB XI zu beschreiben.

Die Vergütung für Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 S. 3 SGB XI ist nicht kostendeckend. Die Vergütung muss, wie die anderen Vergütungen für SGB XI-Leistungen zwischen den Leistungserbringern und Leistungsträgern frei vereinbar sein. § 89 SGB XI ist dahingehend zu ergänzen.

Pflegesatzkommissionen – Ergänzungsbedarf für die weitgehend nicht umgesetzte Regelung in § 86 SGB XI

Die Pflegesatzkommissionen nach § 86 SGB XI haben weder Bedeutung für Einzelvereinbarungen nach § 86 Abs. 1 SGB XI noch für kollektive Vertragsabschlüsse auf Landkreisebene nach § 86 Abs. 2 SGB XI, sondern geben, dort wo so genannte Pflegesatzkommissionen bestehen, Empfehlungen ab, die dann von den Pflegediensten in Einzelvereinbarungen umgesetzt werden können. De facto entstehen dadurch in der ambulanten Pflege in manchen Bundesländern einheitliche Vergütungen für alle Pflegedienste. Dort, wo Pflegesatzkommissionen bestehen, ist die Arbeit durch die Vielzahl beziehungsweise steigende Zahl von Leistungserbringerverbänden oft sehr mühsam und langwierig. Folgende Probleme gibt es nach Auffassung der Diakonie Deutschland in dieser Beziehung:

- In Einzelverhandlungen wollen sich Pflegedienste nicht von Verbandsvertretern anderer Leistungserbringerverbände, wie in § 86 SGB XI vorgesehen, vertreten lassen. Diese Regelung muss gestrichen werden.
- § 86 SGB XI sollte daher überarbeitet und eine neue Verhandlungssystematik eingeführt werden.
- Pflegedienste beziehungsweise deren Verbände müssen die Wahl haben, entweder einzeln zu verhandeln oder
- als kollektive Verhandlungspartner, denen es frei steht, sich zu organisieren (entweder als Anwender eines bestimmten Tarifs oder Mitglied eines Verbandes [kirchliche, private ...] oder regional oder im selbst gewählten Kollektiv) und die Pflegekassen zu Verhandlungen aufzufordern.
- Leistungserbringer können sich ausschließlich von den Verbänden, denen sie angehören oder mit denen sie sich im Kollektiv für Verhandlungen zusammengeschlossen haben, vertreten lassen.
- Beim Scheitern von kollektiv geführten Verhandlungen kann die Schiedsstelle durch die jeweiligen Vertragspartner angerufen werden.

Verpflichtung zum Abschluss eines Gesamtversorgungsvertrags bei Vorliegen der Voraussetzungen

In den meisten Bundesländern weigern sich Pflegekassen, Gesamtversorgungsverträge abzuschließen, auch wenn das organisatorisch sinnvoll ist.

In § 72 Abs. 2 SGB XI sollte daher die Pflicht zum Vertragsabschluss eingefügt werden, wenn die Voraussetzungen für Gesamtversorgungsverträge vorliegen, das heißt die ständige Verantwortung durch eine Pflegefachkraft für alle Teile der Einrichtung sichergestellt ist.

8.3 Personalbemessung und Fachkräfte in SGB XI Einrichtungen

Pflegekräfte brauchen mehr Zeit für eine menschwürdige Pflege. Die Personaldecke in der Altenpflege ist nicht ausreichend. Professioneller Anspruch und tatsächliche Möglichkeiten zu pflegen, klaffen immer häufiger auseinander. Zeit für gute Pflege setzt voraus, dass die Personalbesetzung dem tatsächlichen Pflegebedarf in qualitativer wie in quantitativer Hinsicht entspricht.

Nach geltendem Recht werden zur Personalbemessung in der stationären Pflege Personalanhaltszahlen oder Personalrichtwerte gemäß § 75 SGB XI zugrunde gelegt. In den Rahmenverträgen zwischen Leistungsanbietern und Leistungsträgern werden länderspezifische Verfahren zur Personalbedarfsermittlung sowie deren Vergütung definiert. Diese länderspezifischen Verfahren und Personalrichtwerte sind seit der Einführung der Pflegeversicherung kaum verändert worden, obwohl sich die Anforderungen an die Pflegeeinrichtungen (zum Beispiel kürzere Verweildauern, Zunahme der Behandlungspflege, zunehmendes Erfordernis an palliativer und gerontopsychiatrischer Kompetenzen) deutlich verändert haben.

Wenig in die öffentliche Wahrnehmung gedrungen ist, dass in den Einrichtungen gerade in den letzten Jahren ein enormer Qualitätsschub stattgefunden hat. Die Mitarbeitenden haben rasant steigende fachliche und organisatorische Herausforderungen bewältigt und eine moderne Altenhilfelandchaft auf einem hohen Qualitätsniveau geschaffen. Der Preis dafür sind Arbeitsverdichtungen, deren Grenzen nun erreicht, wenn nicht schon überschritten sind.

Da es seit Einführung der Pflegeversicherung zu keiner Erhöhung der stationären Leistungen der Pflegeversicherung in den

Pflegestufen I und II sowie nur zu einer minimalen Anpassung in der Pflegestufe III gekommen ist, sind nahezu alle, insbesondere tariflich vereinbarte Lohnerhöhungen, von dem pflegebedürftigen Bewohner zu tragen.

Daher ist hier zwingend eine Erhöhung des Sachleistungsanspruchs vorzunehmen, um pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige zu entlasten und um einer Regulierung des Marktes über die Lohnvergütung entgegenzuwirken.

Die Personalausstattung einer Pflegeeinrichtung bestimmt maßgeblich die Qualität der Versorgung und damit die Lebensqualität der pflegebedürftigen Menschen. Gute Pflege setzt voraus, dass die Personalbemessung dem tatsächlichen Pflegebedarf in qualitativer wie in quantitativer Hinsicht entspricht, dies ist durch eine valide Pflegebedarfsermittlung und Personalbemessung zu gewährleisten und nicht durch willkürlich in den Rahmenbedingungen festgelegte Anhaltszahlen.

Die Personalausstattung muss sich somit am ermittelten Pflegebedarf der pflegebedürftigen Menschen orientieren. Hierbei müssen die Besonderheiten der Pflegeeinrichtungen (beispielsweise besondere Angebote für spezielle Zielgruppen wie Menschen mit Demenz, besondere Betreuungskonzepte, erhöhter Bedarf an Behandlungspflege bei speziellen Krankheitsbildern) bei der Bemessung der erforderlichen Personalausstattung berücksichtigt werden. Der Abbau von Arbeitsüberlastung und das Ermöglichen einer guten Versorgungsqualität machen eine bessere Personalbesetzung zwingend erforderlich.

Das Ziel eines Personalbemessungssystems ist es, eine finanzierbare, fachlich und qualitativ gute Versorgung der Bewohner zu erreichen, die unter akzeptablen Arbeitsbedingungen zu einer angemessenen Vergütung des Personals führt.

Nach Auffassung der Diakonie Deutschland sind in der nächsten Pflegeversicherungsreform folgende Forderungen umzusetzen:

- die Sicherung der angemessenen personellen Ausstattung entsprechend der steigenden fachlichen Anforderungen
- eine am tatsächlichen Bedarf orientierte Finanzierung der Personalkosten
- eine Erhöhung des Sachleistungsanspruchs, um so pflegebedürftige Menschen und Angehörige zu entlasten

- die Einführung einer Personalbemessung auf der Grundlage eines fundierten und erprobten Verfahrens

8.4 Qualität/Qualitätssicherung im SGB XI-Bereich

Nach Auffassung der Diakonie Deutschland kann Qualität nur von innen entstehen. Sie muss in der Einrichtung gelebt werden. Gemeinsam mit den Nutzern müssen die Qualitätsvorstellungen zu den Kernprozessen entwickelt werden. Bei der Ausgestaltung der Qualitätssicherung gilt es, zukünftig den Prozess des internen Qualitätsmanagements zu stärken und sinnvoll mit einer externen Qualitätssicherung und Überprüfung zu verzahnen. Nur so lässt sich eine Qualitätskultur in den Einrichtungen und Diensten verankern, die nachhaltig Qualitätsentwicklung und qualitätsgestützte Selbststeuerung fördert.

Dabei sollten auch Fragen eines effizienten und effektiven Mitteleinsatzes von externen Prüffressourcen kein Tabu darstellen und über Möglichkeiten der Steuerung von externen Prüfungen nachgedacht werden, damit die knappen Ressourcen (Geld, Pflegefachkräfte, Zeit) nicht für die externe Qualitätskontrolle, sondern verstärkt für die interne Qualitätsentwicklung verwendet werden können. Hierzu gehört auch eine verlässliche Abgrenzung der Prüfkompetenzen der Prüfinstitutionen (MDK/Prüfdienst der PKV und der nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden), um Mehrfachprüfungen zu vermeiden sowie eine Veränderung des Prüfrhythmus von ein auf mindestens zwei Jahre bei Regelprüfungen.

Die Qualität der Pflege und deren nachvollziehbare Darstellung für den Verbraucher wird eine immer wichtigere Komponente der Dienstleistungserbringung werden. Zielrichtung muss dabei die Vermittlung von Ergebnis- und Lebensqualität sein – als Qualitätsdimension, die angibt, was beim pflegebedürftigen Menschen tatsächlich ankommt. Gleichzeitig erhalten Träger und Einrichtungen über die Ergebnisqualität eine gute Steuerungsmöglichkeit, die nachhaltig interne Lern- und Verbesserungsprozesse unterstützt.

Die vergleichende Qualitätsberichterstattung in der stationären Pflege ist auf ein System von Qualitätsindikatoren der Ergebnisqualität umzustellen, das auf den Instrumenten

beruht, die im Bundesmodellprojekt „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ entwickelt wurden. Eine Weichenstellung gab es im Pflege-Neuausrichtungsgesetz in § 113 SGB XI, nun sind die §§ 114, 114a und 115 Abs. 1a SGB XI anzupassen sowie mit einer Umsetzungsfrist zu versehen.

8.5 Entbürokratisierung im SGB XI-Bereich

Die Diakonie Deutschland setzt sich für eine Überprüfung der im Pflegesektor geltenden Rechtsvorschriften und für eine Aufhebung von überflüssigen, sich überschneidenden beziehungsweise sich widersprechenden Regelungen ein. Der Abschlussbericht des Projekts der Bundesregierung zur Ermittlung und Dokumentation des Erfüllungsaufwands im Bereich Pflege bei Antragsverfahren auf gesetzliche Leistungen für Menschen, die pflegebedürftig oder chronisch krank sind, wurde in der letzten Legislaturperiode veröffentlicht. Er benennt eine Vielzahl an Entbürokratisierungserfordernissen. Daneben liegen Vorschläge der bisherigen Ombudsfrau zur Entbürokratisierung in der Pflege vor.

Im Projekt „Praktische Anwendung des Strukturmodells – Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation“ wird die Grundstruktur einer fachwissenschaftlich begründeten Pflegedokumentation einem Praxistest unterzogen.

Die nun vorliegenden Verbesserungsvorschläge und Ergebnisse sind nach den Vorstellungen der Diakonie Deutschland in der nächsten Pflegeversicherungsreform umzusetzen. Hierbei sind insbesondere zur Verfahrenssicherheit verbindliche Regelungen für eine Grundstruktur der Pflegedokumentation zu schaffen, die dann auch für das Leistungsrecht, das Ordnungsrecht und das Haftungsrecht sowie die unterschiedlichen Prüfinstanzen gelten.

Ein weiteres Entbürokratisierungserfordernis gibt es beim Datenträgeraustausch (DTA). Dieser ist konsequent umzusetzen, indem innerhalb des DTA-Verfahrens den Einrichtungen auch die Zahlungs-Avis der Pflegekassen und andere Unterlagen nur noch elektronisch zur Verfügung gestellt werden und auf die Doppelübermittlung von elektronischen Daten und den Papierdokumenten verzichtet wird.

8.6 Freiwilliges Engagement

Nach Ansicht der Diakonie Deutschland kann eine zeitgemäße Pflege, Begleitung und Unterstützung von pflegebedürftigen Menschen in teilstationären und stationären Einrichtungen und in der eigenen Häuslichkeit nur durch professionelle Berufsgruppen in Zusammenarbeit mit freiwillig Engagierten gesichert werden. Hierzu müssen bei der anstehenden Reform der Pflegeversicherung die strukturellen Rahmenbedingungen weiterentwickelt werden, die es ambulanten Diensten, teilstationären und stationären Pflegeeinrichtungen ermöglichen, freiwillig Engagierte zu gewinnen, zu qualifizieren und professionell zu begleiten.

Die Tätigkeit der freiwillig Engagierten darf dabei professionelle (Pflege-) Fachkräfte nicht ersetzen. Sie stellen vielmehr eine sinnvolle Ergänzung der hauptamtlichen professionellen Pflege dar, indem sie die Pflege und Betreuung flankierend unterstützen und vielfach eine Öffnung der Einrichtungen in das Gemeinwesen ermöglichen oder einer Vereinsamung von mobilitätseingeschränkten pflegebedürftigen Menschen in der eigenen Häuslichkeit entgegenwirken. Grundlage für die Zusammenarbeit sind Konzepte und Rahmenbedingungen für Freiwilliges Engagement.

9. Ausgewählte Schnittstellen zu anderen Leistungsgesetzen und -bereichen

9.1 Behandlungspflege in stationären Wohnformen

Unserer Auffassung nach zählt die Behandlungspflege, unabhängig von der Wohnform des pflegebedürftigen Menschen oder der Leistungsform, zu den Leistungen der Krankenversicherung. Die Diakonie Deutschland fordert weiterhin eine Übernahme der Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege aus dem SGB V in teilstationären und stationären Pflegeeinrichtungen sowie für Menschen mit Behinderung mit einem pflegerischen Bedarf unabhängig von der jeweiligen Wohnform, also auch in einer stationären Wohnform der Eingliederungshilfe nach SGB XII sowie in Werkstätten für Menschen mit Behinderung. Dadurch könnte die Pflegeversicherung ihre Mittel wieder verstärkt für ihre originären Aufgaben verwenden.

9.2 Schnittstelle zur häuslichen Krankenpflege in der Krankenversicherung

Bei pflegebedürftigen Menschen, die Pflegegeld beziehen und häusliche Krankenpflege verordnet bekommen, vermutet die Krankenkasse oft, dass die private Pflegeperson gleichzeitig die im Haushalt lebende Person nach § 37 Abs. 3 SGB V sei. Aufgrund dieser unzutreffenden Vermutung wird die verordnete Leistung der häuslichen Krankenpflege ungerechtfertigterweise nicht genehmigt.

Dabei wird zum einen nicht berücksichtigt, dass die private Pflegeperson nicht immer im Haushalt lebt. Zum anderen kann die private Pflegeperson auch zeitlich, personenbedingt oder fachlich nicht in der Lage sein, die häusliche Krankenpflegeleistung zu erbringen. In keinem Fall ist sie verpflichtet, Leistungen der häuslichen Krankenpflege zu erbringen. Außerdem kann der Versicherte die häusliche Krankenpflegeleistung durch die private Pflegeperson auch ablehnen.

Nach Ansicht der Diakonie Deutschland sollte eine Klarstellung sowohl im SGB XI als auch im SGB V erfolgen, dass die private Pflegeperson/selbst beschaffte Pflegehilfe nicht verpflichtet ist und auch nicht verpflichtet werden kann, Leistungen der häuslichen Krankenpflege zu erbringen.

9.3 Schnittstelle zur Hilfe zur Pflege

Die Leistungen der Pflegeversicherung gehen den Fürsorgeleistungen zur Pflege (§ 13 SGB XI) vor. Während die Leistungen der Pflegeversicherung dem Teilleistungsprinzip folgen, sind die Leistungen der Sozialhilfe bedarfsdeckend. Soweit Leistungen der Sozialhilfe weitergehende Leistungen als die Pflegeversicherung vorsehen, sind sie unabhängig von der Pflegeversicherung zu erbringen.

Im Gegensatz zu den Leistungen der Pflegeversicherung wird die Sozialhilfe nur einkommens- und vermögensabhängig gewährt. Der Bezug von Sozialhilfeleistungen kommt im Übrigen auch dann in Betracht, wenn die Leistungen aus der Pflegekasse zusammen mit dem persönlichen Einkommen und Vermögen (und dem des nicht getrennt lebenden Partners) nicht ausreichen, um die notwendige Pflegeleistung zu finanzieren. Dabei kann die Hilfe zur Pflege eine Ersatz- und Ergänzungsfunktion haben. Die Hilfe zur Pflege orientiert sich am Pflegebedürftigkeitsbegriff der Pflegeversicherung (sog. gemeinsamer enger Pflegebegriff von SGB XI und SGB XII). Dieser findet aber in einer ausgeweiteten Form Anwendung. Die Ausweitung bezieht sich auf drei Alternativen:

- der prognostizierte Zeitraum der Pflege kann kürzer als 6 Monate sein
- es kann ein geringerer Bedarf vorliegen als für die Einstufung in die Pflegestufe I der Pflegeversicherung erforderlich (sogenannte Pflegestufe 0) ist
- der Hilfebedarf kann sich auch auf andere Verrichtungen beziehen als die in § 14 Abs. 1 S. 2 SGB XI genannten, wie

beispielsweise allgemeine Anleitung, Strukturierung des Tagesablaufs etc. (vgl. § 61 SGB XII)

Mit dem Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz wurde die häusliche Betreuung nach § 124 SGB XI als Übergangregelung bis zur Implementierung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im SGB XI eingeführt. Aufgrund einer Gesetzeslücke in § 28 SGB XI gehen die Sozialhilfeträger von einer Nichtanwendbarkeit der Regelung nach § 124 SGB XI im Sozialhilferecht aus. Diese Gesetzeslücke ist zu schließen durch die Aufnahme der Übergangsregelung: häusliche Betreuung (§ 124 SGB XI) zu den Leistungen nach § 28 Abs. 1 SGB XI.

Nach Ansicht der Diakonie Deutschland wird auch bei einer Neufassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs die Hilfe zur Pflege gegenüber der Pflegeversicherung nachrangiges Leistungssystem (§ 13 Abs. 3 S. 1 Nr. 1 SGB XI, § 2 Abs. 1 SGB XII) bleiben. Auch zukünftig muss erst dann Hilfe zur Pflege gewährt werden, wenn die sonstigen Voraussetzungen bedarfs- und bedürftigkeitsabhängiger Pflege- und Betreuungsleistungen für pflegebedürftige Menschen vorliegen, deren Bedarf durch die Pflegeversicherung nicht gedeckt ist und vom Versicherten nicht durch eigene Mittel finanziert werden kann.

Nach den Vorstellungen der Diakonie Deutschland muss auch bei einem Schwellenwert von unter 15 Punkten die Hilfe zur Pflege subsidiär zuständig sein. Die benötigte Personenhilfe ist nicht durch Hilfe zum Lebensunterhalt/Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung oder der Altenhilfe zu decken. Ebenso muss die Hilfe zur Pflege bei einer kurzfristigen Pflegebedürftigkeit von weniger als sechs Monate subsidiär zuständig sein.

Ein weiteres Problem ist in den letzten Jahren immer wieder aufgetreten. Sozialhilfeträger haben die Rechnungen ambulanter Pflegedienste nicht beglichen, wenn die Empfänger von Hilfe zur Pflege-Leistungen verstorben waren.

Durch eine Ergänzung des § 19 Abs. 6 SGB XII muss klargestellt werden, dass beim Tod eines Empfängers von Hilfe zur Pflege-Leistungen genehmigte und erbrachte ambulante Pflegeleistungen, die nach dem Tod des Hilfeempfängers abgerechnet werden, bezahlt werden müssen.

9.4 Prävention und Rehabilitation vor Pflege sowie Prävention und Rehabilitation in der Pflege

Die Diakonie Deutschland setzt sich sowohl für die Umsetzung des Grundsatzes Prävention und Rehabilitation vor Pflege als auch für Prävention und Rehabilitation in der Pflege ein. Wir plädieren für unterstützende Anreize für Prävention und Rehabilitation und für eine entsprechende leistungrechtliche Absicherung.

Pflegebedürftigkeit, aber auch die Versorgung pflegebedürftiger Menschen, muss in der Prävention und Rehabilitation eine deutlich größere Rolle spielen. Prävention und Rehabilitation sind auch für die in stationären Pflegeeinrichtungen wohnenden Menschen zu erschließen.

Mehrere Gesetzesänderungen verfolgten in den letzten Jahren das Ziel, pflegebedürftigen Menschen den Zugang zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation zu erleichtern. Dennoch ist der Anteil pflegebedürftiger Menschen, die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erhalten, gering. Die Diakonie Deutschland weiß, dass die Ursachen hierfür vielfältig sind. Sie setzt sich neben den oben genannten Forderungen für eine Vereinfachung des Verfahrens zur Feststellung des Rehabilitationsbedarfs bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit (nach § 18 SGB XI in Verbindung mit § 18a SGB XI) ein.

Bei der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen sehen wir das Erfordernis eines Ausbaus der mobilen geriatrischen Rehabilitation, einen verbesserten Zugang älterer Menschen zu Heilmitteln und bedarfsgerechte Heilmittelleistungen für pflegebedürftige Menschen im SGB V. Die Beteiligung der Pflegeversicherung an den Kosten der geriatrischen Rehabilitation ist aus der Sicht der Diakonie Deutschland nicht zielführend.

Die Pflegeversicherung sollte in die Koordinationsanforderungen des SGB IX einbezogen werden, um dem Problem des stark gegliederten Sozialleistungssystems, dessen Bestimmungen zum Teil gegenüber den Regelungen im Gesetzbuch zur Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX) Vorrang haben, im Sinne der Betroffenen zu begegnen.

10. Pflegebedürftigkeit und Teilhabebeeinträchtigungen

Ältere pflegebedürftige Menschen erhalten aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit meist ausschließlich Leistungen nach SGB XI; Menschen mit (lebenslangen) Behinderungen beziehungsweise Teilhabebeeinträchtigungen erhalten in der Regel Eingliederungshilfeleistungen zur gesellschaftlichen Teilhabe nach dem SGB XII. Gleichwohl können bei den genannten Personenkreisen Pflegebedürftigkeit und (lebenslange) Behinderung zeitgleich nebeneinander vorliegen. Eine Inanspruchnahme von Leistungen beider Leistungssysteme scheitert in der Praxis vielfach an einer nicht bedarfsgerechten „Entweder – Oder Entscheidung“ bei der Leistungsgewährung.

Zur Verbesserung des Verhältnisses von Pflegebedürftigkeit und Teilhabebeeinträchtigung ergeben sich aus Sicht der Diakonie Deutschland folgende Handlungsbedarfe

Sowohl Menschen mit Behinderungen und pflegerischen Bedarfen als auch pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen müssen unabhängig von ihrem jeweiligen Wohnort in gleicher Weise Zugang zu den Leistungssystemen des SGB XI und SGB IX/ SGB XII haben. Leistungen zur Pflege und gesellschaftlichen Teilhabe sind im Sinne bedarfsgerechter und aufeinander abgestimmter Assistenz- und Unterstützungsleistungen nebeneinander zu gewähren.

Pflegebedürftige Menschen gelten in der Regel als behindert im Sinne des § 2 SGB IX. Daher müssen diejenigen pflegebedürftigen Menschen, die neben ihrem pflegerischen Bedarf auch eine Teilhabebeeinträchtigung im Sinne des SGB XII haben, ihren hieraus resultierenden Anspruch auf Leistungen der derzeitigen Eingliederungshilfe nach SGB XII geltend machen können.

Das Wunsch- und Wahlrecht der Person sowie die individuellen Bedarfslagen sind zwingend als Grundlage für eine leistungsrechtliche Zuordnung der Leistungen nach SGB XI und oder SGB XII/ SGB IX anzuerkennen. Eine Zuordnung der Leistungen muss unabhängig von fiskalischen Erwägungen oder der Steuerungshoheit einzelner Leistungsträger erfolgen.

Die Leistungen nach SGB XI und die Teilhabeleistungen nach SGB XII/SGB IX sind nicht als zweckidentisch anzusehen. Infolge der Definition von Pflegebedürftigkeit beziehungsweise Behinderung⁴ ergibt sich eine unterschiedliche Ausrichtung der beiden Leistungssysteme: während Ziel, Inhalt und Zweck der pflegerischen Leistungen im Wesentlichen auf den Erhalt und oder die Wiederherstellung der Selbstständigkeit der pflegebedürftigen Personen sowie auf eine Entlastung der pflegenden Angehörigen ausgerichtet sind, zielen Teilhabeleistungen nach SGB IX/SGB XII in erster Linie darauf ab, Menschen mit Behinderungen einen Zugang zur gesellschaftlichen Teilhabe in den jeweiligen verschiedenen Lebensbereichen zu ermöglichen. Die Leistungen sind im Vergleich zu den Leistungen der Pflegeversicherung umfassender angelegt (s. hierzu offener Eingliederungshilfe-Leistungskatalog nach SGB XII). Die Pflegeleistungen nach SGB XI verfolgen nicht primär das Ziel eines behinderungsbedingten Nachteilsausgleiches. Aus der fehlenden Zweckidentität folgt, dass Teilhabe-Leistungen nach SGB XII/SGB IX nicht durch die Leistungen nach SGB XI ersetzt werden können. Dies gilt umgekehrt in gleicher Weise.

Die Reform der Pflegeversicherung muss mit der Reform der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen aufeinander abgestimmt werden, um weiteren leistungsrechtlichen Abgrenzungsschwierigkeiten entgegenzuwirken.

⁴ Der Pflegebedürftigkeitsbegriff gemäß SGB XI geht im Wesentlichen von einer gesundheitlich bedingten Einschränkung der Selbstständigkeit der Person und deren personeller Hilfeabhängigkeit aus. Der Behinderungsbegriff des SGB IX bezieht eine ICF-basierte Sichtweise mit ein, wonach Behinderungen beziehungsweise Teilhabebeeinträchtigungen als Funktionseinschränkungen in Wechselwirkung mit den jeweiligen Umwelt- und Kontextfaktoren betrachtet werden.

11. Weiterentwicklung der Pflegeversicherung unter UN BRK Gesichtspunkten

Deutschland ist Vertragspartei des UN-Menschenrechtsübereinkommens über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK). Mit Inkrafttreten der UN BRK am 26. März 2009 gilt die UN-BRK als verbindliches Recht in Bund und Ländern und ist nach Ansicht der Diakonie Deutschland bei der Gesetzgebung zu berücksichtigen.

- Beratungs- und Angebotsstrukturen sowie Verfahren zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit sind auf ihre materielle, psychosoziale und kommunikative Barrierefreiheit, Zugänglichkeit sowie behindertengerechte Ausstattung hin zu überprüfen und anzupassen.
- Zugangsbarrieren (in Form von Einstellung, Wissen, Handlungskompetenzen, Kommunikationskompetenzen, interkultureller Kompetenzen, wohnortferne Erbringung der Leistungen, bauseitige Barrieren, Kommunikationstechniken, Stigmatisierung und so weiter) müssen systematisch abgebaut und stattdessen alternative Kommunikationsformen (wie zum Beispiel Deutsche Gebärdensprache, lautsprachbegleitende und lautsprachunterstützende Gebärden) und Kommunikationstechniken (Unterstützende Kommunikation) sowie die Hilfestellung durch Schriftdolmetschung und Ton-Übertragungsanlagen ermöglicht werden.
- Ein behinderungsspezifischer zeitlicher Mehraufwand bei der Feststellung von Pflegebedürftigkeit von Menschen mit Behinderungen ist angemessen zu berücksichtigen.
- Die Themen Behinderung und behinderungsspezifische Bedarfe sowie grundlegende Orientierungen zur Kommunikationskompetenz im Umgang mit Menschen mit Behinderungen müssen in Aus-, Fort- und Weiterbildung der Pflege- und Gesundheitsberufe systematisch integriert werden.

12. Ausblick

Die vorgelegten diakonischen Positionen zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung beziehen sich auf die aktuell anstehenden Reformbedarfe der Pflegeversicherung.

Perspektivisch sind die Handlungsbedarfe jedoch weitergehend, da sich verschiedene gesellschaftliche Entwicklungen abzeichnen, deren Herausforderungen aktiv begegnet werden muss. Im Folgenden werden die nach Auffassung der Diakonie Deutschland wichtigsten Punkte dargestellt, die teilweise miteinander korrelieren können und sich dadurch verstärken.

Demografische und regionale Entwicklung sowie ein sich ausdifferenzierender Pflegebedarf

Die Bundesrepublik Deutschland kann als Gesellschaft des langen Lebens bezeichnet werden, mit einer Vielzahl an Herausforderungen. Geht man von dauerhaft konstanten altersspezifischen Pflegewahrscheinlichkeiten aus, dann wird die Anzahl der pflegebedürftigen Menschen von heute 2,48 Mio. auf 3,31 Mio. im Jahr 2030 bzw. 3,64 Mio. im Jahr 2040 steigen. Hinzu kommt, dass erstmals auch eine gesamte Generation an Menschen mit Behinderung ins Rentenalter kommt.

Die steigende Zahl der pflegebedürftigen Menschen zeichnet sich durch eine sehr große Heterogenität aus: hochaltrige Menschen, Menschen mit Demenz, Menschen mit chronischen Erkrankungen und Mehrfacherkrankungen, ältere Menschen mit Behinderung, Menschen mit Migrationshintergrund, alleinlebende Frauen/Männer mit Pflegebedarf, kinderlose Personen und Paare, jüngere pflegebedürftige Menschen. Die große Heterogenität bewirkt einen sich ausdifferenzierenden Pflegebedarf.

Hinzu kommen deutliche regionale Unterschiede, die sich verstärken werden, im Hinblick auf die demografische Entwicklung, die wirtschaftlichen und sozialstrukturellen Ent-

wicklungen und den Anteil der pflegebedürftigen Menschen an der Gesamtbevölkerung in der jeweiligen Region.

Um den zukünftigen steigenden Pflege- und Betreuungsbedarf abdecken zu können, braucht es neben dem Ausbau bestehender Dienstleistungen auch neue, innovative Angebote, die den Bedürfnissen von älteren, hilfs- und pflegebedürftigen Menschen und deren Angehörigen entsprechen. Neben der Ausdifferenzierung der Angebote, muss auch deren Weiterentwicklung erfolgen, damit auf die vielfältigen Bedürfnisse, die Heterogenität und die unterschiedlichen Lebenslagen von Menschen mit Pflegebedarf eingegangen werden kann. Des Weiteren gilt es regional angepasste Lösungen zu finden, ohne die Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse aufzugeben.

Angesichts der Komplexität der Problemlagen bedarf es nach Ansicht der Diakonie Deutschland auch einer Überprüfung und Klärung des normativen gesetzlichen Rahmens über die Pflegeversicherung hinaus. Die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung kann nicht isoliert betrachtet werden, sondern es sind auch die Aus- und Wechselwirkungen bezüglich des übrigen bestehenden Leistungssystems und zukünftiger Gesetzgebungsverfahren in den Blick zu nehmen und die Schaffung von neuen Schnittstellen zu vermeiden. Ein Ineinandergreifen der unterschiedlichen Leistungssysteme ohne Reibungsverluste für die betroffenen Menschen muss eine zentrale Zielsetzung sein. Hierzu gehört auch, dass die Reform der Pflegeversicherung mit der Reform der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen aufeinander abgestimmt werden, um weiteren leistungsrechtlichen Abgrenzungsschwierigkeiten entgegenzuwirken.

Fachkräftemangel als Zukunftsthema

Neben einer Zunahme des Anteils der pflegebedürftigen Menschen ist mit einem Rückgang der verfügbaren Arbeitskräfte auf dem Arbeitsmarkt zu rechnen. Nur mit einer ausrei-

chenden Anzahl an Pflege(fach)kräften kann die künftige Pflege sicher gestellt werden. Weiterentwicklungen in der Pflegeversicherung bzw. bei pflegerischen Versorgungskonzeptionen müssen deshalb auch immer einen Beitrag zur Fachkraftgewinnung bzw. gegen den Fachkräftemangel leisten beziehungsweise diesen mit einbeziehen. Wie der Fachkräftebedarf in der Pflege gedeckt werden soll/kann, ist eines der zentralen Zukunftsthemen der gesamtgesellschaftlichen Aufgabe Pflege.

Weiterentwicklung des gegenwärtig unterfinanzierten Pflegesystems, das zurzeit von der familialen Pflege getragen wird

Die Pflegeversicherung ist als Teilleistungssystem ausgestaltet und mit einem Vorrang ambulanter vor stationären Leistungen versehen. Sie übernimmt nur einen pauschalen Zuschuss. Ein Großteil der Leistungen wird privat erbracht und finanziert oder subsidiär durch ergänzende Hilfe zur Pflege. Etwa 70 Prozent der pflegebedürftigen Menschen werden in der häuslichen Pflege alleine durch pflegende Angehörige oder mit Unterstützung ambulanter Dienste versorgt, das heißt das Pflegesystem wird zurzeit von der familialen Pflege getragen. Aufgrund des Teilleistungssystems und der fehlenden Leistungsdynamisierung wird eine zunehmende Unterfinanzierung des Pflegesystems deutlich. Durch eine Anpassung und Dynamisierung der Versicherungsleistungen muss dieser Entwicklung dringend gegengesteuert werden.

Das 5. SGB XI-Änderungsgesetz will dazu einen ersten Schritt machen, dieser reicht jedoch nicht aus, da er bereits bestehende Defizite nicht ausgleicht.

Perspektivisch zeichnen sich zwei sozialversicherungsrechtliche Möglichkeiten ab.

Nach Ansicht der Diakonie Deutschland ist prüfen, ob perspektivisch eine neue sozialversicherungsrechtliche Ausgestal-

tung des Teilleistungssystems erforderlich wird, bei der die Eigenleistungen der Versicherten konstant im Sinne eines Selbstbehalts sind und die Leistungsbeträge der Pflegeversicherung so gestaltet werden, dass sie die restlichen Kosten für eine bedarfsdeckende Pflege abdecken.

Alternativ dazu wäre auch eine Pflegevollversicherung in Erwägung zu ziehen. Dieses Modell sieht die Übernahme von den Leistungen, die notwendig, wirtschaftlich und zweckmäßig sind, durch die Solidargemeinschaft vor. Neben der grundsätzlichen Entscheidung für eine Pflegevollversicherung bedarf es vor allem zuerst eines gesellschaftlichen Verständigungsprozesses darüber, welches Leistungsniveau erreicht werden soll oder was unter den notwendigen Leistungen zu verstehen ist.

Grenzen der familialen Pflege – Perspektivwechsel erforderlich

Die demografische Entwicklung und der soziale Wandel lassen aber auch Systemgrenzen erkennen. Es darf eine gewisse Skepsis angemeldet werden gegenüber den gegenwärtigen Vorschlägen, dass verlässliche soziale Netzwerke die familiäre Pflege ersetzen können auch wenn wir deren Bedeutsamkeit nicht negieren wollen.

Mittelfristig ist ein Paradigmenwechsel in der Pflegepolitik und der Finanzierung der Langzeitpflege zu überlegen. Angesichts der Grenzen der familialen Pflege ist ein Perspektivwechsel mit einer Abkehr vom familienbasierten System und einer gleichzeitigen Hinwendung zu einem in der öffentlichen Verantwortung stehenden servicebasierten Systems⁵, das darauf abzielt das professionelle Pflegesystem zu stützen und weiterzuentwickeln (analog den skandinavischen Modellen), als Alternative in Erwägung zu ziehen.

Hierzu bedarf es nach Auffassung der Diakonie Deutschland einer gesellschaftlichen Diskussion und Reflexion.

⁵ Als Merkmale eines servicebasierten Systems gelten: Vorrang der formellen Pflege, mittlere bis hohe öffentliche Finanzierung (Bedarfssteuerung); ein weiter Pflegebegriff, eine hohe Professionalisierung und eine qualitativ hochwertige kommunale Pflegeinfrastruktur.

Weiterführende Diakonietexte

- Projekt 035 Finanzierung palliativer Kompetenz in der stationären Altenhilfe (im Erscheinen)
- Diakonie Text 03.2014: Familienpolitische Positionierung: Was Familien brauchen – Verwirklichung und Teilhabe von Familien
- Diakonie Text 01.2014: Diakonische Positionen zu einem Bundesleistungsgesetz zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen
- Diakonie Text 11.2013: Gesundheitspolitische Perspektiven der Diakonie 2014
- Diakonie Text 08.2013: Prävention und Bekämpfung von Altersarmut
- Diakonie Text 07.2013: Demographischer Wandel- zwischen Mythos und Wirklichkeit
- Deutscher Caritasverband/Diakonisches Werk der EKD und andere: Stellungnahme zu den Eckpunkten der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Vorbereitung eines neuen Pflegeberufgesetzes. Berlin, Mai 2012.
- Diakonie Text 06.2012: Soziale Daseinsvorsorge in den Kommunen: Zivilgesellschaft stärken, Solidarität und Teilhabe sichern
- Diakonie Text 04.2011 Der Tod gehört zum Leben Allgemeine palliative Versorgung und hospizliche Begleitung sterbender Menschen in diakonischen Einrichtungen und Diensten
- Deutscher Caritasverband/ Diakonisches Werk der EKD und andere: Empfehlungen für eine zukunftsweisende Reform der Pflegeausbildungen in Deutschland. Berlin, April 2011.
- Diakonie Text 06.2010: Sozialarbeiterisches Case-Management für Menschen mit Behinderungen in der Eingliederungshilfe nach SGB XII/SGB IX
- Diakonie Text 05.2010: Perspektiven zur Mitarbeitengewinnung in der Diakonie.

Mitglieder der Projektgruppe

Katja Alfing

Referentin Behindertenarbeit
Diakonie Rheinland-Westfalen Lippe e. V.

Petra Brodowski

Referentin für Vertragsverhandlungen, ambulante und stationäre Pflege
Diakonie Hessen - Diakonisches Werk in Hessen und Nassau und Kurhessen-Waldeck e. V.

Ruth Coester

Referentin für Sozialrecht
Bundesverband ev. Behindertenhilfe e. V.

Jutta Hertneck

Juristische Referentin
Diakonisches Werk der evangelischen Kirche in Württemberg e. V.

Svea von Hübbenet

Referentin für Sozialrecht, Zentrum Recht und Wirtschaft
Diakonie Deutschland

Martina Menzel

Referentin für das Arbeitsfeld Soziale Teilhabe von Menschen mit Behinderungen
Diakonie Deutschland

Miriam Müntjes

Referentin für ambulante Dienste
Diakonisches Werk der Ev.-Luth. Landeskirche Sachsens e. V.

Erika Stempfle (Projektleitung)

Referentin für das Arbeitsfeld ambulante gesundheits- und sozialpflegerische Dienste/ambulante Altenhilfe
Diakonie Deutschland

Gabriele Warschau

Leitung Qualitätsmanagement
Johanniter Seniorenhäuser GmbH, Berlin

Sebastian Wirth

Geschäftsführer
Diakoniestationen An der Agger und in Windeck
Diakonie vor Ort gGmbH, Gummersbach

Notizen

Notizen

Auszug Diakonie Texte 2012/2013/2014

- 03.2014 Familienpolitische Positionierung: Was Familien brauchen – Verwirklichung und Teilhabe von Familien
- 02.2014 Handreichung zu Schweigepflichtentbindungen für Mitarbeitende in der Diakonie
- 01.2014 Diakonische Positionen zu einem Bundesleistungsgesetz zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen
- 11.2013 Gesundheitspolitische Perspektiven der Diakonie 2014
- 10.2013 Einrichtungsstatistik – Regional zum 1. Januar 2013
- 09.2013 Pflegestatistik zum 15.12.2011
- 08.2013 Prävention und Bekämpfung von Altersarmut
- 07.2013 Demografischer Wandel – zwischen Mythos und Wirklichkeit
- 05.2014 Die insoweit erfahrene Fachkraft nach dem Bundeskinder-schutzgesetz – Rechtsfragen, Befugnisse und erweiterte Aufgaben
- 05.2013 Einrichtungsstatistik zum 1. Januar 2012
- 04.2013 Finanzierung von Altenarbeit im Gemeinwesen
- 03.2013 Soziale Sicherung für Kinder und Jugendliche einfach, transparent und zielgenau ausgestalten
- 02.2013 Freiheits- und Schutzrechte der UN-Behindertenrechts-konvention und Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie
- 01.2013 Dritter Weg im Dialog: Argumente, Glossar und Maßnahmen für die interne Kommunikation
- 09.2012 In der Diakonie vom Glauben reden – in Kursen zu Themen des Glaubens
- 08.2012 Das neue Entgeltsystem für psychiatrische und psychoso-matische Einrichtungen – Positionen der Diakonie
- 07.2012 Klientinnen und Klienten in ihrer Elternrolle stärken – Kinder psychisch oder suchtkranker Eltern achtsam wahrnehmen
- 06.2012 Soziale Daseinsvorsorge in den Kommunen: Zivilgesellschaft stärken, Solidarität und Teilhabe sichern
- 05.2012 Rechtssicherheit und Fairness bei Grundsicherung nötig
Diakonie-Umfrage ergibt: SGB-II-Rechtsansprüche regel-mäßig nicht umgesetzt
- 04.2012 Freiwilliges Engagement in Einrichtungen und Diensten der Diakonie – Eine repräsentative Studie
- 03.2012 Leitlinien Arbeitsmigration und Entwicklung
– Guidelines on Labour Migration and Development
Art.-Nr. 613 003 032ENGL

Liebe Leserinnen und Leser,

wir hoffen, dass wir Ihnen mit der vorliegenden Ausgabe des Diakonie Textes Informationen und inhaltliche Anregungen geben können. Wir sind an Rückmeldungen interessiert, um unsere Arbeit zu optimieren. Wir freuen uns deshalb, wenn Sie uns

1. Kommentare und Anregungen zum Inhalt des Textes zukommen lassen,
2. informieren, welchen Nutzen Sie durch diesen Text für Ihre Arbeit erfahren haben und
3. mitteilen, wie Sie auf die vorliegende Ausgabe der Diakonie Texte aufmerksam geworden sind und ob oder wie Sie diese weitergeben werden.

Ihre Rückmeldungen senden Sie bitte an die verantwortliche Projektleitung (siehe Impressum unter Kontakt).

Herzlichen Dank!
Diakonie Deutschland

Impressum

Die Texte, die wir in der Publikationsreihe Diakonie Texte veröffentlichen, sind im Internet frei zugänglich. Sie können dort zu nicht-kommerziellen Zwecken heruntergeladen und vielfältig werden. Diakonie Texte finden Sie unter www.diakonie.de/Texte. Im Vorspann der jeweiligen Ausgabe im Internet finden Sie Informationen, zu welchem Preis Diakonie Texte gedruckt beim Zentralen Vertrieb bestellt werden können.

Bestellungen:
Zentraler Vertrieb des Evangelischen Werkes für Diakonie und Entwicklung e.V.
Karlsruher Straße 11
70771 Leinfelden-Echterdingen
Telefon: +49 711 21 59-777
Telefax: +49 711 797 75 02
Vertrieb@diakonie.de

Benutzer des Diakonie Wissensportals können über die Portalsuche nicht nur nach Stichworten in den Textdateien recherchieren, sondern auch auf weitere verwandte Informationen und Veröffentlichungen aus der gesamten Diakonie zugreifen. Voraussetzung ist die Freischaltung nach der Registrierung auf www.diakonie-wissen.de

www.diakonie.de

Diakonie Deutschland –
Evangelischer Bundesverband
Evangelisches Werk für
Diakonie und Entwicklung e.V.
Caroline-Michaelis-Straße 1
10115 Berlin

Verantwortlich für die Reihe:
Andreas Wagner
Zentrum Kommunikation
Telefon: +49 30 652 11-1779
redaktion@diakonie.de
www.diakonie.de

Kontakt:
Erika Stempfle
Arbeitsfeld ambulante gesundheits- und sozialpflegerische Dienste/ambulante Altenhilfe
Zentrum Gesundheit, Rehabilitation und Pflege
Telefon: +49 30 652 11-1672
Telefax: +49 30 652 11-3672
erika.stempfle@diakonie.de

Layout: A. Stiefel

Druck: Zentraler Vertrieb des Evangelischen Werkes für Diakonie und Entwicklung e.V.
Karlsruher Straße 11
70771 Leinfelden-Echterdingen

© Juni 2014 – 2. Auflage
ISBN-Nr. 978-3-941458-76-5

Art.-Nr. 613 003 054

**Diakonie Deutschland –
Evangelischer Bundesverband
Evangelisches Werk für Diakonie und
Entwicklung e.V.**

Caroline-Michaelis-Straße 1

10115 Berlin

Telefon: +49 30 652 11-0

Telefax: +49 30 652 11-3333

diakonie@diakonie.de

www.diakonie.de