

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

Präambel

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

1. Einleitung

Behinderte Menschen mit Pflegebedarf sind

- alle behinderten Menschen, bei denen als Folge ihrer Behinderung Pflegebedarf eingetreten ist, und
- alle pflegebedürftigen Menschen,

die durch ihren Pflegebedarf in ihrer Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt sind oder denen eine solche Beeinträchtigung droht. Damit ist klargestellt, dass jeder pflegebedürftige Mensch (SGB XI) zugleich ein behinderter Mensch im Sinne des § 2 SGB IX ist.

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

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

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

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

Die Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen, Karin Evers-Meyer, hat im Mai 2006 den *Arbeitskreis teilhabeorientierte Pflege* berufen. Sie beauftragte ihn, „gemeinsame Positionen und Anforderungen an eine Pflegereform aus Sicht behinderter Menschen und der Behindertenbeauftragten zu formulieren“. Der Arbeitskreis bestand aus Vertreterinnen und Vertretern der Selbsthilfe behinderter Menschen und ihrer Angehörigen sowie der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege und der Sozialverbände. Expertinnen und Experten sowie Vertreterinnen und Vertreter der beteiligten Bundesministerien nahmen beratend teil.

Die vorliegenden Empfehlungen sollen bewirken:

- die umfassende Implementierung von Selbstbestimmung und Teilhabe in das gesamte Sozialrecht als übergeordnete Aufgabe,

- die durchgängige Orientierung des Leistungsgeschehens an individuellen Lebenssituationen, Ressourcen und Bedarfslagen,
- die konsequente Ausrichtung von Verwaltungshandeln und -verfahren aller zuständigen Träger an den vorstehenden Zielen.

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

Die Empfehlungen

- bringen konkrete Vorschläge in die Gesetzgebungsverfahren zur Pflege- und Gesundheitsreform ein und
- leisten einen Beitrag zur Diskussion zum Gesamtkonzept.

Kurzübersicht Thesen

Hier sollen die Hauptthesen des Papiers (Ergebnisse der Arbeitsgruppen in Kurzform) eingebracht werden) - dieses Kapitel sollte eine DIN A4-Seite nicht wesentlich überschreiten

2. Grundsätzliches: Pflege und Teilhabe

2.1 Teilhabe und Selbstbestimmung als übergeordnete Maßstäbe

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

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

Sofern Beeinträchtigungen einer Person die von ihr in Wahrnehmung ihres Rechts auf Selbstbestimmung gewünschte Teilhabe behindern, stehen ihr Leistungen ggf. aus verschiedenen Sozialgesetzbüchern, insbesondere aus den SGB V, IX, XI, XII zu, um ihre gleichberechtigte Teilhabe zu fördern.

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

2.2 Teilhabeorientierte Pflege

2.2.1 Pflegebedarf und Pflegebedürftigkeit

Der Begriff der Pflegebedürftigkeit – in der Begrifflichkeit des SGB XI - bezieht sich ausschließlich auf die Leistungspflicht der Pflegeversicherung (SGB XI). Darüber hinausgehende Pflegebedarfe und weitergehende Bedarfe, die sich auf die Teilhabebeeinträchtigung erstrecken, sind davon nicht erfasst.

Die Weiterentwicklung des Sozialrechts muss gewährleisten, dass alle Bedarfe, die sich aus der Teilhabebeeinträchtigung ergeben, durch ein an der ICF orientiertes Assessment festgestellt

werden. Dabei ist der sich auf die Pflege beziehende Bedarf nur ein Teilaspekt. Mit der Orientierung an der ICF sind die Erfassung von Funktions-, Aktivitäts- und Teilhabebeeinträchtigungen ebenso möglich wie die von Entwicklungs- und Erhaltungspotenzialen.

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

Die vollständige Feststellung des Teilhabebedarfs setzt einen für alle Sozialleistungssysteme operationalisierbaren Begriff des Pflegebedarfs voraus. Der Begriff des Pflegebedarfs muss – wie auch der Begriff des Teilhabebedarfs - unabhängig von der Frage definiert werden, welcher Sozialleistungsträger für die Leistung zuständig ist.

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

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

2.2.2 Feststellung des Teilhabe- und Pflegebedarfs

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

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

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

2.2.3 Leistungen bei Pflegebedürftigkeit

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

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

2.3 Koordination des Sozialrechts

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

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

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

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

3.1 Bedarfsorientierung der Leistungen unabhängig vom Aufenthaltsort

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

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

3.2 Häuslichkeitsbegriff

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

Es darf nicht geschehen, dass bestimmte Leistungen nur deshalb nicht erbracht werden, weil eine Person in einer Pflegeeinrichtung oder in einer Einrichtung der Behindertenhilfe lebt oder

weil sie sich in bestimmten Tageseinrichtungen aufhält. Dies gilt auch für Leistungen der Behandlungspflege.

3.3 Ambulante und stationäre Leistungen

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

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

3.4 Leistungsarten der Pflegeversicherung

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

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

4. Verhältnis zu anderen Sozialleistungen

4.1 Pflegeversicherung und Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII

Die Hilfe zur Pflege nach SGB XII muss als Instrument der Deckung des Pflegebedarfs erhalten bleiben, sofern dieser über die Pflegebedürftigkeit nach SGB XI hinausgeht. Ihr Bezug schließt den Bezug von anderen Leistungen zur Teilhabe nicht aus.

4.2 Pflegeversicherung und Eingliederungshilfe nach SGB XII

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

Unabhängig vom jeweiligen Aufenthaltsort des pflegebedürftigen Menschen müssen sich die Pflegekassen auch an den in Einrichtungen nach § 71 Abs. 4 SGB XI erbrachten Pflegeleistungen mit einem Zuschuss in Höhe der Pflegesachleistung beteiligen. Der § 43a SGB XI soll insoweit entfallen.

4.3 Pflegeversicherung und Prävention

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

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

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

4.4 Pflegeversicherung und Rehabilitation

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

Das gesamte Spektrum der Leistungen des § 26 SGB IX muss selbstverständlich allen pflegebedürftigen und von Pflegebedürftigkeit bedrohten Menschen zur Verfügung stehen. Die Er-

folgsaussichten medizinischer Rehabilitation sind insbesondere auch hinsichtlich der Erhaltung und Stabilisierung von Funktionen sowie der möglichen Verzögerung von Verschlechterungsprozessen zu beurteilen.

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

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

4.5 Pflegeversicherung und Heil- und Krankenbehandlung nach SGB V

4.5.1 Medizinische Versorgung pflegebedürftiger Menschen

Bei der medizinischen Versorgung pflegebedürftiger Menschen müssen Anreize für eine bessere haus- und fachärztliche Versorgung gesetzt und Zugangsbarrieren abgebaut werden. Insbesondere ist das Entgeltsystem sowohl für die ärztliche wie auch für die Heilmittelbehandlung so zu gestalten, dass über den Behandlungsanlass hinausgehende behinderungs- bzw. pflegebedingte Bedarfe abgebildet werden können und die notwendige Betreuung nicht zu Lasten der Behandlung selbst erbracht wird.

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

4.5.2 Krankenpflege

Aufgrund der leistungsrechtlichen Differenzierung zwischen der häuslichen Krankenpflege (§ 37 SGB V) einerseits und der Pflege im Sinne des SGB XI andererseits bestehen die bekannten

Schnittstellenprobleme, die weitgehend durch eine Erweiterung des Häuslichkeitsbegriffs (s. 3.2) gelöst werden.

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

4.5.3 Versorgung pflegebedürftiger Menschen im Akutkrankenhaus

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

4.5.4 Entlassungsmanagement

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

Das Krankenhaus ist für die Initiierung einer lückenlosen Versorgung im Zusammenarbeit mit den örtlichen Erbringern von Pflegeleistungen verantwortlich.

Außerdem hat eine fachkompetente Beratung der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen hinsichtlich der Pflege- und andere Unterstützungsangebote sowie Unterstützung beim Zugang zu diesen Angeboten zu erfolgen

4.5.5 Heilmittel

Eine bedarfsgerechte Versorgung mit Heilmitteln für behinderte Menschen muss sichergestellt werden. Die Finanzierung muss so geregelt werden, dass notwendige Leistungen nicht aus Budgetgründen unterbleiben.

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

4.5.6 Hilfsmittel für pflegebedürftige Menschen – Pflegehilfsmittel

Jeder Mensch hat die Fähigkeit zur Teilhabe und damit Anspruch auf die Versorgung mit notwendigen geeigneten Hilfsmitteln. Deswegen sind Hilfsmittel, die die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ermöglichen, bei Pflegebedürftigkeit nach den Bestimmungen des SGB IX zu erbringen

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

4.6 Pflegeversicherung und palliative Versorgung

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

5. Infrastruktur und Rahmenbedingungen in der Pflege

5.1 Beratung und Begleitung der Betroffenen und ihrer Angehöriger

Es muss ein flächendeckendes Angebot an niedrigschwelliger, anbieter- und leistungsträgerunabhängiger Beratung für pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen nach dem Vorbild der Verbraucher- und Patientenberatung § 65b SGB V geschaffen werden. Die Beratung soll über Ansprüche und Gestaltungsmöglichkeiten sowie über flankierende Angebote informieren und sowohl mit dem Entlassungsmanagement der Krankenhäuser als auch mit den Gemeinsamen Servicestellen nach SGB IX vernetzt werden.

Der MDK kann von den zeitlichen Intervallen der Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 im Einzelfall abweichen. Ziel ist eine der individuellen Lebens- und Pflegesituation entsprechende Beratung.

5.2 Rechte der Betroffenen und der Angehörigen im Verfahren

5.2.1 Beteiligungs- und Kenntnisnahmerechte

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

5.2.2 Freie Wahl der Assistenzperson

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

5.3 Unterstützung pflegender Angehöriger, des sozialen Umfelds und des Ehrenamts

5.3.1 Unterstützung und Entlastung pflegender Angehöriger

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

- ∞ Flexibilisierung der kombinierten Leistung von Geld- und Pflegesachleistungen
- ∞ Bei Kombinationsleistungen nach § 38 SGB XI keine volle Anrechnung auf das Pflegegeld bei Inanspruchnahme von Sachleistungen
- ∞ Sicherstellung des flexiblen Einsatzes der Verhinderungspflege durch Ermöglichung stundenweiser Inanspruchnahme bis zur Höhe des Sachleistungswerts

- ∞ Ausbau der finanziellen Leistungen für niedrigschwellige Angebote für den Personenkreis gem. § 45a SGB XI durch einen pflegestufenunabhängigen Betrag von mtl. 100 € .

5.3.2 Vereinbarkeit von Pflege und Berufstätigkeit

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

5.3.3 Soziale Absicherung pflegender Personen

Die Inanspruchnahme entlastender Angebote darf nicht zum Verlust oder zur Kürzung von Rentenanwartschaften führen. Die Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson sind auszubauen. (z. B. 1 Entgeltpunkt bei Pflegestufe 3, analog zur Elternzeit)

5.4 Bedarfsgerechte Pflegeinfrastruktur für Kinder und erwachsene Menschen mit besonderen Assistenzbedarfen

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

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

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

Das Persönliche Budget ist weiter zu fördern und Hemmnisse zur Inanspruchnahme müssen abgebaut werden.

Die ambulante Pflegesachleistung muss mindestens im Rahmen des Persönlichen Budgets auch als Geldleistung erbracht werden können; eine Ausweitung auf Arbeitgebermodelle außerhalb des Persönlichen Budgets ist ebenso notwendig (s. 3.2, 3.4).

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

5.6 Qualitätssicherung

5.5.1 Definition von Qualität vom Leistungsberechtigten her

Qualität von Pflege und Assistenz muss vorrangig als Ergebnisqualität definiert werden. Bei der Beurteilung des Erfolgs von Pflege muss primär die Perspektive der Leistungsberechtigten gewählt werden. Deren Erfahrungen müssen in die Weiterentwicklung der Angebote einfließen.

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

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

5.6.2 Anspruch der Leistungsberechtigten auf Qualität

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

5.6.3 Bürokratieabbau und Flexibilität

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

6. Leistungen und Leistungsstruktur der Pflegeversicherung

6.1 Pflegestufen und Leistungszugang

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

6.2 Unterscheidung zwischen ambulanter und stationärer Sachleistung

Dem Vorrang der ambulanten Leistungen muss durch Angleichung der Sachleistungsbeträge an die stationären Leistungen Rechnung getragen werden.

6.3 Pflegegeld

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

6.4 Dynamisierung der Sachleistungsbeträge

Die Sachleistungsbeträge sind mindestens in Höhe der Inflationsrate zu dynamisieren.

6.5 Leistungen zur Pflege im Ausland

Die Möglichkeiten, im Rahmen der Ausbildung oder der Berufstätigkeit oder aus gesundheitlichen Gründen vorübergehend Zeiten im Ausland zu absolvieren, müssen auch Menschen mit hohem Pflegebedarf zur Verfügung stehen.

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

Aus Sicht behinderter und pflegebedürftiger Menschen muss die Finanzierung der Pflegeversicherung solidarisch erfolgen. Insbesondere ist darauf zu achten, dass mögliche kapitalgedeckte Komponenten nicht individuell, sondern kollektiv angelegt werden, da das Risiko der Pflegebedürftigkeit auch für jüngere Menschen und von Geburt an besteht, so dass ein individuelles „Ansparen“ nicht in Betracht kommt. Der Zugang zur sozialen Pflegeversicherung muss risikounabhängig bleiben.