

# Vision für eine sektorenfreie Pflegewelt

Neuordnung der Pflegeversicherung entlang  
der Grenze zwischen Wohnen und Pflege



**Dr. Bodo de Vries**

**Vorstandsvorsitzender DEVAP**

## Sektorenübergreifende Versorgung

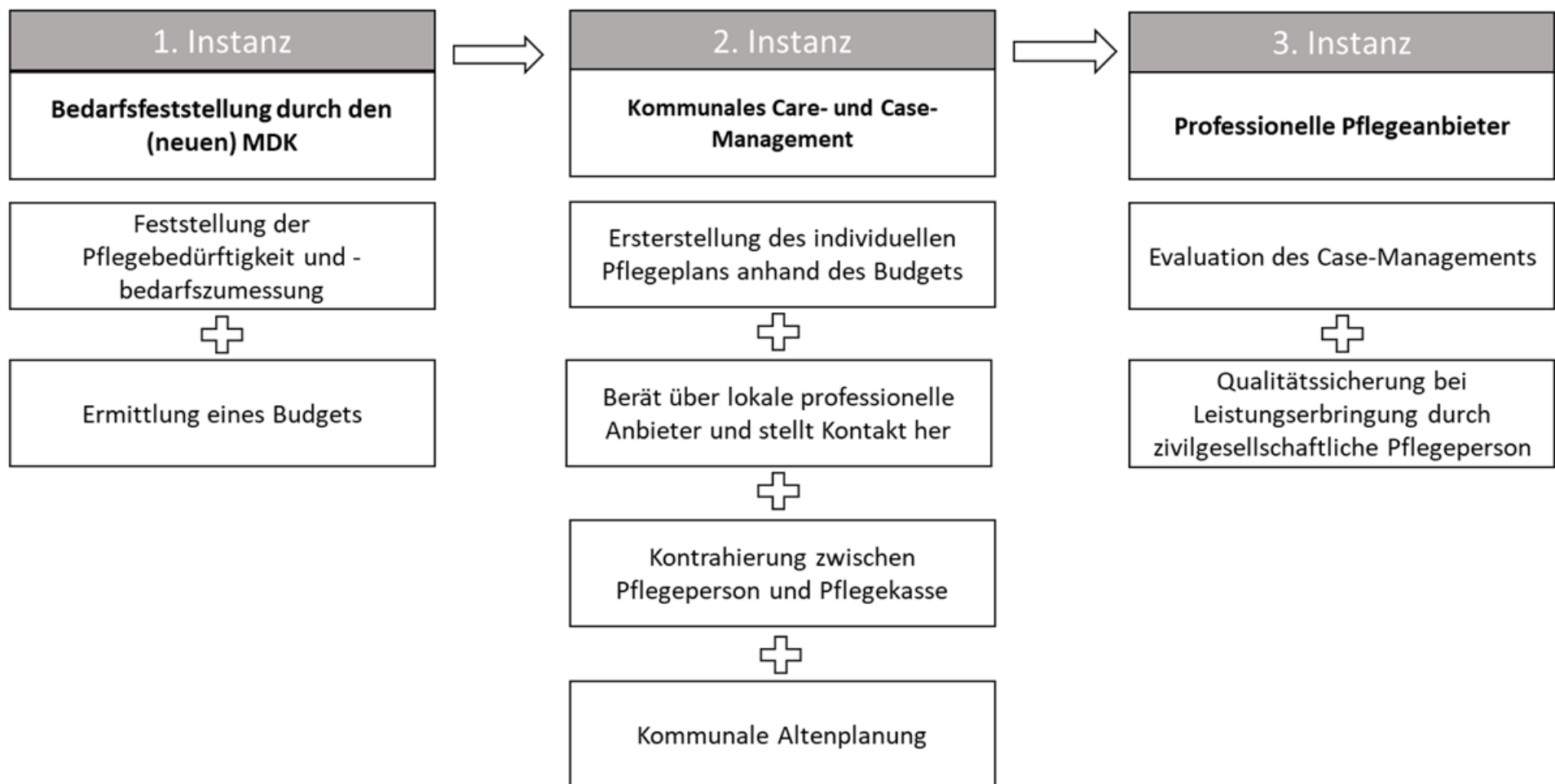
- Die Sektorentrennung in der Pflege ist ein Auslaufmodell, da viele der Leistungen sowohl durch Laien als auch durch professionelle Dienstleister erbracht werden können.
- Des Weiteren wird durch die Beibehaltung der Sektorengrenzen die Entwicklung innovativer Wohn- und Versorgungsformen ausgebremst oder auf den Charakter von Modellprojekten degradiert.
- Die zentrale Frage für das Leistungsgeschehen darf also nicht sein, wo bzw. in welchem ordnungsrechtlichen Rahmen eine Leistung bezogen wird, sondern wer die Leistungserbringung verantwortlich übernimmt. Dies ist grundsätzlich unabhängig vom Ort des Wohnens.
- Ansatzpunkt der Schaffung sektorenübergreifender Versorgungsstrukturen ist es daher, eine Neuorganisation des Leistungsgeschehens entlang der Grenzlinie Wohnen/Pflegen vorzunehmen.

## Sektorenübergreifende Versorgung

- Ziel ist es,
  - die sektorale Trennung ambulant/stationär aufzuheben und durch die Einteilung in Pflege vs. Wohnen zu ersetzen
  - Damit die Möglichkeit zur Entwicklung innovativer Wohn- und Pflegeformen zu schaffen und
  - Pfleger von Angehörigen und Zivilgesellschaft in allen Wohnsettings zu ermöglichen und finanziell zu motivieren
  
- Voraussetzungen hierfür sind
  - Bestimmung des individuellen Bedarfs und Umrechnung der notwendigen Leistungen in ein Budget
  - Sektorübergreifende Definition und Verpreisung von Leistungsmodulen
  - Ermöglichung der Übernahme von Modulen / Leistungen durch Zu- und Angehörige bzw. die Zivilgesellschaft

# Sektorenübergreifende Versorgung

- Hierzu werden Leistungszumessung und Organisation des individuellen Pflegearrangements in drei Instanzen organisiert:



## Sektorenübergreifende Versorgung

- **Erste Instanz: Bedarfsfeststellung (z.B. durch einen weiter entwickelten MDK):**
  - Unabhängig vom Ort der Leistungserbringung wird dem Pflegebedürftigen anhand des Begutachtungsinstrumentes ein bedarfsgerechtes Leistungsbudget zugewiesen.
  - Diese Systematik verspricht eine individuelle Beurteilung des Pflegebedarfs und bildet die Pflegebedürftigkeit in ihrer Ganzheit und Komplexität ab (neben psychischen Problemlagen werden auch kognitive und kommunikative Fähigkeiten beurteilt).
  - Die ermittelten Punktwerte könnten zur Ermittlung des Budgets mit den erforderlichen Qualifikationsanforderungen zur Leistungserbringung und schließlich einem Lohnniveau verknüpft werden (vgl. Projekt zur Personalbemessung nach § 113 c SGB XI)

## Sektorenübergreifende Versorgung

### – **Zweite Instanz: Steuerung der Inanspruchnahme:**

- Das Leistungsbudget wird in kommunaler Verantwortung nach den Präferenzen des Pflegebedürftigen in ein individuelles Pflegearrangement von professionellen und zivilgesellschaftlichen Leistungserbringern umgewandelt (Care- und Case-Management)
- Aufgaben des Case-Managements:
  - Erstellung eines Leistungsplans zur Steuerung und Verteilung des Budgets und Beratung über lokale professionelle Anbieter
  - Koordination der Übernahme der Leistungserbringung durch die professionellen Anbieter und/oder Angehörige bzw. Zivilgesellschaft
  - Bei zivilgesellschaftlicher Übernahme: Kontrahierung der Erbringung konkreter Leistungsinhalte zwischen Pflegekasse und zivilgesellschaftlicher Pflegeperson („Cash gegen Care“)
- die Kommune bleibt für die kommunale Altenplanung zuständig

## Sektorenübergreifende Versorgung

### – Dritte Instanz: Professionelle Anbieter:

- Die Pflegebedürftigen können ihr Budget frei mit den professionellen Anbietern in Form eines individuellen Pflegeplans verplanen
- Aufgabe der professionellen Anbieter:
  - Übernahme des Case-Managements unterhalb der kommunalen Ebene
  - Durchführung regelmäßiger Reflexions- und Evaluationsgespräche zur Leistungserbringung mit den Pflegebedürftigen/Angehörigen
  - Bei Veränderung des Pflegebedarfs: Änderung der Pflegeplanung, ggf. Beauftragung einer Neubegutachtung
  - Qualitätssicherung der zivilgesellschaftlichen Leistungserbringung
  - Durchführung verpflichtender Basisschulungen für die kontrahierten Leistungen sowie begleitende Anleitung zu pflegerischen Tätigkeiten gegen entsprechende Leistungsvergütungen

## Sektorenübergreifende Versorgung

- Das Pflegegeld (für die Pflegebedürftigen) wird zu einem Pflegegeld 2.0 (für die Pflegenden) weiterentwickelt.
  - An- und Zugehörige können Leistungsmodule ganz oder teilweise verbindlich übernehmen.
  - Für die Übernahme werden 40% des Profibetrags als steuer- und beitragsfreies Pflegegeld an die Pflegeperson ausgezahlt
  - Zivilgesellschaftliche Personen erhalten eine Grundqualifikation, die Leistungserbringung wird qualitätsgesichert.



## Sektorenübergreifende Versorgung

- Zur Verpreisung müssen alle Pflegeleistungen modularisiert werden – auch für bislang als Heim konzipierte Einrichtungen.
- Auf Basis der ambulanten Leistungskataloge in 16 Bundesländern, vorhandener Kataloge für stationäre Pflege und der pflegfachlichen Literatur wurde im AAPV-II-Gutachten ein Leistungskatalog entwickelt bestehend aus:
  - 3 Modulen mit 40 Leistungen für den SGB-XI-Bereich und
  - 1 Modul mit 23 Leistungen für den SGB-V-Bereich

## Sektorenübergreifende Versorgung

- Modul 1: Pflege und Betreuung
    - 22 Leistungen aus dem Bereich Körperpflege, Betreuung und Ernährung
  - Modul 2: Hilfe bei der Haushaltsführung
    - 8 Leistungen (Bereinigung der U+V-Kosten der stationären Pflege)
  - Modul 3: Steuerung der Pflege
    - 10 Leistungen aus dem Bereich Leistungszumessung, Pflegeprozesssteuerung, Qualitätssicherung bei zivilgesellschaftlicher Übernahme
  - Modul 4: Hilfe bei der Bewältigung von krankheits- und therapiebedingten Aufgaben
- Die Module 1, 2, 4 können durch Laien erbracht werden.

# Sektorenübergreifende Versorgung

Beispiel: Übersicht der Items aus dem Modul 1 des BI und die Zuordnung einzelner Interventionen und Leistungskomplexe aus dem stationären Interventionskatalog und den ambulanten Leistungskatalogen der Länder

Items aus dem Modul 1 des BI (MDS und GKV 2017)	Zugeordnete Interventionen aus dem stationären Interventionskatalog	Zugeordnete Leistungskomplexe aus den ambulanten Leistungskatalogen der Länder <sup>1</sup>
1.1 Positionswechsel im Bett 1.2 Halten einer stabilen Sitzposition 1.3 Umsetzen 1.4 Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs 1.5 Treppensteigen	Positionierung; Transfer/Fortbewegen; Bewegungsförderung (QN 4); Transportbegleitung	Spezielle Lagerung bei Immobilität mit der Körperpflege; Spezielle Lagerung bei Immobilität; Hilfen beim Aufsuchen und Verlassen des Bettes im Zusammenhang mit der Körperpflege; Hilfen beim Aufsuchen und Verlassen des Bettes; Hilfestellung beim Verlassen oder Wiederaufsuchen der Wohnung; Begleitung bei Aktivitäten; Mobilisation (Bewegungsübungen); <small><sup>1</sup> Teilweise sind die einzelnen Leistungen in den Ländern unterschiedlich benannt sein und können von den aufgelisteten Leistungen abweichen.</small>

## Sektorenübergreifende Versorgung

- Die Bepreisung der Leistungen für Profipflege erfolgt durch
  - bundeseinheitliche Punktzahlen und -relationen und einen
  - landesspezifischen Punktwert
- Für Gruppenleistungen werden die Preise nur anteilig übernommen.
- Gemeinkosten werden anteilig eingerechnet.
- Zur Berücksichtigung unterschiedlicher Aufwände je nach Beeinträchtigung der Pflegebedürftigen sind Hebesätze in der Punktzahl möglich.

## Fazit

- Durch den sektorenübergreifenden Leistungskatalog wird das Leistungsgeschehen entlang der Grenzlinie zwischen Wohnen und Pflege neu geordnet. Pflege kann dadurch grundsätzlich in allen Wohnsettings und von allen Personen erbracht werden.
- Durch ein Case Management zertifizierter Anbieter unterhalb der kommunalen Ebene wird gemeinsam mit dem Pflegebedürftigen und seinen Angehörigen ein individueller Pflegeplan erstellt, umgesetzt und durch regelmäßige Reflexions- und Evaluationsgespräche angepasst.
- Bei Veränderungen im Leistungsbedarf kann das Budget flexibel angepasst werden.
- Die Qualität der zivilgesellschaftlichen Leistungserbringung wird durch eine Basisschulung für die kontrahierten Leistungen sowie eine begleitende Anleitung zu pflegerischen Tätigkeiten abgesichert.

## Fazit

- Die Anbieter haben ihre Rolle bei der Leistungserbringung neu zu strukturieren. Sie erstellen gemeinsam mit dem Pflegebedürftigen und seinen Angehörigen einen individuellen Pflegeplan, der regelmäßig angepasst wird. Außerdem übernehmen sie die Basisschulung pflegender Angehöriger, wobei die Kosten von der Pflegeversicherung zu zahlen sind.
- Für eine gesamtgesellschaftliche Aufwertung des Pflegeberufs sind zudem bessere Rahmenbedingungen bei den Anbietern erforderlich: Die Ressourcenausstattung und die quantitativen Ansprüche in der Pflege müssen im Ergebnis auch einen deutlichen Beitrag zur Arbeits- und Berufszufriedenheit bei den Mitarbeitenden leisten. Wesentlich sind dabei, neben einer guten Work-Life-Balance, verlässliche Dienstplanungen und ein planbares Frei. Dieser Prozess braucht Zeit und bedarf eines Umdenkens in der bisherigen Personal- und Organisationsentwicklung der Unternehmen.
- Der Einsatz von Fachkräften muss bundesweit einheitlichen ethischen, fachlichen und vor allem bedarfsorientierten Standards entsprechen und darf kein Ergebnis landesspezifischer Beliebigkeit bleiben.

## Weiterer konzeptioneller Entwicklungsbedarf

- Das zweite Gutachten zur Alternativen Ausgestaltung der Pflegeversicherung der Initiative Pro-Pflegereform stellt erstmals Konzeptmerkmale dar.
- Nachfolgend gilt es die folgenden Fragestellungen zu konkretisieren:
  - a. Pflegerisch sind die Sektoren überwunden; die ambulanten und stationären Pflegerischen Bedarfe werden durch ein Modulvorschlag pflegerisch harmonisiert; der Vorschlag bezieht sich auf die Zusammenführung von ambulanten Leistungskomplexen und eine Differenzierung der stationären Versorgung von Wingenfeld. (Dieser Vorschlag bezieht auch eine noch bestehende Unschärfe der hauswirtschaftlichen Versorgung mit ein.)

## Weiterer konzeptioneller Entwicklungsbedarf

- b) Anpassungen jenseits der Pflege sind noch Baustellen und müssen als nicht harmonisiert gelten; die Konsistenz des Sockel-Spitze-Tausches wird noch durch die Einbeziehung von Erträgen aus dem Bereich der Unterbringung und Verpflegung reduziert. Das Konzept sieht bislang hauswirtschaftliche Unterstützung im ambulanten Bereich mit Erträgen der Pflegeversicherung vor, die im stationären Bereich zur Unterbringung und Verpflegung gehören. (in der ambulanten Pflege können und werden hauswirtschaftliche Leistungen (Einkaufen, Essen zubereiten, putzen) von Erträgen der Pflegeversicherung finanziert, im stationären Bereich ist dies nicht möglich.) Es bedarf hier noch einer normativen Setzung, die als fachliche und politische Vorgabe das Konzept determiniert.



## Weiterer konzeptioneller Entwicklungsbedarf

- c) In einer defragmentierten Welt verläuft die Grenze zwischen pflegerischer, hauswirtschaftlicher Umsetzung; die Bewertung zivilgesellschaftlicher Beiträge bzw. der Unterstützung von Angehörigen zur Versorgung bedarf auch einer Modularisierung und gleichförmigen Bewertung in Euro. Hierzu fehlen Erfahrungen und empirisches Wissen. Für zivilgesellschaftliche Beiträge zur Versorgung bedarf
  
- d) Die Modularisierung differenziert aus pflegerischer Perspektive die Versorgung. In den Bundesländern existiert aus Pflegesatzperspektive eine nicht einheitliche Umsetzung und Verteilung der Ressourcen für pflegerische Regietätigkeiten und Verwaltungstätigkeiten. Deshalb würde ein einheitlicher Vorschlag auf unterschiedliche Grundlagen fallen. Hier fehlt noch konzeptionelles Wissen, das vor einer Implementierung unbedingt entwickelt werden muss und für eine Harmonisierung der Sektoren von existentieller Bedeutung für die fachliche und wirtschaftliche Steuerung der Träger ist.



**Vielen Dank für Ihre  
Aufmerksamkeit!**