

Thomas Klie

## Rechtliche Rahmenbedingungen für die Langzeitpflege in Deutschland

### Geschichte, Konzeption, Desiderate

#### *Zusammenfassung*

Auch nach gut 20 Jahren ist die deutsche Pflegeversicherung eine Dauerbaustelle, die nach immer weiteren Reformschritten verlangt. Das hängt zum einen mit der wachsenden Zahl von auf Pflege angewiesenen Menschen zusammen, zum anderen mit Konstruktionsfehlern der Pflegeversicherung und ihrer Verortung zwischen Sozial- und Gesundheitswesen. Auch veränderte Vorstellungen von guter Pflege in fachlicher Hinsicht, aber auch in familiären Kontexten verlangen nach Weiterentwicklung in der sozialen Pflegesicherung sowohl in finanzieller als auch in konzeptioneller Hinsicht. Vor diesem Hintergrund werden die rechtlichen Rahmenbedingungen für die Langzeitpflege in ihrer Geschichte, in der aktuellen Situation und für die Zukunft beleuchtet.

#### *Abstract*

Despite the almost 20 years the German long-term care insurance has been in existence, it is still in need of improvement, a fact, which constantly calls for further steps to reform the care insurance system. This, on the one hand, is due to the increasing number of people in need of care, and on the other, to a number of defects in the design of the care insurance and its ill-defined place between social and health services. In addition, changing concepts of good care not only in professional contexts, but also within families demand a further development of the care insurance both with regard to financial and conceptual aspects. Against this backdrop, this paper will examine the legal framework of long-term care in its historical, present and future development.

## 1 Einführung

Das Thema Pflege gehört seit einigen Jahrzehnten zu den Topthemen der deutschen Sozialpolitik. Mit Einführung der Pflegeversicherung 1994 wurde eine lange Diskussion um die Konzeption der Pflegesicherung abgeschlossen. Seitdem bestimmt die Pflegeversicherung im Guten wie im Schlechten Rahmenbedingungen der Langzeitpflege. Dabei ist es nicht allein die Pflegeversicherung, die die rechtlichen Rahmenbedingungen für die Pflege setzt. Es sind vielmehr zahlreiche Gesetze und rechtliche Regulierungen, die Einfluss auf die Gestaltungsmöglichkeiten

und Erscheinungsformen der professionellen, aber auch der informellen Pflege nehmen. Zu ihnen gehören die Regelungen der gesetzlichen Krankenversicherung, die auch Pflegeleistungen kennen, sowie die Leistungen der Sozialhilfe, die sich als ergänzende Leistung der Pflegeversicherung darstellen. Das Pflegeberufrecht gewinnt zunehmend an Bedeutung, das nicht nur die Ausbildung und Berufsbezeichnungen, sondern mit dem für 2016 geplanten Pflegeberufegesetz<sup>1</sup> auch Vorbehaltsaufgaben der Fachpflege regeln soll. Die Ausgestaltung der Ausbildung zur Gesundheits- und Kranken- sowie Altenpflege inklusive Regelungen zur Finanzierung der Ausbildung und Anerkennung ausländischer Berufsabschlüsse ist hoch bedeutsam für die Gewinnung von Fachkräften für die Pflege, aber zugleich auch für das Niveau der Ausbildungen. Nicht nur auf der Bundes-, auch auf der Landesebene werden rechtliche Rahmenbedingungen für die Langzeitpflege gesetzt. Hier sind zuvörderst die landesheimrechtlichen Regelungen zu nennen (vgl. DV Heimrecht 2015), die nach der Föderalisierung des Heimrechts 2006 bei einem Kernbestand übereinstimmender und aus dem alten Heimgesetz übernommener Regelungen durchaus eine große Variationsbreite kennzeichnet, die insbesondere für die Diversifikation der Angebote für auf Pflege angewiesene Menschen maßgebliche Bedeutung erlangen kann, etwa für ambulant betreute Wohngemeinschaften. Fragen der Infrastrukturplanung, der Verantwortung von Kommunen für örtliche Sorge- und Pflegekulturen und -strukturen sind in höchst unterschiedlicher Weise in den Landespflegegesetzen geregelt. Diese werden von unterschiedlichen Steuerungs- und Aufgabenverständnissen der Landesebene gekennzeichnet, die von Vertrauen auf den Markt (Sachsen) bis hin zur recht strikten Infrastrukturentwicklung und -steuerung (Nordrhein-Westfalen) reichen. Eine rechtliche Gemengelage ist kennzeichnend für die rechtlichen Rahmenbedingungen der (Langzeit-) Pflege in Deutschland (vgl. Deutsches Zentrum für Altersfragen 2016; Klie 2013). Die aktuelle Diskussion um Pflegekammern, einer auf stärkere Autonomie hin ausgerichteten Institution zur Selbstorganisation der Pflegefachberufe, ist entbrannt. Landesgesetze zur Verkammerung der Pflegeberufe werden experimentell angelegt und sind ihrerseits umstritten (vgl. Landtag Baden-Württemberg 2016).

1 Vgl. <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/aeltere-menschen,did=194274.html>, erstellt 31.03.2016/abgerufen 20.05.2016.

Für die Bürger/-innen sind die rechtlichen Rahmenbedingungen der Pflege zunehmend unübersichtlich geworden. Sie sind auf Lotsen in dem von Segmentierung geprägten Versorgungssystem verwiesen, die ihnen gesetzlich auch zugesprochen wurden, aber in der Praxis nicht unbedingt verfügbar sind (vgl. GKV Bericht 2015).

In diesem Beitrag soll im Wesentlichen die Pflegeversicherung gewürdigt werden, die sich in einem Dauerprozess der Weiterentwicklung befindet, die nicht zuletzt einer insgesamt eher defensiven deutschen Politik geschuldet ist, die der finanziellen Unterausstattung des Langzeitpflegesektors nicht wirklich begegnet. Zahlreiche relevante pflegepolitische Fragen, wie etwa der Umgang mit osteuropäischen Pflegekräften in Privathaushalten, wird von der Politik nicht aufgegriffen (vgl. Arend/Klie 2016), obwohl die Zahl der osteuropäischen Pflegekräfte die in ambulanten Diensten Beschäftigten deutlich übersteigt. So handelt es sich bei dem Recht der Langzeitpflege in Deutschland um ein Recht, das ähnlich wie die Pflegeversicherung, die nur Teilleistungen für Teilbedarfe vorsieht, ein Recht ist, das sich nur Teilproblemen der Langzeitpflege widmet.

## 2 Pflegeversicherung

### 2.1 Konzeption

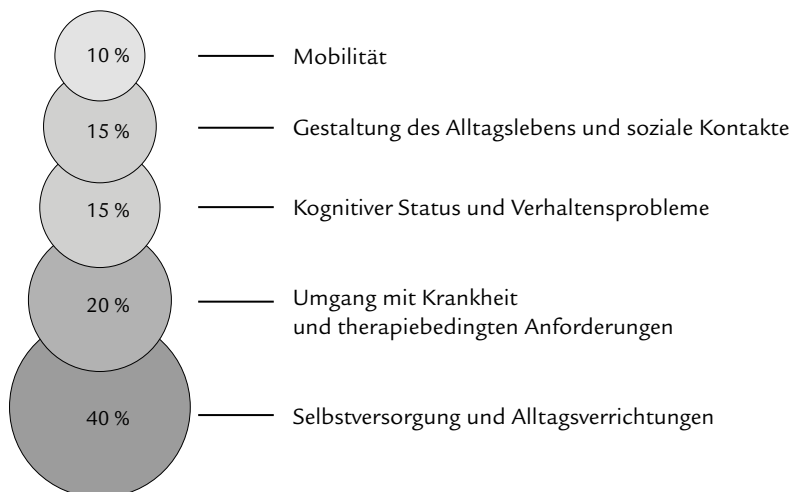
Die Deutsche Pflegeversicherung wurde als fünfte Säule der umlagefinanzierten Sozialversicherung eingeführt. Sie erreicht als „Volkversicherung“ fast alle Bundesbürger/-innen, da ihre Versicherungspflicht über den Kreis der in der gesetzlichen Krankenversicherung Pflichtversicherten hinausgeht. Ihre Finanzierung beruht für die Pflichtversicherten auf dem sozialversicherungsüblichen Beitragssystem. Der Beitragssatz wird gesetzlich bestimmt. Er beträgt bundeseinheitlich 2,35 % der beitragspflichtigen Einnahmen. Auch für die von der Versicherungspflicht erfassten privat gegen Krankheit versicherten Personen wurden vom Gesetzgeber die Spielregeln für die Beitragssatzgestaltung festgelegt (Mitversicherung von Familienangehörigen, keine unterschiedlichen Beitragssätze für Mann und Frau usw.). Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität, der verbindlich ins Gesetz geschrieben wurde, soll verhindern, dass die Ausgaben sich von der Einnahmesituation lösen: Ein Staatszuschuss für die Pflegeversicherung ist anders als etwa in der Renten- und Krankenversicherung nicht vorgesehen.

Mit der Pflegeversicherung wurde in Fortentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs aus der Sozialhilfe aus einer Kombination von Ursachen, Defiziten und Hilfebedarfen, die mit zeitlichen und die Intensität der jeweiligen Hilfebedarfe berücksichtigenden Kriterien versehen wurden, ein rechtliches Konstrukt der Pflegebedürftigkeit geschaffen, das den leistungsberechtigten Personenkreis bestimmen lässt.

Der Pflegebedürftigkeitsbegriff, den der Gesetzgeber mit der Einführung der Pflegeversicherung normierte, war defizitorientiert, baute auf 21 Verrichtungen aus vier Hilfebereichen, in denen ein manifester Hilfebedarf bestehen musste, auf, der sich auf ein Defizit in gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen und Abläufen des täglichen Lebens bezog. Dieser von Anfang an kritisierte Pflegebedürftigkeitsbegriff wurde mit dem Pflegestärkungsgesetz II nach langer Diskussion durch einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff ersetzt, der Wissensbestände aus der Pflegewissenschaft ebenso aufnimmt, wie die Diskussion um den Behinderungsbegriff (vgl. BMG 2013). Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeversicherung kennt nunmehr als Voraussetzung, dass gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten vorliegen, die Hilfe von anderen notwendig machen. Die fehlende Fähigkeit körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen selbstständig kompensieren und bewältigen zu können, wird als Pflegebedürftigkeit definiert. Dabei ist für das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit die Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder Fähigkeitsstörungen in sechs Bereichen maßgeblich, den der Gesetzgeber jeweils definierten Kriterien zugeordnet hat:

- die Mobilität,
- die kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten,
- die Verhaltensweisen und psychische Probleme,
- die Selbstversorgung,
- die Bewältigung von und der selbstständige Umgang mit Krankheits- und Therapiebedingten Anforderungen sowie
- die Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte.

Die Gewichtung der jeweiligen Bedarfe bei der Feststellung des Pflegegrades sieht wie folgt aus:



Quelle: MDK Bayern 2015

Es bleibt dabei, der Pflegebedürftigkeitsbegriff ist ein rechtliches Konstrukt, das nur ausgewählte Aspekte von Unterstützungsbedarfen von auf Pflege angewiesenen Menschen aufgreift und ausschnittsweise hauswirtschaftliche und soziale Unterstützungsbedarfe berücksichtigt.

Eingebettet ist die Pflegeversicherung in die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Sie übernimmt sowohl die Kosten für die so genannte Krankenhauspflege als auch die pflegerischen Aufgaben in der stationären Rehabilitation (§§ 39, 40 SGB V). In der ambulanten Versorgung obliegt der gesetzlichen Krankenversicherung die Sicherstellung der Häuslichen Krankenpflege (§ 37 SGB V – inklusive der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung gemäß § 37b SGB V). Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherungen im Rahmen der häuslichen Pflege beziehen sich im Wesentlichen auf die so genannte medizinische Behandlungspflege, d. h. auf Leistungen, die von den behandelnden Ärzten an Pflegekräfte delegiert werden (vgl. Klie 1998). Für die Personen, für die die Leistungen der Pflegeversicherung zur Bedarfsdeckung nicht ausreichen – die Pflegeversicherung bietet Teilleistungen für Teilbedarfe für auf Pflege angewiesene Menschen – tritt die Sozialhilfe im Rahmen der Hilfe zur Pflege ein. Hier galt bis zur Einführung eines neuen ein weiter gefasster Pflegebedürftigkeitsbegriff als in der Pflegeversicherung (§ 61 SGB XI). Der Leistungsrahmen der Sozialhilfe ist sowohl in finanzieller als auch in sachlicher Hinsicht weiter als der der Pflegeversicherung (vgl.

Hauck/Noftz § 61 SGB XII Rz 4 ff.). Für bestimmte Gruppen von auf Pflege angewiesenen Menschen kennt das deutsche Sozialrecht andere und weitergehende Ansprüche auf Pflegeleistungen. Das gilt für Unfallgeschädigte im Rahmen des SGB VII oder für Berechtigte nach dem Bundesversorgungsgesetz. Die Pflegeversicherung ist nicht Teil des Rehabilitationsrechtes, das im Jahre 2001 im SGB IX kodifiziert wurde (vgl. Welti 2005). Das gilt auch angesichts der „Tatsache“, dass alle so genannten pflegebedürftigen Personen auch Menschen mit Behinderungen im Sinne des § 2 SGB IX sind. Die Forderung nach Integration des SGB XI in die Regelungsmechanismen des SGB IX wird auch im Zusammenhang mit der Diskussion um die Pflege-stärkungsgesetze wieder erhoben.

## 2.2 Grundsätze

Zu wichtigen Grundsätzen der Pflegeversicherung gehört zunächst der Vorrang der häuslichen Pflege gemäß § 3 SGB XI. Die Pflegeversicherung setzt weiterhin auf Bereitschaft der Familien, Pflegeaufgaben für ihre Angehörigen zu übernehmen, und soll sie dabei unterstützen. Dies tut sie auf unterschiedliche Weise: durch Beratung (§§ 7, 7a SGB XI), durch die Zurverfügungstellung von Pflegegeld (§ 37 SGB XI) und durch flankierende Angebote von Leistungen der häuslichen Pflege durch zugelassene Pflegedienste (§ 36 SGB XI). Den pflegenden Angehörigen, den so genannten Pflegepersonen, steht ein eigener Anspruch auf soziale Sicherung und Qualifizierung zu. Durch die neu eingeführten Pflegezeiten haben Angehörige einen Anspruch auf eine Kurz-Arbeitsfreistellung sowie auf eine unbezahlte Freistellung von der Arbeit für die Dauer von sechs Monaten. Die so genannte Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI) zielt auf die Stabilisierung der häuslichen Pflegesituation, indem pflegenden Angehörigen eine Auszeit oder ein Ersatz bei eigener Krankheit zur Verfügung gestellt wird (vgl. Igl 2010). Die Pflegeversicherung kalkuliert auch fiskalisch die Bereitschaft pflegender Angehöriger: Ohne den empirischen Vorrang der Familienpflege würde die Pflegeversicherung schon lange ihre finanzielle Stabilität verloren haben. Auch der Vorrang von Prävention und Rehabilitation vor Pflege zählt zu den zentralen Grundsätzen der Pflegeversicherung (§ 5 SGB XI). Die programmatische Vorrangsregelung findet sich auch in § 11 SGB V: Kranken- und Pflegeversicherung

sollen durch ihre Leistungen darauf hinwirken, dass der Eintritt der Pflegebedürftigkeit verhindert und auf eine bald mögliche Beendigung der Pflegebedürftigkeit durch gezielte Rehabilitationsmaßnahmen hingewirkt wird. Die Vorrangsregelung *Reha vor Pflege*, die oft in mancherlei Hinsicht zu kurz kommt, verkennt, dass gerade durch Pflege wirksam Rehabilitationsziele erreicht werden können. Auch entfällt ein Rehabilitationsanspruch nicht bei Pflegebedürftigkeit (vgl. Klie 2009). Der Vorrang von Prävention und Rehabilitation in der Pflege ist nach wie vor notleidend (vgl. Igl 2010). Es fehlt an finanziellen Anreizen für die Krankenversicherung, Rehamaßnahmen zu ergreifen und zu finanzieren: Die Vermeidung und Verringerung von Pflegebedürftigkeit in Folge erfolgreicher Rehabilitation kommt weder den Krankenkassen noch den Pflegekassen angesichts des zwischen ihnen geregelten Finanzausgleiches zugute.

### 2.3 Leistungen

Im Jahre 2014 bezogen 2,738 Mio. Bürger/-innen Leistungen der Pflegeversicherung. 71% wurden zu Hause versorgt, 29% in vollstationären Einrichtungen (vgl. Statistisches Bundesamt 2015). 47% der auf Pflege angewiesenen Menschen werden durch Angehörige versorgt, 21% von Angehörigen und/oder allein durch ambulante Pflegedienste. Die häusliche Pflege ist damit weiterhin die dominante Versorgungsform, die auch den Präferenzen der Bevölkerung entspricht. An der Verteilung von stationär und häuslich Versorgten hat sich seit Einführung der Pflegeversicherung kaum etwas getan. Der befürchtete Heimsogeeffekt ist ausgeblieben. Die Struktur der Pflege sieht aktuell wie folgt aus:

Pflegebedürftige nach Versorgungsart, Geschlecht und Pflegestufe 2013

Pflege	Pflegebedürftige		Pflegestufe			Bisher ohne Zuordnung	Anteil an Pflegebedürftigen insgesamt
	insgesamt	darunter weiblich	I	II	III <sup>2</sup>		
	Anzahl	%					
<b>Insgesamt</b>	2 626 206	64,6	55,8	31,9	11,8	0,5	100,0
<b>Pflegebedürftige zu Hause versorgt</b>	1 861 775	61,3	63,1	28,7	8,2	-	70,9
Davon							
allein durch Angehörige <sup>3</sup>	1 245 929	58,4	66,0	26,9	7,1	-	47,4
zusammen mit/durch ambulante(n) Pflegedienste(n)	615 846	67,2	57,1	32,3	10,5	-	23,5
<b>Pflegebedürftige vollstationär in Heimen</b>	764 431	72,7	38,1	39,6	20,6	1,8	29,1

Abb. 1: Statistisches Bundesamt (www.destatis.de).

Im Folgenden werden die Versorgungsarten – häusliche Pflege, teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege sowie vollstationäre Pflege – näher erläutert.

### 2.3.1 Leistungen bei häuslicher Pflege

Die Pflegesachleistung, die häusliche Pflege durch Pflegedienste, ist der „Primärtyp“ der Leistungen und häuslichen Pflege (§ 36 SGB XI). Sie umfasst die Grundpflege ebenso wie die hauswirtschaftliche Versorgung und gewährt der Sachpflege Sachleistungen abhängig von der jeweiligen Pflegestufe. Auch wenn die Sachleistungen der Regeltyp der Leistungen bei häuslicher Pflege sind, ist das Pflegegeld für selbstverschaffte Pflegehilfen empirisch betrachtet die dominante Leistung (§ 37 SGB XI). Pflegebedürftige haben einen im Wert gegenüber der Pflegesachleistung

2 Einschließlich Härtefälle.

3 Entspricht den Empfängern/-innen von ausschließlich Pflegegeld nach § 37 SGB XI. Empfänger/-innen von Kombinationsleistungen nach § 38 SGB XI sind dagegen in den ambulanten Pflegediensten enthalten.



abgesenkten Anspruch auf Pflegegeld, das „Cash“ ausbezahlt wird. Auch das Pflegegeld ist nach Pflegestufen gestaffelt. Der Einsatz des Pflegegeldes ist grundsätzlich frei. Ob beim Einsatz des Pflegegeldes die Versorgung der Pflegebedürftigen sichergestellt wird, wird im Rahmen von Pflegeberatungsbesuchen geprüft (§ 37 Abs. 3 SGB XI). Das SGB XI kennt auch die so genannte Kombinationsleistung: Werden sowohl Geld- als auch Sachleistungen in Anspruch genommen, wird das Pflegegeld um den Prozentsatz der in Anspruch genommenen Sachleistungen gemindert (§ 38 SGB XI).

Mit dem Pflegestärkungsgesetz I wurden die Leistungen ausgeweitet und um die so genannten Betreuungsleistungen ergänzt, die jetzt in allen Leistungsbereichen beansprucht werden können. Mit dem PSG II wurde nicht nur ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt, sondern auch eine Flexibilisierung der Leistungen vorgesehen. Sie bezieht sich vor allen Dingen auf die Individualisierungsmöglichkeiten bei der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen im häuslichen Bereich. Die Gewichtung von pflegerischen zu hauswirtschaftlichen Leistungen etwa wird den Versicherten stärker als zuvor überlassen.

Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaub, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, besteht ein Anspruch auch auf eine Ersatzpflegekraft im Rahmen der so genannten Verhinderungspflege gemäß § 39 SGB XI. Im häuslichen Bereich haben Pflegebedürftige einen Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln und technischen Hilfen, die in ihrem jeweiligen Umfang begrenzt sind (§ 40 SGB XI). Leistungen in der häuslichen Pflege können grundsätzlich auch in ambulant betreuten Wohngemeinschaften gewährt werden. Hier ist das „Poolen“ von Leistungen, das heißt die gemeinsame Inanspruchnahme von Pflegesachleistungen, möglich. Die Inanspruchnahme der Pflegesachleistungen als Budget (Pflegebudget) wurde zwar umfangreich erprobt, bislang aber nicht als Regelleistung eingeführt (vgl. Klie u. a. 2008).<sup>4</sup>

4 Vgl. [www.pflegebudget.de](http://www.pflegebudget.de), zuletzt aktualisiert 12.02.2009/abgerufen 20.05.2016.

### 2.3.2 Teilstationäre und Kurzzeitpflege

Pflegebedürftige haben einen Anspruch auf Tages- und Nachtpflege. Die Leistungen gemäß § 41 SGB XI werden dadurch als Entlastungsangebote für pflegende Angehörige insofern attraktiver gemacht, als sie nicht auf die Leistungen der häuslichen Pflege angerechnet werden. Ein Anspruch auf Kurzzeitpflege besteht dann, wenn die häusliche Pflege zeitweise nicht oder noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden kann. Der Regelfall ist die Krankenhausentlassung, in der eine häusliche Versorgung noch nicht wieder möglich oder sichergestellt ist.

Der Anspruch auf Kurzzeitpflege wurde auch Nichtpflegebedürftigen nach Krankenhausentlassung zugänglich gemacht (§ 39c SGB V). Auch wurde der Zeitraum der Inanspruchnahme durch die Nutzung der Rechtsansprüche der Verhinderungspflege in Kurzzeitpflegeeinrichtungen verlängert.

### 2.3.3 Vollstationäre Pflege

Ist eine ambulante Versorgung nicht möglich, besteht Anspruch auf stationäre Versorgung gemäß § 43 SGB XI. Im Pflegeheim werden von der Pflegeversicherung lediglich die Leistungen der allgemeinen Pflege und der sozialen Betreuung sowie der medizinischen Behandlungspflege übernommen. Die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sind vom Betroffenen selber oder der Sozialhilfe zu tragen. Auch im Pflegeheim sind die Leistungen abhängig von den Pflegestufen. So genannte Zusatzleistungen (Komfortleistungen, § 88 SGB XI) sind vom Pflegebedürftigen selbst zu zahlen.

## 2.4 Leistungserbringung

Die Sachleistungen der sozialen Pflegeversicherung werden durch Pflegeeinrichtungen (und Dienste) erbracht, die von den Pflegeversicherungen qua Versorgungsvertrag zugelassen werden (§ 72 SGB XI). Sie müssen bestimmte Mindestanforderungen hinsichtlich der Struktur und Prozessqualität erfüllen und verantwortliche Pflegefachkräfte mit der Verantwortung für eine sachgerechte Pflege und die Steuerung des Pflegeprozesses

betrauen (§ 71 SGB XI). Pflegekassen kommen ihrem Sicherstellungsauftrag durch den Abschluss von Versorgungs- und Vergütungsvereinbarungen nach. Grundsätzlich besteht ein Anspruch auf den Abschluss eines Versorgungsvertrages mit jedem qualitätsgesicherten Anbieter, der die ortsübliche Arbeitsvergütung an ihre Beschäftigten zahlt. In den Vergütungsverträgen wird nicht nur das Entgelt für die allgemeinen Pflegeleistungen, sondern auch für Unterkunft und Verpflegung sowie die Investitionskosten verhandelt. Können die Vertragsparteien sich nicht einigen, kann eine auf Landesebene eingerichtete Schiedsstelle (§ 76 SGB XI) angerufen werden. Die Einrichtungen haben einen Anspruch auf leistungsgerechte Vergütung. Dabei sind sowohl die in Ansatz gebrachten prospektiven Kosten als auch geeignete Vergleichseinrichtungen bei der Festsetzung der Pflegesätze zu berücksichtigen (BSG Urteil vom 29.01.09, 3Po6/08).

Eine große Bedeutung im Leistungserbringungsrecht kommt der Qualitätssicherung zu (§§ 113 ff. SGB XI). Die nicht abreißenden Skandalmeldungen über Pflegeheime, zum Teil auch über Pflegedienste, haben den Gesetzgeber motiviert, recht strenge und auf Transparenz hin ausgerichtete Qualitätssicherungsmaßstäbe und -prüfungen einzuführen und immer wieder nachzubessern (vgl. Klie u. a. 2014, 2042). Die Einrichtungen sind verpflichtet zur Unterhaltung eines Qualitätsmanagements. Sie haben die für verbindlich erklärten Expertenstandards gemäß § 113a SGB XI einzuhalten. Pflegeeinrichtungen und Dienste werden externen Qualitätsprüfungen unterworfen (§ 114 SGB XI). Die Prüfberichte über die Qualitätsprüfung werden veröffentlicht. Prüfberichte werden nach den Pflegetransparenzvereinbarungen in Noten für die einzelnen Leistungsbereiche zusammengefasst. Die Aussagekräftigkeit dieser Noten ist ebenso umstritten wie die Geeignetheit der Qualitätsmaßstäbe, an denen sich die Qualitätsprüfungen orientieren.<sup>5</sup> Der Forderung nach Abschaffung der Pflegenoten hat der Gesetzgeber bislang nicht Rechnung getragen, allerdings die Kritik einer Qualitätssicherung insofern aufgenommen, als eine grundlegende Überarbeitung des Konzepts der Qualitätsprüfung erfolgt. Die Konzentration auf eine der industriellen Qualitätssicherung nachempfundenen Überprüfung der Einrichtungen und Dienste wurde beibehalten. Eine auf das Individuum bezogene, assessmentbasierte, subjektorientierte Qualitätssicherung wurde bislang nicht in den Vordergrund gerückt (vgl. Büscher/Klie 2014).

5 Vgl. [www.Moratorium-Pflegenoten.de](http://www.Moratorium-Pflegenoten.de), abgerufen 20.05.2016

### 3 Desiderate

Die Pflegepolitik in Deutschland ist von einer gewissen Ambivalenz geprägt: Zum einen wird das Politikfeld ernst genommen, werden die Bemühungen der Bundesregierung durch stete Nachbesserungen respektive Reformen dokumentiert. Zum anderen wird im Detail, auf der Ebene der Leistungserbringung, bezogen auf die lebensweltlichen Wirklichkeiten auf Pflege angewiesener Menschen und ihrer Angehörigen weniger geschaut. Hier sind weiterhin Defizite zu beklagen: Fehlende soziale Aufmerksamkeit, unabgestimmte Hilfen, übersehene existenzielle Hilfebedarfe und verbreitete Menschenrechtsverletzungen, wie Fixierungen, Sedierungen etwa auch in der eigenen Häuslichkeit (vgl. Hoberg u. a. 2013). Diese Defizite kennen ihre Hintergründe in einem insgesamt nicht abgestimmten, nicht hinreichend koordinierten Hilfesystem und einer entsprechenden Praxis auf der örtlichen Ebene. Auch die Überforderung pflegender Angehöriger, zuletzt durch den DAK Pflegereport 2015 dokumentiert (vgl. DAK-Gesundheit 2015), werden ebenso wenig systematisch aufgegriffen wie der Einsatz von osteuropäischen Pflegekräften in Privathaushalten thematisiert wird. So bleibt es dabei, dass insbesondere die häusliche Pflege in der Tradition unsichtbarer Sorge und *Care*-Tätigkeit von Frauen behandelt wird. Die formelle Pflege wird dem gegenüber mit einer Unzahl von Qualitätsanforderungen konfrontiert, die in erheblichem Maße Ressourcen der Pflege binden. Von 2,57 Mrd. Euro der in der Dokumentation eingesetzten Mitarbeiterressourcen ist die Rede (vgl. Statistisches Bundesamt 2013).

So dynamisch der Pflegemarkt auch sein mag, je differenzierter das Portfolio von Leistungen der Pflegeversicherung wird, so problematisch bleibt der fehlende Lebenslage- und Lebensweltbezug der deutschen Konzeption der sozialen Pflegeversicherung (vgl. Klie 2016). Die Desiderate der sozialstaatlichen Konzeption der Sicherung der Pflege wurden im Siebten Altenbericht der Bundesregierung aufgegriffen, der wie auch andere Expertisen (vgl. FES/KDA 2013; Hoberg u. a. 2013; SONG 2011) eine konsequente Verlagerung von Steuerungskompetenzen auf die kommunale Ebene verlangt. Pflege geschieht vor Ort, unter höchst unterschiedlichen örtlichen Bedingungen. Maßgeblich sind örtliche Pflege- und Sorgeskulturen und -strukturen, die sich nicht nur auf Pflege im engeren Sinne, sondern auf Sorge im Sinne alltäglicher Verantwortungsübernahme beziehen, die die soziale Integration, die Verantwortung für ein gutes Leben und die Sicherung der Teilhabe als ihren Kern kennt

(zur internationalen Diskussion vgl. Wegleitner u. a. 2016). Neben einer stärkeren Profilierung der Fachpflege, der Differenzierung von Assistenzberufen, die im Kontext von Pflege und Teilhabe ihren Platz finden, vor allen Dingen aber auf eine stärkere Verantwortung der Kommunen, setzen die Vorschläge für eine Strukturreform der Pflege und Teilhabe (vgl. Klie u. a. 2015). Die Effekte des demografischen Wandels und der Modernisierung unserer Gesellschaft, die sich insbesondere nach dem Rückgang der Pflegebereitschaften und vorhandenen informellen Pflegeressourcen zeigen (vgl. Rothgang u. a. 2012), können durch formelle Dienste nicht aufgefangen werden, so qualitätsgesichert sie auch agieren mögen. Die Verantwortung für das gesamte Arrangement in einem wohlfahrtspluralistischen Verständnis, einem weiterentwickelten Subsidiaritätsprinzip folgend (vgl. Heinze u. a. 2015), verlangt nach einer Umsteuerung in der Pflegepolitik, die auf einen weitgehenden fachlichen wissenschaftlichen Konsens stößt, der aber von den Stakeholdern der Pflegepolitik sowohl auf Seiten der Kostenträger als auf Seiten der Leistungserbringer nicht goutiert wird. Durch die im Pflegestärkungsgesetz III vorgesehene Einführung von Modellkommunen, in denen Aufgaben der Pflegeversicherung auf die kommunale Ebene verlagert werden sollen (Case Management usw.) werden Elemente der vorgeschlagenen Strukturreform aufgegriffen, die faktisch zu einer Art Systemkonkurrenz innerhalb der Pflegeversicherung führen (vgl. Hoberg u. a. 2016).

Pflege ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, so steht es bereits in § 8 Abs. 2 SGB XI. Der Staat hat im Wesentlichen seiner Vorleistungspflicht nachzukommen, dass Pflege- und Sorgeaufgaben für alle Beteiligten in verträglicher und fachlich verantwortlicher Weise erbracht werden können. Er hat dabei stärker als bislang Lebenslagen und Lebenswelt-typische Bedarfslagen zu berücksichtigen, Aspekte der sozialen Ungleichheit aufzunehmen und Fragen der Geschlechtergerechtigkeit in der Verteilung von Sorgeaufgaben über die bisherigen Konzepte von Familienpflegezeitregelungen hinaus aufzugreifen. Auch die Unternehmen gewinnen zunehmend Interesse an dem Thema Vereinbarkeit von Pflegeaufgaben und Berufstätigkeit. Insofern sind lokale Allianzen gefragt, die das Thema der Langzeitpflege unter verlässlichen rechtlichen Rahmenbedingungen, die auf der Bundes- und Landesebene gesetzt werden, vor Ort in tragfähige und kulturell werthaltige Pflege- und Sorgeskulturen übersetzen. Dabei spielt auch die Frage eine bedeutsame Rolle, wie ausreichend Berufstätige, sowohl Fachkräfte als auch Assistenzkräfte, für Aufgaben der Langzeitpflege gewonnen werden können. Hierin liegt eine zentrale

Herausforderung für die Sozialwirtschaft, die nur im Wege einer modernen Personalarbeit gelingen kann. Die Öffnung einer eng auf das Konstrukt der Pflegebedürftigkeit fokussierten Pflegepolitik hin zu sozialräumlich und teilhabeorientierten Ansätzen verlangt auch, dass neben der Pflege andere Berufsgruppen in Aufgaben der Pflege und Sorge einbezogen werden: von der Hauswirtschaft über die Soziale Arbeit bis hin zu den Therapeut/-innen. Ohne eine aktive Zivilgesellschaft schließlich, die sowohl advokatorisch als auch koproduktiv aktiv ist, können die kulturellen Herausforderungen der Sicherung menschenwürdiger Bedingungen der Pflege und Sorge nicht gestaltet werden. Gerade hier kommt den Kirchen und Kirchengemeinden in ihrer parochialen Verankerung eine wichtige Bedeutung zu. Das Leitbild der *Caring Community*, der sorgenden Gemeinschaft, bietet für Verantwortliche auf der kommunalpolitischen Ebene aber auch für zivilgesellschaftliche Initiativen eine interessante und tragfähige Perspektive (vgl. Klie 2015).

## Literatur

- Arend, Stefan; Klie, Thomas** (Hg.) (2016): „Transnationale Pflegekräfte“. Hannover: Vincentz (im Erscheinen).
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit** (Hg.) (2013): Bericht des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Potsdam, online verfügbar unter [http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Berichte/Bericht\\_Pflegebegriff\\_RZ\\_Ansicht.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Berichte/Bericht_Pflegebegriff_RZ_Ansicht.pdf), erstellt 27. 06. 2013/ abgerufen 20. 05. 2016.
- Büscher, Andreas; Klie, Thomas** (2014): Qualität in der häuslichen Pflege: Ansätze zu einer lebensweltorientierten Weiterentwicklung. In: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge 94(10), 452–455.
- DAK-Gesundheit** (Hg.) (2015): Pflege-Report 2015: So pflegt Deutschland, online verfügbar unter [http://www.dak.de/dak/download/Pflegereport\\_2015-1701160.pdf](http://www.dak.de/dak/download/Pflegereport_2015-1701160.pdf), abgerufen 03. 02. 2016.
- Deutsches Zentrum für Altersfragen** (2016): Siebter Altenbericht der Bundesregierung, Berlin (im Erscheinen).
- DV Heimrecht – Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge** (2015): Heimrecht: Textausgaben zum Sozialrecht (T) 10. Berlin.
- FES/KDA – Friedrich-Ebert-Stiftung; Kuratorium Deutsche Altershilfe** (Hg.) (2013): Gute Pflege vor Ort: das Recht auf eigenständiges Leben im Alter (WISO Diskurs, August 2013), online verfügbar unter <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/10170.pdf>, erstellt August 2013/abgerufen 20. 05. 2016.

- GKV Bericht – GKV-Spitzenverband** (Hg.) (2015): Versorgungsaufwände in stationären Pflegeeinrichtungen (Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung 13). Hürth: CW Haarfeld.
- Hauck, Karl; Noftz, Wolfgang** (2007): Sozialgesetzbuch SGB XII: Sozialhilfe. Kommentar zu § 97. Begründet von Volker Schlette. Berlin: Erich Schmidt.
- Heinze, Rolf G.; Klie, Thomas; Kruse, Andreas** (2015): Subsidiarität revisited. In: Sozialer Fortschritt 64(6), 131–138.
- Hoberg, Rolf; Klie, Thomas; Künzel, Gerd** (2013): Strukturreform Pflege und Teilhabe: Langfassung. Freiburg: FEL.
- Hoberg, Rolf; Klie, Thomas; Künzel, Gerd** (2016): Stärkung der Kommunen in der Pflege und die Modellkommunen: Ziele, Probleme, Gestaltungsoptionen. In: Case Management 13(1), 40–44.
- Igl, Gerhard** (2010): Fachliche Standards und Expertenstandards für die Pflege im System der Qualitätsentwicklung nach § 113a und 113b SGB XI. In: Frommelt, Mona; Roes, Martina; Schmidt, Roland (Hg.): Implementierung wissenschaftlicher Qualitätsniveaus. Heidelberg: medhochzwei, 1–19.
- Klie, Thomas** (1998): Pflegewissenschaftlich überholt, sozialrechtlich brisant: die Abgrenzung von Grund- und Behandlungspflege. In: Pflege- & Krankenhausrecht 1(1), 13–17.
- Klie, Thomas** (2009): Rehabilitation vor Pflege aus rechtswissenschaftlicher und sozialpolitischer Sicht. In: Welti, Felix (Hg.): Das Rehabilitationsrecht in der Praxis der Sozialleistungsträger. Münster: Lit, 116–128.
- Klie, Thomas** (2013): Pflegerecht: Textsammlung für Pflegeberufe (Ausgabe 2013, Stand: 1. November 2012) (NomosGesetze). Baden-Baden: Nomos.
- Klie, Thomas** (2015): Caring Communities als Perspektive für Sorge und Pflege in einer Gesellschaft des langen Lebens. In: Heinrich-Böll-Stiftung (Hg.): Freiräume für die Zukunft: Plädoyer für einen „Neuen Generationenvertrag“ (Schriften zu Wirtschaft und Soziales 17). Berlin: Heinrich-Böll-Stiftung, 31–44.
- Klie, Thomas** (2016): Lebensweltorientierung und Pflege. In: Grunwald, Klaus; Thiersch, Hans (Hg.): Praxis lebensweltorientierter sozialer Arbeit: Handlungszugänge und Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern (Grundlagentexte Pädagogik). 3. Aufl. Weinheim: Juventa (im Erscheinen).
- Klie, Thomas; Hoberg, Rolf; Künzel Gerd** (2015): Strukturreform Pflege und Teilhabe. Erster Teil: Zwischen Cure und Care Kommunen und Sozialversicherung. Zusammenfassung. In: Sozialer Fortschritt 64(1/2), 27–33.
- Klie, Thomas; Krahrmer, Utz; Plantholz, Markus** (Hg.) (2014): Sozialgesetzbuch XI – Soziale Pflegeversicherung: Lehr- und Praxiskommentar (LPK-SGB XI). 4. Aufl. Baden-Baden: Nomos.
- Klie, Thomas; Pfundstein, Thomas; Schuhmacher Birgit; Monzer, Michael, Klein Andreas; Störkle, Mario; Behrend, Sabine** (2008): Das Pflegebudget. Abschlussbericht 2008, online verfügbar unter [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokument/pflegeversicherung/forschung/projekte\\_unterseiten/pflegebudget/Abschlussbericht\\_Pflegebudget\\_AGP\\_3272-1.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokument/pflegeversicherung/forschung/projekte_unterseiten/pflegebudget/Abschlussbericht_Pflegebudget_AGP_3272-1.pdf), abgerufen am 15. 08. 2016.
- Landtag von Baden-Württemberg** (Hg.) (2016): Bericht und Empfehlungen der Enquetekommission. Stuttgart.

- MDK Bayern – Medizinischer Dienst der Krankenversicherung in Bayern** (2015): Jahresbericht 2015, online verfügbar unter [http://www.mdk-bayern.de/clients/mdk\\_bayern/webcms/CMS2Content.nsf/res/Jahresbericht%20des%20MDK%20Bayern%202015.pdf/sFILE/Jahresbericht\\_2015.pdf](http://www.mdk-bayern.de/clients/mdk_bayern/webcms/CMS2Content.nsf/res/Jahresbericht%20des%20MDK%20Bayern%202015.pdf/sFILE/Jahresbericht_2015.pdf), abgerufen am 22. 08. 2016.
- Rothgang, Heinz; Müller, Rolf; Unger, Rainer** (2012): Themenreport „Pfleger 2030“: Was ist zu erwarten – was ist zu tun? Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, online verfügbar unter [http://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSi/Publikationen/GrauePublikationen/GP\\_Themenreport\\_Pfleger\\_2030.pdf](http://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSi/Publikationen/GrauePublikationen/GP_Themenreport_Pfleger_2030.pdf), abgerufen am 11. 05. 2015.
- SONG – Netzwerk Soziales neu gestalten** (Hg.) (2011): Tagungsdokumentation: Nur gemeinsam sind wir stark – Wohlfahrtsträger als Partner sozialer Netzwerke im Quartier. Meckenbeuren.
- Statistisches Bundesamt** (2013): [www.destatis.de](http://www.destatis.de), online verfügbar unter [www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Pfleger/Pfleger.html](http://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Pfleger/Pfleger.html), abgerufen 23. 03. 2016.
- Welti, Felix** (2005): Behinderung und Rehabilitation im sozialen Rechtsstaat: Freiheit, Gleichheit und Teilhabe behinderter Menschen. Tübingen: Mohr Siebeck.
- Wegleitner, Klaus; Heimerl, Katharina; Kellehear, Allan** (ed.) (2016): *Compassionate Communities: Case studies from Britain and Europe* (Routledge key themes in health and society). New York: Routledge.

## Über den Autor

*Thomas Klie*, Dr. jur., Professor für Rechts- und Verwaltungswissenschaften sowie Gerontologie am Fachbereich Pädagogik und Supervision der Evangelischen Hochschule Freiburg. E-Mail: [klic@eh-freiburg.de](mailto:klic@eh-freiburg.de).