

# WISO

August 2013

# Diskurs

Experten und Dokumentationen  
zur Wirtschafts- und Sozialpolitik

## Gute Pflege vor Ort

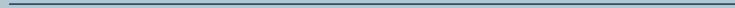
Das Recht auf eigenständiges  
Leben im Alter

Gesprächskreis  
Sozialpolitik



Kuratorium  
Deutsche Altershilfe

FRIEDRICH  
EBERT   
STIFTUNG



Positionspapier im Auftrag der Abteilung Wirtschafts-  
und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung

---

## **Gute Pflege vor Ort**

### Das Recht auf eigenständiges Leben im Alter

*Redaktion:*

Dirk Engelmann

Jürgen Gohde

Gerd Künzel

Severin Schmidt

## Inhaltsverzeichnis

---

Vorwort	3
Zusammenfassung	4
1. Ausgangspunkt – Grundlegende Annahmen	5
2. Forderungen: Nationales Dialogprogramm, Aktionsplan und Gesamtkonzept	7
3. Leitbild	8
4. Schwachstellen im gegenwärtigen System – Widersprüche in Steuerung und Planung	10
5. Konzept für eine Pflegereform	13
5.1 Sozialrecht	13
5.2 Finanzielle Stärkung der Pflegeversicherung	14
5.3 Förderung haushaltsnaher Dienstleistungen	15
5.4 Stärkung des Sozialraums – Veränderte Rolle der Kommunen und Einrichtungen	16
5.5 Finanzausstattung der Kommunen und Investitionsprogramm	16
5.6 Kooperation und Koordination	17
5.7 Personal und Qualifikation	19
Teilnehmende der Arbeitsgemeinschaft	23

Dieses Positionspapier wird von der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung veröffentlicht. Die Ausführungen und Schlussfolgerungen sind von den Herausgeberinnen und Herausgebern in eigener Verantwortung vorgenommen worden.

## Vorwort

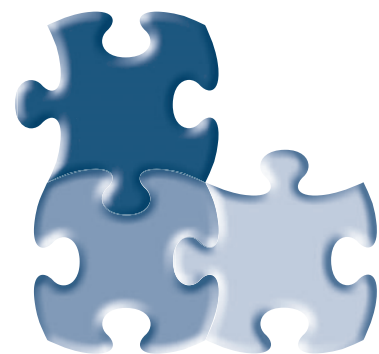
---

Das Kuratorium Deutsche Altershilfe und die Friedrich-Ebert-Stiftung haben sich das Ziel gesetzt, ein umsetzungsfähiges Gesamtkonzept für Teilhabe, Betreuung und Pflege pflegebedürftiger Menschen vorzulegen. Dieses Konzept umfasst:

- leistungsfähige, vernetzte inklusionsorientierte Versorgungslandschaften und die Beschreibung eines an den Ressourcen orientierten Hilfe-Mix von professionellen und zivilgesellschaftlichen Personalressourcen,
- die Stärkung der Steuerungsfähigkeit und Rückgewinnung der Gestaltungsfähigkeit der Kommunen und
- zukunftsfähige personalwirtschaftliche Modelle.

Um ein breites gesellschaftliches Spektrum zu zentralen Fragen der Pflegepolitik abzubilden, hat unter der Leitung von Dr. h.c. Gohde eine Gruppe von Experten und Expertinnen aus Wissenschaft, Wohlfahrts- und Sozialverbänden, Gewerkschaften, Kommunal- und Landesverwaltung, Pflegekassen, Deutscher Pflegerat und medizinischem Dienst, Selbsthilfeorganisationen von Menschen mit Behinderung und/oder Pflegebedürftigkeit sowie Pflegereinrichtungen die Inhalte des vorliegenden Strategiepapiers erarbeitet. Nach dem Start im Sommer 2012 trafen sich diese Fachleute bei insgesamt 20 Sitzungen, Workshops und Konferenzen. Trotz unterschiedlicher Positionen im Einzelnen sind die vorliegenden Analysen und Handlungsempfehlungen Resultat der Diskussionen aller beteiligten Akteure.

### **Gesamtkonzept für Teilhabe, Betreuung und Pflege**



## Zusammenfassung

---

### **Neues Pflegekonzept: Inklusion, Erhalt der Selbstständigkeit in der eigenen Wohnung**

Das vorliegende Positionspapier des KDA und der FES entwirft ein neues umsetzungsorientiertes Pflegekonzept für Deutschland. Es orientiert sich an einem Leitbild, das inklusionsorientiert ist, die Erhaltung der Selbstständigkeit und Gesundheit Älterer sowie einen möglichst langen Verbleib in der eigenen Häuslichkeit zum Ziel hat.

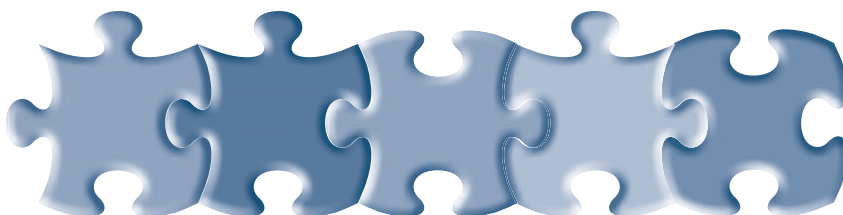
### **Neuer Pflege- bedürftigkeitsbegriff**

Grundlegend für das Konzept ist der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff, für dessen Umsetzung konkrete Schritte benannt werden. Zu den Vorschlägen zählen sozialrechtliche Änderungen und Anpassungen sowie die Einführung eines neuen Begutachtungsassessments (NBA) zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit.

Das Positionspapier geht über Sozialversicherungspolitik im engeren Sinne hinaus: Ziel ist es, den kommenden Herausforderungen, insbesondere der steigenden Zahl multimorbider und altersdementer Personen, durch eine verbindliche Vernetzung und Kooperation handelnder Akteure zu begegnen. Pflege soll primär vor Ort in den Kommunen gesteuert werden. Dazu beschreibt das Positionspapier ein Modell, das eine verbindliche Kooperation zwischen Pflegekassen und Kommunen ebenso vorsieht wie die Stärkung kommunaler Handlungsfähigkeit durch einen „Aktionsplan für Teilhabe und Pflege“.

### **Neubewertung der Sorgearbeit**

Den gesellschaftlichen Änderungen und einer veränderten Rolle der Familien bei der Pflege, meist der weiblichen Familienangehörigen, wird durch die Forderung nach einer besseren Organisation der Beratung, der Neubewertung der Sorgearbeit sowie einem Ausbau professioneller haushaltsnaher Dienstleistungen Rechnung getragen. Ziel ist es, die Vereinbarkeit von Sorgearbeit von Männern und Frauen mit der Berufstätigkeit zu verbessern, um zukünftige soziale Notlagen der Pflegenden zu vermeiden. Das neue Konzept umfasst ebenso Strategien, um die Arbeitsbedingungen im Pflegesektor zu verbessern und damit die Gewinnung und das Halten von Personal. Dazu zählen eine einheitliche Pflegeausbildung, durchlässige Qualifikationen, eine bessere Personalausstattung und nicht zuletzt eine bessere Bezahlung der Pflegekräfte.



# 1. Ausgangspunkt – Grundlegende Annahmen

---

Grundlage der gemeinsamen Zusammenarbeit waren zentrale Annahmen und Feststellungen. Dazu gehören folgende Eckpfeiler:

- Menschen mit Pflegebedarf haben ein Recht auf die Achtung ihrer Würde. Der in der UN-Behindertenkonvention (2009) garantierte Anspruch auf Inklusion gilt auch für alte und pflegebedürftige Menschen.
- Pflegebedürftigkeit und Pflege gehören zu einer Gesellschaft des langen Lebens und stehen im Zusammenhang mit dem Wunsch nach Selbstbestimmung, Selbstständigkeit und Teilnahme am gesellschaftlichen Leben in der selbst gewählten Umgebung. Pflege ist der Aspekt des Lebens, an dem sich die Solidarität und Humanität unserer Gesellschaft im Umgang mit hilfsbedürftigen Menschen – alten wie jungen, gesunden und kranken, behinderten und nicht behinderten – beweist.
- Langes Leben und die Zunahme des Anteils Älterer an der Bevölkerung bedeuten, dass wir uns als Gesellschaft um eine steigende Zahl Hilfsbedürftiger zu kümmern haben. Der demographische Wandel lässt einerseits den Anstieg pflegebedürftiger Personen sowie andererseits den Rückgang familialer Ressourcen bei gleichzeitigem Schrumpfen der Erwerbsbevölkerung erwarten. In der Zukunft kann nicht mehr selbstverständlich davon ausgegangen werden, dass weibliche Familienangehörige die Pflege übernehmen.
- Kognitive und psychische Beeinträchtigungen, vor allem die Altersdemenz, werden neben körperlichen Beeinträchtigungen Merkmal von Pflegebedürftigkeit. Mit steigender Multimorbidität steigt die Zahl der Pflegebedürftigen und macht eine nahtlose Zusammenarbeit pflegerischer, alltagsrelevanter und gesundheitlicher Hilfen erforderlich. Dies zu bewältigen ist eine Schlüsselherausforderung.
- Pflege betrifft alle: Es geht um ein Gerechtigkeitsthema aller Generationen. Die notwendige Hilfe darf nicht von den Einkommens- und Vermögensverhältnissen abhängen, die Hilfeleistung muss auch bei ungünstigen ökonomischen Ausgangslagen gesichert werden.

**Recht auf die Achtung der Würde**

**Solidarität und Subsidiarität**

**Gleichzeitiger Anstieg von pflegebedürftigen Personen und Rückgang familialer Ressourcen**

**Zunahme von psychisch-kognitiven Beeinträchtigungen und Multimorbidität**

**Pflege ist ein Gerechtigkeitsthema**

**Professionalität und gelebte Solidarität im Sozialraum: die Rolle der Kommunen**

– Die Gesellschaft unterliegt einem tiefgreifenden Wandel in der Lebenskultur und in der sozialen Struktur. Die heutigen Versorgungsarrangements stehen jetzt und mehr noch in Zukunft nicht mehr in Übereinstimmung mit den sich wandelnden Einstellungen und Bedürfnissen der Menschen. Immer mehr und größere Heime sind keine Zukunftsperspektive. Ein Ausbau der professionellen Angebote, Kleinräumigkeit und gelebte Solidarität im Sozialraum sind die Forderungen für die Zukunft, um die Würde der Menschen bis ins hohe Alter zu garantieren. Es bedarf einer Wiederentdeckung der Rolle der Kommunen.

– Die Gesellschaft wird bunter und vielfältiger. In Zukunft steigt die Zahl pflegebedürftiger Menschen mit Migrationshintergrund. Fachliche Standards, Ausbildung und die Gesellschaft müssen sich kultursensibel darauf einstellen.

**Pflegepolitik ist mehr als Pflegeversicherungspolitik: Pflegepolitik muss Prävention, Rehabilitation und Teilhabe sein**

– Wenn fortschreitender Hilfebedarf das selbstständige Leben mehr und mehr einschränkt, sind Menschen mehr und mehr auf Unterstützung und auf eine gute Pflege angewiesen. Pflegepolitik muss mehr als Pflegeversicherungspolitik sein. Sie muss Prävention, Rehabilitation, Teilhabe, optimierte medizinische Versorgung sowie den Bedarf an Dienstleistungen für Altershaushalte im Vorfeld der Pflegebedürftigkeit zum Gegenstand haben. Sie muss aus dem sozialrechtlichen Kostendenken heraustreten und die wirtschaftlichen Potenziale dieses Sektors mitdenken. Die Koordinationsmängel zwischen den verschiedenen Entscheidungs- und Leistungsträgern, die daraus resultierenden Unter- und Überversorgungen und die im Einzelfall an Hilfeverweigerung grenzenden Verzögerungen der Leistungsgewährung sind nicht länger hinnehmbar.



## 2. Forderungen: Nationaler Dialog, Aktionsplan und Gesamtkonzept

---

Es wird empfohlen, eine große Reform am Anfang der neuen Legislaturperiode in die Wege zu leiten und dafür einen nationalen Dialog unter Beteiligung der Länder, Kommunen, Kassen, Verbänden und Betroffenenorganisationen mit dem Ziel eines Aktionsplan für Teilhabe und Pflege zu organisieren. Ziel ist die Entwicklung eines Gesamtkonzeptes mit Präventionsorientierung. Die politisch Verantwortlichen haben die Aufgabe, Rahmenbedingungen für ein möglichst langes selbstständiges Leben in der eigenen Häuslichkeit zu schaffen.

### **Große Reform: Nationaler Aktionsplan und Gesamtkonzept**



### 3. Leitbild

---

**Neues Leitbild**

Die demographischen, gesundheitlichen, sozialen, personellen und ökonomischen Herausforderungen erfordern ein neues Leitbild und Gesamtkonzept von Teilhabe, Betreuung, Pflege und Gesundheitsversorgung für alle älteren Menschen. Die längst mögliche Aufrechterhaltung der Selbstständigkeit und die Achtung der personellen Würde und Selbstbestimmung sind der Kern des pflegerischen Leitbildes, das sektorenübergreifend auf allen Ebenen der Verantwortung und Zuständigkeit durchgesetzt werden muss.

**Unterschiedliche Lebenslagen**

Pflege muss unterschiedliche Lebenslagen berücksichtigen und von der Gleichwertigkeit von psychisch-kognitiven und somatischen Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit eines Menschen mit Pflegebedarf ausgehen. Vorrangig sind inklusive Hilfen, haushaltsnahe Dienstleistungen, Hilfen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft bis hin zu den gesundheitlichen Hilfen für die multimorbiden schwer Pflegebedürftigen, Hilfen für Menschen mit Demenz und andere psychisch beeinträchtigte Menschen in ihren angemessenen Versorgungsformen.

**Rehabilitation und Prävention**

Rehabilitation und Prävention haben Vorrang vor Pflege. Pflegebedürftigkeit muss möglichst lange vermieden werden. Eine Weiterentwicklung der Kooperation und eine bessere Vernetzung der Haus- und Fachärzte mit ambulanten Pflegediensten, den stationären medizinischen und pflegerischen Einrichtungen sowie der Palliativversorgung sind notwendig.

**Selbstbestimmtes Leben**

Das neue Leitbild ist ein Plädoyer für selbstbestimmtes Leben in verlässlicher Solidarität und gleichzeitig Subsidiarität, für die Absicherung durch die Sozialversicherungssysteme und durch eine neue Kultur des Helfens in der unmittelbaren Lebensumgebung der älteren Menschen.

**Pflege vor Ort**

Pflege ist vor Ort neu zu denken, die kommunale und regionale Ebene ist dazu zu stärken. Eine wohnortnahe, personenorientierte, beteiligungsorientierte Versorgung lässt sich nur im örtlichen Verbund organisieren. Die Zukunft der Pflege liegt im städtischen Quartier und in der dörflichen Gemeinschaft. Ziel ist der möglichst lange Verbleib in der häuslichen Umgebung mit Hilfe von verlässlichen sozialen Netzwerken.

Das neue Leitbild bezieht sich auch darauf, dass in Zukunft sowohl Männer als auch Frauen in die familiale, ehrenamtliche und professionelle Pflege einbezogen sind. Es setzt voraus, dass Männer wie Frauen erwerbstätig sind, sich aber gleichzeitig auch um hilfebedürftige Angehörige kümmern und Pflegearbeiten leisten.

Assistenz orientiert sich passgenau am Prinzip der Hilfe zur Selbsthilfe und der Unterstützung zum frühestmöglichen Zeitpunkt. Das erfordert Begleitung von Angehörigen und Menschen mit Pflegebedarf sowie lokale Arrangements von Unterstützung und Beratung, neue flexible Dienstleistungsformen, den Ausbau von barrierefreien Wohnungen und Wohnumgebungen für alle Generationen, eine medizinisch-pflegerische qualitätsgesicherte Unterstützung und die Entwicklung des Sozialraums. Die stationären Einrichtungen gehören mit neuen Aufgaben eines Netzwerkzentrums und als Versorgungsform für ambulant nicht mehr auffangbare Situationen dazu.

Für die unterschiedlichen Kompetenzen in den medizinisch-pflegerischen, sorgenden, sozialarbeiterischen, alltagsgestaltenden und hauswirtschaftlichen Bereichen wird eine zunehmende Zahl von Fachkräften benötigt, welche die Qualität der Versorgung und die Unterstützung und Entlastung der Familienangehörigen gewährleisten und die Voraussetzungen für das Zusammenwirken mit der Zivilgesellschaft bei der Erfüllung der Aufgaben schaffen. Die Pflegearbeit insgesamt bedarf der Aufwertung, sei sie privat, ehrenamtlich oder professionell geleistet. Dazu gehören Regelungen zur Vereinbarkeit von Pflege und Erwerbstätigkeit für Männer und Frauen, Initiativen zur Förderung des ehrenamtlichen Engagements und die Aufwertung der professionellen Arbeit. Der Pflegesektor ist weniger als Last und mehr als Beschäftigungssektor mit hohem ökonomischem Potenzial zu sehen. Deutschland hat einen Nachholbedarf im Ausbau personenbezogener Dienstleistungen, auch im Vorfeld der Pflege.

## **Männer und Frauen für die Pflegearbeit**

## **Begleitung von Angehörigen**

## **Aufwertung der professionellen Pflegetätigkeit und der Sorgearbeit**



## 4. Schwachstellen im gegenwärtigen System: Widersprüche in Steuerung und Planung

### **Minutenpflege statt Care Orientierung**

Die Entwicklung des SGB XI hat ein „Produktdenken“ und eine Kommerzialisierung in der Pflege bewirkt, deren schädliche Auswirkungen in der gehetzten Minutenpflege, fehlender Beziehungspflege und hoch belastetem Personal sichtbar werden. Wettbewerbs- und Konkurrenzfähigkeitskriterien, die Orientierung auf den niedrigsten Preis in den Vergütungsverhandlungen und die lange ausgebliebene Dynamisierung der Leistungsbeträge befördern den Rationalisierungsdruck. Der mit dem Teilleistungssystem verbundene Finanzdeckel fördert zusammen mit der auf dem Verrichtungsbezug beruhenden Praxis eine Wahrnehmung der Rationalisierbarkeit der Pflege. Diese Sicht lässt außer Acht, dass Pflegequalität auch zugewendete Zeit beinhaltet und deshalb einer anderen Logik folgt als die Arbeit zur Produktion von Gütern. Kurz: Zeitrationalisierung bedeutet Qualitätsminderung.

### **Care ist ein zentrales Element sozialer Kohäsion in einer Gesellschaft des längeren Lebens**

Zuständigkeiten und Verantwortung müssen dem entsprechen und das Leistungsrecht muss dies abbilden. Dies ist bislang nicht der Fall. Care Arbeit wird gegenwärtig weitgehend im privaten Raum geleistet. Über die Belastungen, Erkrankungen und die psychische Gesundheit der pflegenden Familienangehörigen ist wenig bekannt. Ihre Arbeitsleistung wird unzureichend gewürdigt. In vielen Fällen führt die private Pflege für diejenigen, die sie leisten (vor allem für Frauen) in die spätere Armut und eine vorzeitige eigene Pflegebedürftigkeit. Darüber hinaus fehlt es an einer gezielten Aktivierung der bürgerschaftlichen Ressourcen und an zivilgesellschaftlichen Beteiligungsmöglichkeiten bei der Gestaltung der Begleitungs- und Pflegeangebote. Für dieses wichtige Aufgabenfeld muss es eine gesetzlich geregelte Verantwortung geben.

### **Unterbewertung der Fachkräfte**

Pflegearbeit ist in den professionellen Bereichen stark unterbewertet: Die Qualifikationswege sind unübersichtlich, Ausbildungsvergütungen sind nicht gesichert, teilweise muss Schulgeld bezahlt werden. Die Verdienstmöglichkeiten nach abgeschlossener Ausbildung liegen am unteren Rand und sind im Vergleich zu technischen Berufen mit gleich langer Ausbildung niedriger. Durchlässigkeit in der beruflichen Entwicklung gibt es kaum. Personalmangel und bürokratische Auflagen verhindern, dass die professionellen Pfleger und Pflegerinnen so arbeiten können, wie es ihrer Motivation zu dieser Arbeit entspräche. Schichtarbeit und eine hohe Teilzeitquote, hohe physische und psychische Belastungen, Zeitdruck und Stress gehören in der Branche zum Alltag ebenso wie eine fehlende gesellschaftliche Anerkennung.



Diese schlechten Arbeitsbedingungen schlagen sich in wachsenden Schwierigkeiten bei der Bindung und Gewinnung von Arbeitskräften nieder. Mittel- und langfristig ist mit einer Verschärfung der Probleme zu rechnen, da auch andere Branchen – mit besseren Arbeitsbedingungen – um die aus demographischen Gründen knapper werdenden Arbeitskräfte konkurrieren.

### **Schlechte Arbeitsbedingungen**

Die gegenwärtigen Markt- und Systemanreize im Pflegesystem wirken nicht auf den Ausbau integrierter Versorgungsstrukturen hin und berücksichtigen unzureichend den Wunsch der Menschen nach selbstständiger Lebensgestaltung. Fehlanreize gehen von der unterschiedlichen Finanzierung stationärer und ambulanter Versorgungsformen im Leistungs- und Vergütungsrecht der Pflegeversicherung und von der Behandlungspflege in Heimen durch das SGB XI aus.

### **Steuerung in die falsche Richtung**

Die durch einen Prozess der „Entpflichtung und Selbstentpflichtung der Kommunen“ nach Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 defizitäre Infrastruktur im Umfeld, insbesondere die ungenügende Unterstützung des selbstbestimmten Wohnens und Lebens im Alter, verstärkt diese Fehlsteuerung. Demgegenüber stehen die Wünsche und Bedarfe der pflegebedürftigen Menschen. Der Vorrang der Auswahlentscheidung der Betroffenen wird durch diese Angebotssteuerung eingeschränkt und Abhängigkeiten können entstehen. Die Maßnahmen und Strukturen, die korrigierend wirken können, wie Beratung und Case Management (individuelle Fallbegleitung), die Ausrichtung und die finanziellen Anreize des Leistungs- und Vergütungsrechts, kommunale Infrastrukturpolitik, die örtliche Koordinierung oder die Durchsetzung von Rechtsansprüchen sowie Qualitätssicherung wirken zum Teil in unterschiedliche Richtungen und sind nicht auf das Ziel des selbstbestimmten Lebens und Wohnens mit Unterstützungsbedarf abgestimmt.

### **Entpflichtung und Selbstentpflichtung der Kommunen**

Es werden deshalb nicht alle Möglichkeiten genutzt, Pflege zu vermeiden, Selbstbestimmung, Eigenkräfte und Alltagskompetenzen möglichst lange zu erhalten und die Hilfbereitschaft im Nahraum zu sichern. Die vorhandenen Ressourcen werden nicht zielgerichtet eingesetzt und sind oft überfordert. Selbst gesetzliche Vorschriften wie „Rehabilitation vor Pflege“ und „ambulant vor stationär“ werden aus dem institutionellen Interesse unzureichend gewährt.

### **Pflegebedürftigkeit möglichst lange vermeiden**

Das gegliederte Sozialleistungssystem unter verschiedener Trägerschaft hat ein Problem: Die klassische Sozialpolitik folgt den Einzellogiken der Sozialgesetzbücher und verliert dabei die Interessen der unterstützungsbedürftigen Personen aus dem Blickfeld. Eigeninteressen der Institutionen, Sektorierung in Zielsetzungen, Lösungsansätzen, Leistungsformen und Infrastruktur der öffentlichen und privaten Fürsorge sind die Folge. Das System ist so komplex, dass es im Ergebnis unüberschaubar für die Betroffenen, Politik und Leistungsträger ist. Das bestehende Beratungssystem kann daran nur wenig ändern.

### **Sektorierung statt integrierter Versorgung im Interesse der Betroffenen**

**Mangelhafte  
Zusammenarbeit  
bringt Probleme**

Die mangelhafte Zusammenarbeit von Institutionen führt gerade bei einer erheblichen Zahl komplexer Fälle zu unzureichender Abstimmung der Leistungen verschiedener Träger, zu Unterversorgung oder Überversorgung und zu verspäteter, selten „passgenauer“ Hilfe sowie zur Überforderung pflegender Angehöriger.

**Das SGB XI regelt die  
Kooperationsbeziehungen  
unzureichend**

Das SGB XI regelt die Kooperationsbeziehungen unzureichend. Die Appelle und Aufgabenzuweisungen der §§ 8 und 9 SGB XI an Länder und Kommunen sind, mangels darauf abgestimmter Instrumente, wirkungslos geblieben. Es gab lange keine aktive, die Infrastruktur gestaltende kommunale Rolle in der Pflege und es gibt sie bis heute nicht in ausreichendem Maße. Das SGB IX, das die Zusammenarbeit der Sozialleistungsträger bei den Leistungen zur Teilhabe regelt, gilt nicht für die Pflegekassen. Der positive Ansatz der Pflegestützpunkte, der diesem Mangel abhelfen sollte, kann wegen der fehlenden Verknüpfung mit dem SGB IX und der Beschränkung auf die Pflege im engeren Sinne keine durchgreifende Wirksamkeit entfalten. Die Erfahrungen mit dem SGB IX zeigen allerdings auch, dass es nicht ausreicht, alleine auf Vereinbarungslösungen zu setzen, sondern dass gesetzliche Regelungen für den Fall fehlender Kooperation erforderlich sind.



## 5. Konzept für eine Pflegereform

Da eine einheitliche bundesgesetzliche Steuerung im Föderalismus nur in Teilen möglich ist, sind ein nationaler Dialog und ein Aktionsplan mit einer verbindlichen Bund-Länder-Vereinbarung zur Sicherstellung von Teilhabe und Pflege erforderlich.

Bestandteile des Reformkonzeptes sind, auf der Basis des neuen Leitbilds der Pflege:

- der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff, die Neubewertung und Förderung der Sorgearbeit und der pflegenden Personen;
- die Sozialraumorientierung der Pflege und eine Stärkung der Rolle der Kommunen: ein transparentes, vernetztes Hilfesystem sowie eine geeignete örtliche Infrastruktur, die ambulante Angebote, Tagespflege und Beratung umfasst;
- Prävention und Rehabilitation als Strategie, um Pflegebedürftigkeit hinauszuzögern und möglichst zu vermeiden;
- die Entwicklung eines für alle bezahlbaren Angebotes haushaltsnaher Dienstleistungen bei beginnendem Hilfebedarf und begleitend zur Pflege;
- ein Investitionsprogramm „Pflege und Wohnen“;
- attraktive Anreize für die Zivilgesellschaft, niedrighschwellige und freiwillige Dienste und besondere Anreize für Männer, als Angehörige, Ehrenamtliche oder Professionelle in die Pflege einzusteigen;
- die Weiterentwicklung der SPV: ein flexibilisiertes Leistungs- und Leistungserbringungsrecht und die Dynamisierung der Leistungen;
- eine verstärkte kommunale Verantwortung, die verbindliche Zusammenarbeit und Koordinierung der Sozialleistungsträger sicherstellt;
- eine veränderte Rolle stationärer Einrichtungen: qualitative Weiterentwicklung, Öffnung ins Quartier, insbesondere als Zentrum für die vernetzte Versorgung vor Ort;
- eine personalwirtschaftliche Strategie, die eine gute Ausbildung und Weiterbildung umfasst sowie Fachkräfte gewinnt und hält.



### 5.1 Sozialrecht

Pflege muss übergreifend im SGB I beschrieben werden. Der für alle Sozialleistungsbereiche maßgebende teilhabeorientierte Pflegebedürftigkeitsbegriff ist hier übergreifend zu definieren, wobei das Nähere in den jeweiligen Leistungsgesetzen geregelt wird. Pflegebedürftige Menschen sind gleichzeitig auch behindert. Pflege ist daher als fünfte Leis-

#### Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff im SGB I

tungsgruppe in § 5 SGB IX, die Pflegekassen als Rehabilitationsträger für ihre pflegerischen Leistungen sind in § 6 SGB IX aufzunehmen. Die medizinische Rehabilitation bleibt Aufgabe der gesetzlichen Krankenkassen.

### **Weiterentwicklung SGB XI und neuer Pflegebedürftigkeits- begriff**

Die Vorschläge, das SGB XI und das SGB V wieder zusammenzuführen, sollten nicht weiter verfolgt werden. Die eigenständige Pflegeversicherung hat sich trotz erkennbarer Entwicklungsbedarfe bewährt. Die Reform des SGB XI hat die Gleichwertigkeit von psychisch-kognitiven und somatischen Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit eines Menschen mit Pflegebedarf zum Ziel und schafft damit die Voraussetzung für eine bessere Pflege und Teilhabe. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff und das dazu gehörende Neue Begutachtungsassessment (NBA) sind deshalb schnellstmöglich einzuführen. Besondere Leistungen für Menschen mit psychisch-kognitiven Einschränkungen ihrer Selbstständigkeit sind bei entsprechender Ausgestaltung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs nicht mehr notwendig. Allerdings ist es auch künftig in Anbetracht der herausragenden Bedeutung psychisch-kognitiver Beeinträchtigungen pflegebedürftiger Menschen notwendig, dass die Pflegeversicherung finanzielle Anreize für Aufbau und Erhalt von niedrigschwelligen Infrastrukturen und solchen der Selbsthilfe leistet. Durch einen eigenständigen Rechtsanspruch auf präventive Leistungen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit (z. B. präventiver Hausbesuch) ist der Vorrang der Prävention zu fördern.

### **Weiterentwicklung des Sachleistungsrechtes**

Das inzwischen sehr komplexe Leistungsrecht des SGB XI sollte wegen des Teilleistungscharakters flexibilisiert werden. Es kann dabei gestrafft und übersichtlicher werden. Das Sachleistungsrecht muss von der Institutionen- zur Personenorientierung weiterentwickelt werden.

### **Anpassung weiterer Leistungsgesetze**

Die Arbeitsgruppe empfiehlt:

- zur Unterstützung der integrierten Versorgung Ansprüche auf Beratung und Fallbegleitung gleichartig in allen drei Sozialgesetzbüchern (SGB V, SGB XI und SGB XII) zu verankern;
- die Vorschriften über die Hilfe zur Weiterführung des Haushalts und Altenhilfe im SGB XII zu Rechtsansprüchen weiterzuentwickeln;
- Leistungen der häuslichen Krankenpflege insgesamt als Leistung der GKV zu gestalten (Abgrenzung nach dem Gesichtspunkt, ob medizinisch-pflegerische Leistungen erbracht werden).

## 5.2 Finanzielle Stärkung der Pflegeversicherung

### **Finanzielle Stärkung der Pflegeversicherung**

Die finanzielle Stärkung der Sozialen Pflegeversicherung wird als dringend nötig erachtet. Auch wenn der Teilleistungscharakter der Pflegeversicherung beibehalten werden soll, ist es erforderlich, die finanzielle Ausstattung der Pflegeversicherung zu stärken. Zusätzlich sollen auch



Steuermittel für die Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben mobilisiert werden.

Im Interesse einer konzeptionellen Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (s. Umsetzungsbericht des Beirats zur Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs 2009) sind zusätzliche Mittel erforderlich, wenn es gelingen soll, die Motivation pflegender Angehöriger und des Wohnumfelds zu stärken und zu erhalten. Dies schließt eine Flexibilisierung des Leistungs- und Leistungserbringungsrechts ein.

Der Wert der Zuschüsse ist trotz der Leistungsverbesserungen in den letzten Jahren hinter den Kostensteigerungen zurückgeblieben. Dies hatte zur Folge, dass der Ausbau der Infrastruktur nicht in ausreichendem Maße vorangetrieben werden konnte, dass personalwirtschaftlich erhebliche Probleme entstanden sind (Lohndumping und Downqualifying) und dass die Zuzahlungen für Pflegebedürftige und ihre Angehörige und die Sozialhilfeträger wieder erheblich angestiegen sind.

Zum Schutz gegen die Entwertung der Versicherungsleistung müssen die Leistungen des SGB XI einem kontinuierlichen und wirklichkeitsbezogenen Dynamisierungsprozess unterworfen werden, auch wenn dies Mehrkosten verursacht.

Die Arbeitsgruppe empfiehlt, die Diskussion über die nötige Anpassung des Beitragsatzes der Pflegeversicherung kurzfristig aufzunehmen und einen demographischen Entwicklungsplan zu verabreden.

Studien weisen darüber hinaus einen deutlichen Investitionsbedarf in allen Leistungsformen aus, auch im stationären Bereich angesichts der wachsenden Zahl komplexer Lebenslagen.

### 5.3 Förderung haushaltsnaher Dienstleistungen

Im Vorfeld der Pflege und nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit ist schon heute ein wachsender Bedarf an haushaltsnahen Hilfen und Unterstützungsleistungen erkennbar.

Die nachlassenden Unterstützungsmöglichkeiten der Familien und das abnehmende Reservoir an professionellen Kräften erfordern einen Mix von professionellen Diensten und einer Neubelebung zivilgesellschaftlicher Unterstützung. Angesichts der potenziellen Beschäftigungswirkungen muss dabei aber der sozialrechtliche Rahmen überschritten werden. Instrumente der regionalen Wirtschaftsförderung (Gemeinschaftsaufgabe), steuerrechtliche Regelungen, regionale Arbeitsmarktpolitik und das Programm „Soziale Stadt“ sollten in ihrer Ausrichtung so ergänzt werden, dass sie den Aufbau dieses auch ökonomisch bedeutsamen Sektors unterstützen.



#### **Dynamisierung der Leistungen**

#### **Finanzbedarf in allen Leistungsformen**

#### **Mix von professionellen Diensten und einer Neubelebung zivilgesellschaftlicher Unterstützung**

## 5.4 Stärkung des Sozialraums – Veränderte Rolle der Kommunen und Einrichtungen

### **Zukunft der Pflege im Sozialraum**

Bauleitplanung, Gestaltung der Wohnbereiche, Wohnungsmarkt, Regelung des Verkehrs und Impulse für das soziale Leben im Nahraum, die Sicherung des bürgerschaftlichen Engagements, die Schaffung von Begegnungs- und Kommunikationsräumen sowie der regionale Arbeitsmarkt sind der Hintergrund, auf dem Entscheidungen über die pflegerische Infrastruktur und Auswahlentscheidungen über die Inanspruchnahme von Dienstleistungen getroffen werden. Dies muss sich zu einer regionalen Gesamtverantwortung und einer besonderen Aufgabe der infrastrukturellen Gestaltung von Quartieren und Dorfgemeinschaften verdichten.

Diese Gestaltung vollzieht sich im Sozialraum. Deshalb haben die kommunalen Träger in einer zukünftigen Pflege- und Versorgungslandschaft eine besondere koordinierende und gestaltende Funktion für die Sicherung und Weiterentwicklung personeller Ressourcen und einer generationengerechten Infrastruktur, die bundes- und landesrechtlich abgebildet werden muss.

Zum Sozialraum gehören auch in Zukunft die stationären Einrichtungen. Ihr Profil muss sich weiterentwickeln und wandeln. Veränderte Bewohner und Bewohnerinnen, neue Bedürfnisse und die zunehmende Konzentration auf schwierige Versorgungsfälle stellen neue Qualitätsanforderungen. Die sozialräumliche Entwicklung stellt für die stationären Einrichtungen eine neue Aufgabe der Öffnung in das Quartier und vor allem in kleinräumigen Versorgungslandschaften als Zentrum der vernetzten Versorgung vor Ort.

## 5.5 Finanzausstattung der Kommunen und Investitionsprogramm

### **Konnexitätsprinzip konstruktiv umsetzen**

Die Kommunen können die neuen Aufgaben nur bei entsprechender Finanzausstattung erfüllen und brauchen dafür die Unterstützung der Länder, die ihre verfassungsmäßigen Aufgaben wahrnehmen und das Konnexitätsprinzip konstruktiv umsetzen müssen. Auch im Bund-Länder-Finanzausgleich muss die Herausforderung Pflege künftig berücksichtigt werden. Die infrastrukturelle Konversion erfordert ein großes Investitionsprogramm. Es werden Investitionen in ein inklusionsorientiertes Wohnen und Wohnumfeld für sinnvoll angesehen, die Auswirkungen auf alle Generationen haben. Dazu zählen Investitionen in altersgerechtes Wohnbauprogramm, barrierearme Wohnanpassung (einschließlich technischer Hilfen zur Erhaltung der Selbstständigkeit und Förderung der Kommunikation) sowie Wohnumfeldgestaltung (Mobilitätshilfen, Nahverkehrsgestaltung).

## 5.6 Kooperation und Koordination

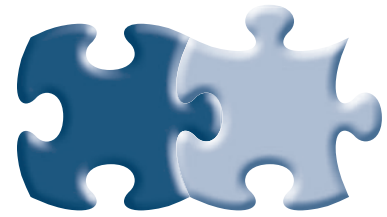
Die Integration der pflegerischen, medizinischen und Teilhabeleistungen im örtlichen Nahraum sowie die Koordination und Kooperation zwischen den Sozialleistungsträgern erweist sich im gegliederten System als herausragend bedeutend für die Überwindung der aktuellen Probleme der Pflege und die Lösung der Zukunftsaufgaben.

- Die Versorgung multimorbider und pflegebedürftiger Menschen muss sehr viel mehr multiprofessionell sichergestellt werden. Da multimorbide, chronisch kranke und pflegebedürftige Menschen sehr häufig gleichzeitig bzw. nacheinander einer Vielzahl von präventiven, rehabilitativen, kurativen, unterstützenden und teilhabesichernden Hilfen bedürfen, sind die vorhandenen medizinischen, pflegerischen und sozialen ambulanten und stationären Versorgungsangebote zu „integrierten medizinisch-pflegereichen Versorgungszentren“ weiter zu entwickeln. Zusätzlich sind die Möglichkeiten der integrierten Versorgung durch Einschreibung der Hilfesuchenden einzubeziehen.

Die Rollen von Kommunen und Sozialversicherung sind neu zu bestimmen. Die Sicherstellung der Leistungen ist (unbeschadet der Ergänzungsfunktion der Sozialhilfe) eine vorrangige Aufgabe der Sozialversicherung. Die Koordinierung der örtlichen Akteure (Kostenträger, Leistungserbringer und Zivilgesellschaft) und der Dienstleistungs- und Beratungsstruktur, an der beide mitwirken müssen, erfordert aber wegen des örtlichen Bezugs eine kommunale Federführung. Ein rechtlicher Ansatz ist vor allem das in Art. 28 GG niedergelegte Prinzip der kommunalen Selbstverwaltung.

- Neben der für die Infrastruktur erforderlichen Finanzausstattung braucht es auch eine hinreichende kommunale Finanzausstattung und gesetzliche Regelungen, um die notwendigen Einrichtungen und Dienste abzusichern, verschiedene Interessen der Beteiligten vor Ort zu moderieren und die Versorgungsangebote aufeinander abzustimmen. Rechtliche Verbindlichkeiten können durch die Aufnahme der Pflege in das SGB IX und die Weiterentwicklung der dort schon vorhandenen Kooperationsvorschriften geschaffen werden.
- Die Beratung und die verbindliche Kooperation der Sozialleistungsträger ist gemeinsam zu organisieren und kleinräumlich bzw. quartiersbezogen sicherzustellen. Weiterentwickelte „Pflegestützpunkte“ als regionale Senioren-Service- und Koordinierungsstellen sind zentrale Instrumente zur Sicherung des zukünftig noch viel mehr gebrauchten „Hilfemixes“ aus Selbst- und Fremdhilfe, Profi- und Laienpflege, Medizin, Pflege und Alltagsversorgung.

Die Vorschriften über Zusammenarbeit im SGB IX sind deshalb so weiterzuentwickeln, dass die Zusammenarbeit und das gemeinsame Han-



**Kooperation und Integration: Versorgung multimorbider und pflegebedürftiger Menschen**

**Koordination: Rollen von Kommunen und Sozialversicherung**

**Beratung und die verbindliche Kooperation der Sozialleistungsträger**

deln in der Pflege auf den Gebieten Beratung, Assessment und Leistungsgewährung verbindlich werden. Dies ist mit den Vorschriften über Pflegeberatung, Versorgungsplanung und Pflegestützpunkte im SGB XI zu verknüpfen. Es sind die gesetzlichen Voraussetzungen für die örtliche Bündelung der Hilfsmaßnahmen und die Wahrnehmung einer koordinierenden kommunalen Rolle zu schaffen. Instrumente sind z. B. die kommunale Federführung in Koordinierungs- und Planungskonferenzen. Diese Aufgabe ist den Kommunen über die Länder gesetzlich als Pflichtaufgabe zuzuweisen.

### **Leistungsrechtliche Ansprüche**

Leistungsrechtliche Ansprüche, z. B. Beratungsansprüche gegen die Kommunen, müssen hinzutreten, bei denen bisherige Fehlsteuerungsanreize aufgehoben werden müssen. Darüber hinaus ist die Altenhilfe (§ 71 SGB XII) weiterzuentwickeln und in eine anspruchsbegründende Vorschrift zu fassen. Bei der Erfüllung dieser kommunalen Koordinierungs- und Kooperationsaufgaben sind die Träger der Einrichtungen und Dienste sowie die betroffenen Menschen in geeigneter Weise zu beteiligen.

### **Verbindliche Kooperation**

Die Arbeitsgruppe spricht sich auf der Einzelfallebene für ein verbindliches, kommunal gesteuertes Kooperationsmodell zwischen den Sozialleistungsträgern aus. Die Elemente sind:

### **Die Beratung ist gemeinsam zu organisieren**

– Sie reicht von der Information über die qualifizierte Beratung bis hin zum Care- und Case Management. Nach den Vorgaben des § 92c Abs. 2 Satz 2 SGB XI ist auf vorhandene Strukturen und Angebote zurückzugreifen. Die gesetzeskonforme Umsetzung und konzeptionelle Weiterentwicklung der Pflegestützpunkte ist im Sinne der §§ 7, 7a, 12, 92c SGB XI und 4.1 SGB XII, unter Einbeziehung aller Sozialleistungsträger in kommunaler Federführung, im SGB IX vorzusehen.

### **Feststellung der Pflegebedürftigkeit**

– Die Feststellung der leistungsbegründenden Sachverhalte erfolgt übergreifend in einem modularen System (NBA Module einschließlich der Kompetenzen beim Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und der Gestaltung des Alltags und der sozialen Kontakte sowie weitere Module, Berücksichtigung ICF)<sup>1</sup>, so dass die Ansprüche auf Pflege- und Teilhabeleistungen insgesamt erfasst werden und der medizinische Unterstützungsbedarf soweit vorgeklärt wird, dass er von den behandelnden Ärzten konkretisiert werden kann.

### **Das neue Begutachtungsassessment (NBA) zügig neu einführen**

– Das neue Begutachtungsassessment (NBA) in der Pflege ist als erster Schritt zeitnah einzuführen. Die Arbeitsgruppe empfiehlt in der Frage der Anwendung des NBA die Arbeitsergebnisse und Vorschläge des Expertenbeirats des BMG zu übernehmen.

---

1 International Classification of Functioning, Disability and Health.

- Das Assessment trifft gleichzeitig die möglichen und erforderlichen Feststellungen, die Grundlage der individuellen Versorgungsplanung (§ 7a SGB XI bzw. Hilfeplanung § 56 SGB XII) sind. Die Hilfeplanung ist zwischen den Sozialleistungsträgern unter Mitwirkung der Betroffenen und der Leistungserbringer abzustimmen. Hierzu ist für die Fälle, in denen dies erforderlich ist, das Instrument der Fallkonferenzen gesetzlich zu verankern. Besonderen Stellenwert hat dabei die Integration pflegerischer und medizinischer Hilfebedarfe.
- Die Koordination des Assessment und der Hilfeplanung setzt sich in der Koordination der Leistungsgewährung fort. Beispiel ist hier die Regelung des Beauftragten im SGB X und in den Vorschriften zum persönlichen Budget, die für Fälle eines beim Assessment und bei der Hilfeplanung festgestellten komplexen Hilfebedarfs verbindlich zu verankern ist.

## 5.7 Personal und Qualifikation

Den vorgeschlagenen strukturellen Veränderungen in der Pflegelandschaft müssen auch Überlegungen folgen, die sich mit Fragen des dafür notwendigen Personals, notwendiger Qualifikationen und der Gestaltung von Arbeitsbedingungen und Arbeitsplätzen auseinandersetzen. Die Sicherung des Bestandes an Fachkräften ist eine der entscheidenden Aufgaben der Pflegereform für alle Akteure, auch wenn der zivilgesellschaftliche Mix eine zentrale Anforderung darstellt. Dies erfordert eine integrierte Beschäftigungspolitik. Neben betrieblichen Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung und Maßnahmen der regionalen Arbeitsmarktpolitik müssen angesichts der absehbaren Konkurrenz um Arbeitskräfte auf einem enger werdenden Fachkräftemarkt auch übergeordnete Rahmenbedingungen und alle Möglichkeiten der Gewinnung von Ressourcen sowie eine Bildungsoffensive in den Blick genommen werden.

- Es wird eine Verbesserung der Ausbildung der pflegerischen Fachkräfte befürwortet sowie ein Sonderprogramm für die Ausbildung junger Pflegekräfte (Verdoppelung der Plätze), die Finanzierung der Ausbildung über die Länder sowie eine einheitliche Ausbildungsplatzabgabe.
- Die heutigen Arbeitsfelder bei der Unterstützung und Pflege älterer Menschen (medizinische Hilfen, Hilfen zur Teilhabe, haushalts- und personenbezogene Dienstleistungen) werden – wenn auch möglicherweise mit anderer Gewichtung – in der Zukunft von Bedeutung sein. Allerdings wird die Betreuung demenziell veränderter Menschen und die Pflege und Versorgung multi-morbider Personen zukünftig an Bedeutung gewinnen, ein zusätzlicher Bedarf im Bereich der gender- und kultursensiblen Pflege, insbesondere in Regionen

### Grundlage der individuellen Versorgungsplanung

### Koordination der Leistungsgewährung

### Sicherung und Gewinnung von Fachkräften

### Verbesserung der Ausbildung

### Vielfalt der Qualifikationsansprüche

oder Stadtteilen mit einem hohen Bevölkerungsanteil mit Migrationshintergrund, entstehen und unter dem Gesichtspunkt der Prävention ein steigender Bedarf an haushaltsnahen Dienstleistungen zu verzeichnen sein.

### **Care-orientierte Ausbildungsgänge**

- Erforderlich sind die Entwicklung Care-orientierter Ausbildungsgänge, die Vereinbarung von Qualifizierungsmerkmalen für haushaltsnahe Dienstleistungen sowie die Befähigung zu Kooperation und Management im Hilfe-Mix. Wir brauchen mehr aufeinander aufbauende, qualifikationsübergreifende und durchlässige Qualifizierungen in der Pflege, die sowohl bundeseinheitlich als auch europaweit anschlussfähig sind. Der Entwurf des Qualifikationsrahmens für den Beschäftigungsbereich der Pflege, Unterstützung und Betreuung älterer Menschen, der vom Bundesfamilienministerium und Landesgesundheitsministerium NRW in Auftrag gegeben wurde, ist in die Überlegungen einzubeziehen.

### **Umschulung ist ein zentrales Thema der Fachkräftesicherung**

- Die Bundesagentur für Arbeit sowie die Jobcenter müssen ihre Möglichkeiten zur Qualifizierung ausschöpfen. Die Umschulung ist ein zentrales Thema der Fachkräftesicherung. Die AG begrüßt daher die wieder aufgenommene Finanzierung der Umschulung über die Arbeitsförderung, die aber unbefristet sein muss. Verkürzungen der Ausbildung dürfen nur wegen vorhandener Vorqualifikationen erfolgen. Die Finanzierung von Qualifizierungs- und Integrationsmaßnahmen für Arbeitssuchende muss effektiver werden. Die Dauer der Qualifizierung muss auf die gesetzlichen Regelungen der Pflegeausbildungen abgestimmt werden, damit das Ziel, die Vermittlungsfähigkeit zu verbessern oder den Einstieg in formelle Ausbildungsgänge zu erleichtern, erreicht werden kann. Insgesamt ist die Pflege stärker mit den Akteuren der regionalen Arbeitsmarktpolitik zusammenzubringen. Die Kommunen sollten hier eine aktive koordinierende Rolle übernehmen.

### **Pflege muss besser bezahlt werden**

- Pflege muss besser bezahlt werden und sich vom Muster schlecht vergüteter weiblicher Arbeit lösen. Die Arbeitsgruppe hält die Weiterentwicklung des Mindestlohns zur Vermeidung prekärer Arbeitsbedingungen für ebenso nötig wie Verbesserungen der tariflichen Vergütungsstruktur. Ein Branchentarifvertrag für soziale Arbeit ist erforderlich<sup>2</sup>. An alle Vereinbarungspartner der Vergütungsverhandlungen ist die Forderung zu richten, tarifvertragliche und leistungsgerechte Vergütungen anzuerkennen. Das ILO „Übereinkommen über menschenwürdige Arbeit für Hausangestellte“ ist in der Praxis von allen Beteiligten einzuhalten. Eine angemessene Ausbildungsvergütung ist abzusichern.

### **Betriebliche Qualitätsentwicklung**

- Betrieblich muss das Personal durch Qualitätsentwicklung, Gesundheitsförderung, einen ausreichenden Qualifikationsmix und eine entlastende Organisation und vor allem durch familienfreundliche und altersgerechte Arbeitsbedingungen unterstützt werden, um es zu halten und ggf. wiederzugewinnen.

- Entscheidend ist eine ausreichende Personalausstattung, die auf der Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs neu bewertet werden muss. Dazu gehört die Entwicklung eines leistungsgerechten Personalbemessungsverfahrens, das dem neuen Pflegebegriff, Begutachtungsverfahren und der vereinbarten Qualität entspricht.
- Zur Erschließung von Ressourcen im Personalbereich muss jede sozialpolitisch vertretbare Möglichkeit genutzt werden. Vorrang haben Arbeitsmarktstrategien im Inland, die Gewinnung von mehr Vollzeitbeschäftigten sowie von mehr männlichen Fachkräften, die Gewinnung von Langzeitarbeitslosen und sozial Benachteiligten, soweit Eignung, Motivation und Belastbarkeit dies zulassen. Für den Einsatz angeworbener Pflegekräfte, einschließlich von Au-Pair-Kräften, sowie von angeworbenen Pflegefachkräften sind Rahmenbedingungen zu schaffen, die auch für inländische Pflegekräfte gelten. Vor dem Hintergrund der Migration ist eine Flankierung durch gezielte Anwerbung qualifizierter Arbeitskräfte aus dem Ausland und Aufbau einer Kultur der Integration anzustreben. Ansätze zur Regulierung des Arbeitsmarktes für Pendelmigrantinnen und -migranten (Anreize im Bereich der Sozialabgaben und Steuern, die zum Aufbau sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung beitragen, Heranführung und Verbindung mit dem ambulanten Sektor, Beratungseinrichtungen in den Herkunftsländern, Anlaufmöglichkeiten, Qualifizierung und Steuerung in Deutschland durch öffentliche Agenturen) sind erforderlich.

Die vielfältigen Bemühungen brauchen zu ihrem Erfolg eine regionale Koordinierung und Integration. Strukturpolitische Pflegekonzepte müssen neue und zusätzliche Dienstleistungsbedarfe aus den Altershaushalten mit regionalen Angeboten der Leistungserbringung in Zusammenhang bringen. Gestaltungsmöglichkeiten sind regionale Planungsinstrumente, die regionale Arbeitsmarktpolitik, die Möglichkeiten des Infrastrukturausbaus, „weiche“ Steuerungsinstrumente wie z. B. der Bürgerdialog oder Kooperationsstrukturen nach dem Beispiel der Landespflegegesetze von NRW (Pflegekonferenzen), Rheinland-Pfalz und Brandenburg.

## Ausreichende Personalausstattung

## Erschließung von Ressourcen im Personalbereich

## Regionale Infrastrukturalpolitik



2 Die Errichtung von Pflegekammern ist eine berufspolitische Frage, die nicht im Kontext mit den hier dargestellten Reformvorschlägen steht.

Dieses Positionspapier wurde auf der Grundlage der Beratungen einer Arbeitsgemeinschaft im Rahmen des KDA-FES Projektes „Zukunft, Pflege, Teilhabe und Betreuung vor Ort neu denken“ erstellt. Die Inhalte des Papiers stellen nicht unbedingt in allen Punkten die Meinung der Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft dar. Die Teilnehmenden haben als Privatpersonen an diesem Projekt mitgewirkt. Das KDA und die FES danken den Teilnehmenden für ihr Engagement.



## Teilnehmende der Arbeitsgemeinschaft

---

**Dr. Fritz Baur**

BAG Integrationsfirmen

**Ulrike Döring**

Deutscher Pflegerat

**Dirk Engelmann**

SPD-Parteivorstand

**Marco Frank**

Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)

**Dr. Jürgen Gohde**

Kuratorium Deutsche Altershilfe

**Dr. Eberhard Jüttner**

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband

**Harald Kesselheim**

Freiberuflicher Berater

**Helmut Knepe**

Kreis Siegen-Wittgenstein

**Gerd Künzel**

Ministerialdirigent a.D.

**Armin Lang**

Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten  
im Gesundheitswesen

**Prof. Dr. Gerhard Naegele**

Universität Dortmund

**Dr. Peter Pick**

Medizinischer Dienst der Krankenversicherung

**Prof. Dr. Heinz Rothgang**

Universität Bremen

**Michael Schmidt**

Arbeiterwohlfahrt

**Severin Schmidt**

Friedrich-Ebert-Stiftung

**Regina Schmidt-Zadel**

Bundestagsabgeordnete a.D.

**Dr. Margret Steffen**

Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)

**Dr. Barbara Stiegler**

Diplom-Psychologin

**Klaus Vater**

Kommunikationsberater

**Heike von Lützu-Hohlbein**

Deutsche Alzheimer Gesellschaft

**Dr. Irene Vorholz**

Deutscher Landkreistag

**Helmut Wallrafen-Dreisow**

Sozialholding der Stadt Mönchengladbach

**Herbert Weisbrod-Frey**

Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)

**Antje Welke**

Bundesvereinigung Lebenshilfe e.V.

**Ulrich Wendte**

Land Brandenburg

**Dr. Klaus Wingenfeld**

Universität Bielefeld



## Neuere Veröffentlichungen der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik

Wirtschaftspolitik

**Deutschland – ein Wundermärchen**

WISO direkt

Wirtschaftspolitik

**Was man bei der Reduzierung der Staatsschulden beachten muss**

WISO direkt

Wirtschaftspolitik

**Money for Nothing and the Risks for Free?  
Zu Erfolgen und Risiken der EZB-Geldpolitik  
in der Eurokrise**

WISO Diskurs

Außenwirtschaft

**Die Bankenunion: Wer zahlt die Zeche?  
Zur Ausgestaltung eines Aufsichts- und Abwicklungsregimes für Banken in der Euro-Zone**

WISO Diskurs

Außenwirtschaft

**Europäische Wettbewerbsdesorientierung**

WISO direkt

Nachhaltige Strukturpolitik

**Vorschlag zur Neuordnung des Finanzausgleichs**

WISO direkt

Europäische Wirtschafts- und Sozialpolitik

**Staatsgläubigerpanik ist keine Eurokrise!**

WISO direkt

Steuerpolitik

**Für einen produktiven und solide finanzierten Staat – Einnahmen und Dienstleistungsstaat stärken**

WISO direkt

Arbeitskreis Mittelstand

**Innovative Ansätze in der Beratung von Migrantinnen und Migranten mit Gründungsambitionen – Potenziale aus der akademischen Gründungslehre nutzen**

WISO direkt

Gesprächskreis Verbraucherpolitik

**Kinder als kleine Verbraucher?**

**Politik in der Verantwortung**

WISO direkt

Arbeitskreis Innovative Verkehrspolitik

**Frühzeitige Bürgerbeteiligung für eine effizientere Verkehrsinfrastrukturplanung**

WISO Diskurs

Arbeitskreis Stadtentwicklung, Bau und Wohnen

**Das Programm Soziale Stadt – Kluge Städtebauförderung für die Zukunft der Städte**

WISO Diskurs

Gesprächskreis Sozialpolitik

**Verlorene Jahre – Versäumte Weichenstellungen und zukünftige Eckpfeiler in der Pflegepolitik**

WISO direkt

Gesprächskreis Sozialpolitik

**Gute Pflege vor Ort**

**Das Recht auf eigenständiges Leben im Alter**

WISO Diskurs

Gesprächskreis Arbeit und Qualifizierung

**Weiterbildungsbeteiligung**

**Anforderungen an eine Arbeitsversicherung**

WISO Diskurs

Arbeitskreis Arbeit-Betrieb-Politik

**Humanisierung der Arbeit braucht Forschung**

WISO direkt

Arbeitskreis Dienstleistungen

**Gesellschaftlich notwendige Dienstleistungen – soziale Innovationen denken lernen**

WISO Diskurs

Gesprächskreis Migration und Integration

**Migrantenorganisationen**

**Engagement, Transnationalität und Integration**

WISO Diskurs

Volltexte dieser Veröffentlichungen finden Sie bei uns im Internet unter

[www.fes.de/wiso](http://www.fes.de/wiso)

