



Reformkonzept

der Initiative Pro-Pflegereform
für eine alternative Ausgestaltung
der Pflegeversicherung

www.pro-pflegereform.de

Wer sind wir?

Die Initiative Pro-Pflegereform hat sich Ende 2016 aus verschiedenen verbandsübergreifenden Netzwerken gebildet. Über 120 Träger, Organisationen und Verbände mit insgesamt mehr als 1.000 Pflegeeinrichtungen und ambulanten Diensten zählen zu unseren Unterstützern.

Die Initiative Pro-Pflegereform will die Reformbereitschaft der Pflegebranche auf eine breite Basis stellen und den Regierungsparteien konkrete und umsetzbare Vorschläge für eine alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung unterbreiten und an deren Umsetzung aktiv mitwirken.

Was wollen wir erreichen?

Mit den Pflegestärkungsgesetzen der zurückliegenden Jahre geben wir uns nicht zufrieden, denn an den starren Sektoren, den viel zu hohen Eigenanteilen für die pflegebedürftigen Menschen und der prekären Personalsituation hat sich nichts geändert! Um die enormen Herausforderungen zu bewältigen, die unsere alternde Gesellschaft mit sich bringt, braucht es eine langfristige Strategie und einen grundlegenden Paradigmenwechsel in der Pflegeversicherung.

Wer eine wirkliche Verbesserung für Pflegebedürftige und Pflegende will, muss die Pflegeversicherung strukturell so verändern, dass die pflegebedingten Kosten für alle Pflegebedürftigen finanzierbar sind und zwar unabhängig davon, ob sie nun zu Hause, im Betreuten Wohnen oder in einem Pflegeheim leben.

Damit sind zwei wesentliche Eckpunkte der geforderten Strukturreform für die Pflegeversicherung gelegt. Das Reformgutachten von Prof. Dr. Heinz Rothgang vom 18.05.2017 hat gezeigt, dass die beiden Kernelemente Abbau der Sektorengrenzen und Einführung einer Pflegevollversicherung mit fixem Eigenanteil möglich und finanzierbar sind.

Die Reformvorschläge

Die Initiative Pro-Pflegereform fordert einen politischen Kraftakt, und zwar nicht nur finanziell, sondern auch in zivilgesellschaftlicher Hinsicht. Der Ausweg aus dem Dilemma von Qualitätsanspruch, Versorgungssicherheit, Arbeitsbedingungen, Bezahlbarkeit und Wirtschaftlichkeit, führt nur über einen Paradigmenwechsel. Dabei geht es nicht um die einfache Forderung „nach mehr Geld für das System“, sondern um einen echten Systemwechsel, der die starren Strukturen aufbricht, innovative Pflegearrangements befördert und Pflege wieder für alle bezahlbar macht.

Sektorengrenzen aufheben
Die bisherige Trennung in einen ambulanten und stationären Sektor muss vollständig überwunden werden. Pflege ist zukünftig nach dem Prinzip „Wohnen und Pflege“ zu organisieren.

Der erste und wichtigste Schritt ist, die Grenzen zwischen ambulanter, teilstationärer und stationärer Pflege endgültig zu überwinden. Pflegebedürftige Menschen haben das Recht auf gesellschaftliche Partizipation und eine individuelle, möglichst selbstbestimmte Lebensführung – unabhängig von ihrem Wohnort, ihrem Alter oder ihren Beeinträchtigungen.

Die Sektorentrennung ist nicht nur ordnungsrechtlich gegeben, sondern auch leistungs- und leistungserbringungsrechtlich. Die starre Trennung von ambulantem und stationärem Sektor wirkt als Reformbremse und verhindert die Entwicklung innovativer Versorgungsmodelle.

Zentraler Anknüpfungspunkt für eine Angleichung der Sektoren ist die Einführung gleicher Vergütungsformen, die bei Pflege zu Hause oder bei Pflege in einem Heim nach denselben leistungsrechtlichen und leistungserbringungsrechtlichen Prinzipien funktioniert. Außerdem ist in dieser

Reformperspektive die Verlagerung der Finanzierungsverantwortung für alle Leistungen der Medizinischen Behandlungspflege in eine Sozialversicherung erforderlich.

Damit wird die Pflege nicht mehr entlang der Trennlinie „ambulant/stationär“, sondern durch Wohnen/Pflege organisiert. Damit hätte das Credo der Pflegeversicherung „ambulant vor stationär“ sein Ziel erreicht, denn jede Versorgungsform entspricht in jeder Wohnform dem ambulanten Prinzip. Die Institution „Heim“ wird zu Gunsten des eigenen Heims überwunden.

Die sektorale Pflegelandschaft, die seit deren Einführung die Pflegeversicherung unterschiedlich reglementiert, muss überwunden werden. Je nachdem, wo die Menschen versorgt werden, erhalten sie derzeit ganz unterschiedliche Leistungen. Es ist ungerecht, wenn der Lebensort die Leistungen bestimmt oder wenn manche Kombinations- oder Entlastungsleistung wegen der Lebensumstände nicht in Anspruch genommen werden kann. Mit dem ambulanten und stationären Bereich haben sich in der Pflege zwei unvereinbare Sektoren gebildet, die nach grundsätzlich unterschiedlichen Regeln funktionieren. Diese Trennung müssen wir überwinden.

Auch im Alter und bei Pflegebedürftigkeit darf nicht die Wohnform die Versicherungsleistung bestimmen, sondern der jeweilige, individuelle Bedarf. Das erfordert ein neues, transparentes Pflegesystem, das nicht mehr nach „ambulant“ und „stationär“ unterscheidet, sondern unabhängig vom Wohnort nur danach fragt, welche pflegerischen Leistungen notwendig sind. Diese Leistungen sollen zu Hause bzw. im Betreuten Wohnen oder in einer gemeinschaftlichen Wohnform wie einer Pflege-WG oder in einem Pflegeheim nach denselben Prinzipien erbracht und abgerechnet werden:

)) Die Pflegeversicherung (SGB XI) finanziert alle notwendigen Maßnahmen der Grundpflege und der Betreuung nach einem einheitlichen Sachleistungsprinzip (Care). Das bedeutet, dass Leistungserbringung und Leistungsabrechnung im Pflegeheim der ambulanten Logik folgt, mit identischen Modulen. Im Heim sind weitere Module zu entwickeln für hauswirtschaftliche und betreuende Tätigkeiten sowie für Gemeinkosten z. B. im Bereich der Verwaltung. Grundsätzlich entsteht hierdurch die Möglichkeit, im Heim die stationäre Allinclusive-Logik zu verlassen, so dass einzelne Module auch durch Angehörige erbracht werden könnten, um die Kosten zu reduzieren.

Die Leistungspakete können im Sinne eines Case Managements aufgrund einer gutachterlichen Empfehlung des MDK von der Pflegekasse bewilligt und in einer individuellen Pflegeplanung zwischen Pflegebedürftigen und Pflegedienst vereinbart werden. Solange die Pflegevollversicherung noch nicht eingeführt ist, könnte die Pflegeversicherung wie bisher nach Pflegegraden differenzierte Pauschalen als Leistungsobergrenze festlegen.

)) Die Krankenversicherung (SGB V) übernimmt alle Maßnahmen der Behandlungspflege (Cure). Diese Leistungen, die Pflegekräfte zur Sicherung des Ziels ärztlicher Behandlung erbringen, wie etwa Verbandswechsel oder Medikamentengaben, können im Pflegeheim nach derselben Logik wie im häuslichen Setting erbracht werden. Dazu gehören dann auch Maßnahmen der Rehabilitation und der palliativen Versorgung. Die behandlungspflegerischen Leistungen können unabhängig vom Lebensort, ärztlich verordnet und vom Pflegedienst oder vom Pflegeheim nach denselben Regeln erbracht und abgerechnet werden.

» Die Pflegebedürftigen übernehmen alle „Haushaltskosten“, die für Unterkunft, Verpflegung und Miete entstehen. Diese fallen selbstverständlich je nach Lebensort und Lebensstil in der eigenen Wohnung, im Betreuten Wohnen oder im Pflegeheim unterschiedlich hoch aus.

Solange noch das Prinzip der Pflegeversicherung mit gedeckelten Leistungen gilt, müssen die Pflegebedürftigen auch noch die darüber hinausgehenden Pflegekosten übernehmen. Nach Umsetzung der Pflegevollversicherung mit einem fixen Eigenanteil, müsste dieser ebenfalls noch von den Pflegebedürftigen übernommen oder durch private Vorsorge abgedeckt werden.

Mit dem Abbau der Sektorengrenzen werden die Pflegeheime ordnungsrechtlich abgeschafft und zu Orten des Wohnens mit integrierten Angeboten, die hinzu gewählt werden können. Mit diesem Reformszenario kann die Pflege neu und anhand der Trennlinie Wohnen und Pflege organisiert werden. Die Finanzierungsverantwortung und die Verantwortung der Leistungserbringung werden, wie im häuslichen Bereich und in der ambulant betreuten Wohngemeinschaft, auch im (dann nicht mehr stationären) Pflegeheim auf unterschiedliche Leistungserbringer verteilt.

» **Pflegevollversicherung einführen**
Die bisherige Pflegeversicherung muss zu einer „Pflegevollversicherung mit fixem Eigenanteil“ weiterentwickelt werden, damit Pflegebedürftigkeit für jeden bezahlbar wird.

Nach dem Abbau der Sektorengrenzen muss dieser zweite große Reformschritt gegangen werden. Obwohl die Pflegeversicherung in den letzten Jahren finanziell besser ausgestattet wurde, können sich in Deutschland noch viel zu viele pflegebedürftige Menschen die notwendige Pflege nicht leisten und sind auf Sozialhilfe angewiesen.

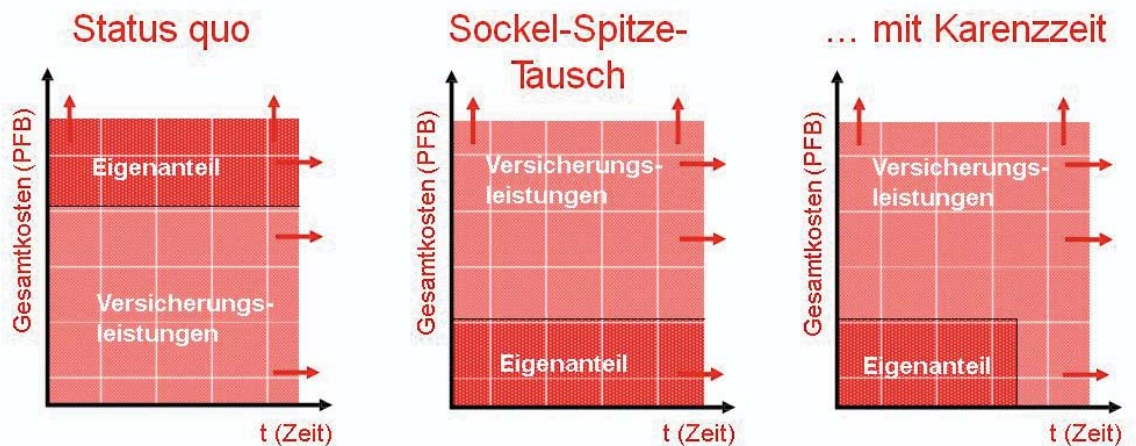
Dazu muss die „Blümsche Pflegeversicherung“ aus dem Jahr 1995 zur Pflegevollversicherung mit fixem Eigenanteil weiterentwickelt werden: Die Pflegekasse übernimmt alle notwendigen pflegebedingten Kosten und berechnet den Versicherten nur noch einen fixen, gesetzlich festzulegenden Eigenanteil. In der Folge trägt nicht mehr der Einzelne das finanzielle Pflegerisiko, sondern die Solidargemeinschaft. Das ist ein gerechtes und im Bereich der Krankenversicherung auch bewährtes System.

Trotz der Verbesserungen durch das PSGII bedeutet Pflegebedürftigkeit für die meisten Betroffenen eine große, für viele nicht tragbare, finanzielle Belastung. Immer noch sind über 450.000 pflegebedürftige Menschen auf Sozialhilfe angewiesen – und es werden immer mehr, denn immer weniger können sich die notwendige Pflege leisten. Das ist sozialpolitisch nicht mehr vertretbar, weil es ja gerade das Ziel der sozialen Pflegeversicherung ist, das Risiko der Pflegebedürftigkeit abzusichern.

In der jetzigen Systematik der Pflegeteilversicherung müssen Pflegebedürftige teilweise über ein Drittel der Pflegekosten selbst bezahlen. Beispiel aus einem Pflegeheim: Im Pflegegrad 3 wird eine tägliche Pflegevergütung von 70 Euro in Rechnung gestellt. Davon bezahlt die Pflegeversicherung einen fixen Anteil von 42 Euro (1.262 Euro im Monat). Damit verbleiben für den Bewohner 28 Euro für die notwendige Pflege und Betreuung. Hinzu kommen Kosten für Unterkunft und Verpflegung von 24 Euro und Aufwendungen für die Miete bzw. den Investivkostenanteil von 20 Euro. Insgesamt ergibt sich daraus ein Eigenanteil des Pflegebedürftigen von 72 Euro täglich oder 2.158 Euro im Monat. Wer kann sich das leisten?

Solange die Pflegeversicherten die Rechnung bezahlen müssen und von der Pflegekasse dafür nur einen festgeschriebenen Anteil erhalten, müssen die Betroffenen nicht nur einen zu hohen Eigenanteil tragen, sondern auch jede Kostensteigerung und das volle finanzielle Risiko übernehmen. Das ist ungerecht.

Deshalb fordert die Initiative Pro-Pflegereform auf der Basis des 2. Szenarios des Reformgutachtens von Prof. Rothgang den Austausch von Finanzierungssockel und Finanzierungsspitze. Zur vollständigen Absicherung des Pflegerisikos ist jedoch zusätzlich eine zeitliche Komponente erforderlich:



Die Höhe des Eigenanteils ist politisch bestimmbar und kann zwischen 0 Euro und dem derzeitigen durchschnittlichen Eigenanteilsbetrag liegen. Prof. Rothgang hat in seinem Gutachten als derzeitigen durchschnittlichen Eigenanteil einen gewogenen Mittelwert von stationärer und ambulanter Versorgung in Höhe von 248 Euro monatlich ermittelt. Um die Umstellung mit Einführung einer Karenzzeit kostenneutral zu halten, müsste der Eigenanteil entsprechend erhöht werden.

Der nunmehr fixe Eigenanteil kann entweder durch Ersparnisbildung, Privatversicherung (kapitalbildende Lebensversicherung, Pflegeversicherung mit festem Auszahlungswert) oder durch eine Integration eines Zusatzbeitrags in die Soziale Pflegeversicherung abgesichert werden. Nach Berechnungen von Prof. Rothgang müsste der Pflegeversicherungsbeitrag um 0,7 Beitragssatzpunkte erhöht werden, um auf den Eigenanteil ganz zu verzichten und die Pflegevollversicherung einzuführen.

Wenn aber gleichzeitig deutliche Verbesserungen durch mehr Pflegepersonal und höhere Bezahlung umgesetzt werden sollen, ist die gesetzliche Festlegung eines fixen Eigenanteils für pflegerische Leistungen durchaus vertretbar, insbesondere dann, wenn dieser Eigenanteil durch die Übernahme einzelner Module auch spürbar reduziert werden kann. Prof. Rothgang hat in seinem Gutachten gezeigt, dass bei entsprechender Ausgestaltung und Übernahme von Modulen der Eigenanteil ganz entfällt und auch eine Auszahlung für privat erbrachte Leistungsmodul denkbar ist und zwar unabhängig davon, ob die Leistungen zu Hause oder im (nicht mehr stationären)

Pflegeheim erbracht werden. Damit kann auch das Pflegegeld als wichtiger Baustein der Angehörigenpflege gesichert und leistungsgerecht weiterentwickelt werden.

Die leistungsrechtliche und leistungserbringungsrechtliche Logik, die durch den Abbau der Sektorengrenzen und den fixen Eigenanteil im Modell der Pflegevollversicherung entsteht, funktioniert nach Überzeugung der Initiative Pro-Pflegereform im häuslichen Umfeld, im bisher stationären Setting eines Pflegeheimes und bei Kombination von professioneller Pflege durch Pflegedienste und Angehörigenpflege.

Der Befürchtung einer nicht steuerbaren Leistungsausweitung (Moral Hazard), die durch den Austausch von Finanzierungssockel und Finanzierungsspitze entsteht, kann mit der Einführung eines verbindlichen Case Managements wirksam begegnet werden. Darin liegt nicht nur eine große Chance, die pauschale Leistungsbemessung zu Gunsten eines individuellen „Carebudgets“ oder „Carepackets“ zu überwinden, sondern auch der professionellen Pflege, die ihr zustehende Bedeutung zuzuweisen.

Mit diesem Reformschritt und dem damit verbundenen Paradigmenwechsel werden die Verhältnisse im SGB XI richtig gerückt. Kostensteigerungen, die z. B. durch das angekündigte Personalbemessungssystem zu erwarten sind, werden künftig durch die Pflegekasse finanziert. Das gilt auch für Mehrkosten, die durch Tarifierhöhungen oder durch höhere Personalschlüssel nach den Landesrahmenverträgen entstehen. Pflegebedürftige, Angehörige und die Kommunen als Sozialhilfeträger werden dadurch deutlich entlastet.

))) Quartiersarbeit stärken

Die Angehörigenpflege muss unabhängig vom Lebensort des Pflegebedürftigen besser honoriert sowie informelle Hilfenetzwerke gestärkt und Quartiersmanagement gefördert werden.

Die Herausforderungen der Pflege können angesichts der demografischen Umwälzungen zukünftig nicht allein durch professionelle Dienste bewältigt werden. Es muss gelingen, durch den Abbau der Sektorengrenzen das Engagement informeller Hilfenetze in jedem Pflege setting zu stärken, Angehörige, Ehrenamtliche und die Zivilgesellschaft mit seinen vielfältigen Angeboten stärker einzubinden und ein verbindlich finanziertes Quartiersmanagement einzuführen.

Die großen Herausforderungen des demographischen Wandels treffen die Altenpflege in doppelter Hinsicht: Immer mehr älteren und pflegebedürftigen Menschen steht ein immer kleiner werdendes Potential an erwerbsfähigen, also professionellen Pflegepersonen, gegenüber. Ohne eine konsequente Honorierung der Angehörigenpflege in allen Leistungsbereichen, also nicht nur zu Hause sondern auch im Pflegeheim, und ohne eine stärkere Einbindung der Zivilgesellschaft wird es nicht gelingen, diese Lücke zu schließen.

Viele Menschen mit Pflegebedarf möchten möglichst lange im vertrauten Umfeld bleiben. Zwei Drittel der Pflegebedürftigen werden von Angehörigen zu Hause versorgt. Um diese Strukturen zu stützen muss mit der flächendeckenden Einführung und der zuverlässigen Refinanzierung von Quartiersmanagement ein zentraler Baustein umgesetzt werden. Gemeinwesenarbeit sollte angebunden sein an Einrichtungen zivilgesellschaftlicher Akteure, für die insbesondere die gemeinnützigen Einrichtungen der freien Wohlfahrtspflege stehen. Ihre Aufgabe als Anbieter von Quartiersmanagement ist es, unterstützende Strukturen und Netzwerke für Pflegebedürftige und ihre Familien aufzubauen und zu pflegen sowie das freiwillige Engagement im Quartier zu fördern und auszubauen. Der Sozialraum und die Kooperationen vor Ort sind der entscheidende Bezugsrahmen, um die demographischen Veränderungen zu bewältigen. Ohne eine steuernde, koordinierende Struktur wird dies nicht gelingen.

Pflegeinfrastruktur ausbauen
Der Ausbau und die finanzielle Förderung einer gemeinwesenorientierten und bedarfsgerechten Pflegeinfrastruktur muss als kommunale Pflichtaufgabe gesetzlich verankert werden.

Mit der Pflegevollversicherung werden die Kommunen als Sozialhilfeträger finanziell spürbar entlastet. Damit eröffnet sich der finanzielle Spielraum für eine verbindliche Planung und Steuerung der Pflegeinfrastruktur als Grundlage für eine aktive Förderpolitik. Wer eine ausgewogene, zukunftsfähige und an den Bedarfen des örtlichen Gemeinwesens orientierte Infrastruktur für ältere und pflegebedürftige Menschen möchte, kommt nicht umhin, genau dies zur kommunalen Pflichtaufgabe zu machen.

Die Pflegevollversicherung mit Eigenanteil entlastet nicht nur die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen, sondern auch die Kommunen als Sozialhilfeträger. Damit eröffnet sich für Gemeinden, Städte und Landkreise der finanzielle Spielraum, sich nicht nur planerisch, sondern auch mit einer aktiven Förderpolitik für eine zukunftsfähige Pflegeinfrastruktur zu engagieren.

Die Länder sind nach § 9 SGB XI bereits heute verantwortlich für die Vorhaltung einer zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen, pflegerischen Versorgungsstruktur. Diese Soll-Regelung reicht jedoch nicht. Die Förderung der pflegerischen Infrastruktur muss deshalb als Pflichtaufgabe formuliert werden. Erst damit wird den

Kommunen die entscheidende, gestaltende Funktion bei der Pflegeinfrastruktur zugeschrieben, die sie durch eine regelmäßige und verbindliche Altenhilfeplanung umsetzen müssen. Hierzu bedarf es eines wirksamen Steuerungsinstrumentes, das nur mit einem entsprechenden Pflegeförderprogramm funktionieren wird. Dafür sollen Einsparungen eingesetzt werden, die aus den Leistungen der Pflegevollversicherung zu erwarten sind. Die Investitionsförderung führt zu einer Reduzierung der Wohnkosten in geförderten Einrichtungen und damit auch zu einer spürbaren Entlastung von Pflegebedürftigen und Angehörigen.

Ein Blick in die Pflegestatistiken zeigt, dass bis 2030 bundesweit mit einem Anstieg der Pflegebedürftigen um 35 Prozent auf 3,5 Millionen zu rechnen ist. Auch zukünftig werden zwei Drittel der Pflegebedürftigen zu Hause und dort überwiegend von Angehörigen und Pflegediensten versorgt. Der Ausbau und die Förderung der Pflegeinfrastruktur sind nach der Prämisse auszurichten, die häuslichen Versorgungsstrukturen zu stärken und zu entlasten. Gleichzeitig zeigt die Erfahrung, dass mit höherer Pflegebedürftigkeit und mit Zunahme dementieller Erkrankungen auch der Bedarf an professioneller Hilfe in gemeinschaftlichen Wohnformen z. B. in Pflege-WGs oder in Pflegeheimen zunehmen wird. Pflegeheime müssen sich durch die Multimorbidität und die kürzere Verweildauer auf neue Anforderungen einstellen.

Mit einer verbindlichen Altenhilfeplanung kann der jeweilige örtliche Bedarf prognostiziert und entsprechend gefördert werden.

Dabei sollten wohnortnahe Einrichtungen mit flexiblen Leistungsangeboten entstehen, deren Größe und Ausgestaltung sich am örtlichen Bedarf und an den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen sowie den Rahmenbedingungen des Quartiers orientieren.

Das Verfahren für das Pflegeförderprogramm muss transparent nach objektiven qualitativen Kriterien organisiert sein und sicherstellen, dass Investitionen nicht behindert, sondern ohne bürokratische Hürden zeitnah ermöglicht werden. Das Investitionsrisiko wird auch bei einer Förderung weiterhin von den Pflegeunternehmen zu tragen sein. Dafür benötigen sie verlässliche Rahmenbedingungen.

» Pflegebedingungen verbessern
Die hohe gesellschaftliche Anerkennung der Pflegeberufe muss sich in einer spürbaren Verbesserung der Arbeitsbedingungen niederschlagen z. B. durch deutlich mehr Personal und eine deutlich bessere Bezahlung.

Die Pflegevollversicherung mit fixem Eigenanteil kann Personalprobleme nachhaltig lösen. Seit Jahren überbieten sich gesellschaftliche Gruppen mit Vorschlägen, wie der Beruf attraktiver wird. Die entscheidende Voraussetzung dafür ist das Prinzip der Pflegevollversicherung im SGB XI, weil erst damit eine Korrelation hergestellt wird zwischen den sozialpolitischen Forderungen und der Finanzierung: Tarifierhöhungen, Verbesserung der Personalschlüssel oder eine bessere palliative Betreuung zahlt nicht mehr der Pflegebedürftige, sondern wird von der Solidargemeinschaft getragen. Dadurch steigt die gesellschaftliche Akzeptanz der Altenpflege.

Die Sicherung der erforderlichen Anzahl an Fachkräften für die Pflege ist eine der entscheidenden Aufgaben, der sich Politik, Verbände und Unternehmen in den nächsten Jahren stellen müssen. Die Personallücke wird bis zum Jahr 2030 auf bis zu einer halben Million Vollzeitstellen beziffert.

Die Vorschläge zur Verbesserung der Personalsituation in der Pflege reichen von der Anhebung des Pflegemindestlohnes über eine bessere Bezahlung, das verbindliche Anerkennen von Tarifen bei Pflege-satzverhandlungen bis hin zu Forderungen eines allgemeingültigen

„Flächentarifvertrag Soziales“. Sie scheitern alle überwiegend daran, dass sie letztlich von den Pflegebedürftigen selbst zu finanzieren sind.

Mit der konsequenten Umsetzung der Pflegevollversicherung im SGB XI kann dieses Problem gelöst werden. So würden eine Tarifierhöhung oder zusätzliches und qualifizierteres Personal nicht mehr unmittelbar und ausschließlich vom einzelnen Pflegebedürftigen (oder dem Sozialhilfeträger) finanziert werden, sondern von der Solidargemeinschaft aller Pflegeversicherten.

Im Mittelpunkt der Pflege steht der Mensch. Gute und würdevolle Pflege hat seinen Bedürfnissen nach Zuwendung, Teilhabe, körperlicher Unversehrtheit, Selbstbestimmung und Selbstachtung Rechnung zu tragen. Dazu benötigen Pflegende mehr Zeit und Fachlichkeit. Das vage Versprechen im Pflegestärkungsgesetz II, bis frühestens 2020 ein einheitliches Personalbemessungssystem in Deutschland zu entwi-

ckeln, ist völlig unzureichend. Die pflegebedürftigen Menschen, ihre Angehörigen und die Mitarbeitenden können nicht jahrelang auf ein neues System warten. Kurzfristige Lösungen für deutlich mehr qualifiziertes Personal sind dringend umzusetzen.

Die Differenzierung von Pflege in CURE und CARE erfordert abgestimmte Berufsbilder sowie klare Kompetenzen der professionell Pflegenden, die auch pflegerische Vorbehaltsaufgaben abbilden müssen. Pflege ist weit mehr als die Durchführung von grund- und behandlungspflegerischen Verrichtungen. Sie bezieht sowohl die individuelle Planung, Steuerung und Koordination der notwendigen Hilfen (Case- und Care-Management), als auch die Sozialraumgestaltung mit ein. Zugleich ist Pflege Unterstützung im Haushalt, Alltagsassistenz oder Sterbebegleitung. Die Chancen liegen in der Einbeziehung unterschiedlicher und neu entstehender Berufsgruppen in den Pflegeprozess.

Die Initiative Pro-Pflegereform wendet sich mit ihren Reformvorschlägen an alle politischen Ebenen im Bund, in den Ländern, und den Kommunen sowie an alle gesellschaftlichen Gruppen, die sich einer Stärkung der Altenpflege in Deutschland verpflichtet fühlen. Wir bitten darum, den fachlichen Diskurs zu bereichern und aktiv an der Umsetzung der Reformvorschläge mitzuwirken.

Weitere Informationen zur Initiative Pro-Pflegereform, den Reformvorschlägen und Zugriff zum Reformgutachten von Prof. Rothgang finden Sie unter: www.Pro-Pflegereform.de.

www.pro-pflegereform.de

Impressum

Pro-Pflegereform

vertreten durch:

Evangelische Heimstiftung GmbH

Hauptgeschäftsführer: Bernhard Schneider

Hackstraße 12 · 70190 Stuttgart

Tel. (07 11) 6 36 76-0 · Fax (07 11) 6 36 76-554

info@ev-heimstiftung.de · www.ev-heimstiftung.de