

## Forum D

Entwicklungen und Reformvorschläge  
– Diskussionsbeitrag Nr. 31/2015 –

11.09.2015

### Pflege ist Reha – Zur Teilhabe pflegebedürftiger Menschen

von Daniel Kreutz

#### I. Einleitung<sup>1</sup>

Bereits 2006, als von der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) noch kaum die Rede war, stellte der nordrhein-westfälische Landespflegeausschuss (§ 92 Sozialgesetzbuch [SGB] XI) einvernehmlich fest: *„Pflegebedürftigkeit ist eine besonders schwere Form der Behinderung. Pflegebedürftige Menschen sind immer auch behindert, da sie stets wegen einer gesundheitlichen Störung in ihrer Teilhabe beeinträchtigt sind.“*<sup>2</sup> Wenngleich dies mittlerweile grundsätzlich allgemein anerkannt ist, sind die für Pflege und Teilhabe zuständigen Institutionen und Träger noch immer ganz überwiegend von einem überkommenen (Miss-)Verständnis

geprägt, das etwa zwischen Klientinnen und Klienten der Eingliederungshilfe (SGB XII) und der Pflege (SGB XI) den gewohnten Trennungsstrich zieht.

Doch worum es hier gehen soll, sind weniger Schnittstellenprobleme bei Rehabilitation mit angrenzenden Systemen, sondern um die meist verkannte, gleichwohl substanziell bedeutsame Reha in der Pflege. Die Enquête-Kommission des Landtags „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“ (2002 – 2005) übte grundsätzliche Kritik an jenem wohl immer noch vorherrschenden „sequenziellen“ (Miss-)Verständnis von Reha und Pflege, wonach es um Pflege vor allem dort gehe, wo die Möglichkeiten der Reha am Ende sind. *„[Die] einseitige Vorstellung von Pflege als letztem Glied in der Versorgungskette, wie es auch aus dem Grundsatz ‚Prävention und Rehabilitation vor Pflege‘ hervorgeht, [ist] eine der Ursachen für die Umsetzungsprobleme eines gesundheitsorientierten, präventiven und rehabilitativen Pflegeverständnisses.“*<sup>3</sup> Daher forderte die Kommissi-

<sup>1</sup> Der Verfasser ist Vorsitzender des Sozialpolitischen Ausschusses beim NRW-Landesvorstand des Sozialverband Deutschland (SoVD) und Mitglied des Landesausschusses Alter und Pflege NRW bzw. (seit 2004) des vormaligen Landespflegeausschusses (§ 92 SGB XI). Der Beitrag gibt die persönliche Meinung des Verfassers wieder.

<sup>2</sup> Vgl. Landespflegeausschuss NRW, Priorisierung von Handlungsempfehlungen zum Bericht der Enquete-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in Nordrhein-Westfalen“ unter Berücksichtigung fachlich gegliederter Versorgungsnotwendigkeiten, Düsseldorf, 23. Juni 2006.

<sup>3</sup> Vgl. Landtag Nordrhein-Westfalen (Hg.), Situation und Zukunft der Pflege in NRW, Bericht der Enquête-Kommission des Landtags von Nordrhein-Westfalen, S. 430. Im Folgenden zitiert als Pflege-Enquête.

on einvernehmlich eine „Überwindung des sequenziellen Pflegeverständnisses“.<sup>4</sup> Doch nach wie vor findet sich der missverständliche Grundsatz in den Überschriften der §§ 5 und 31 des SGB XI. Dass Pflege nach § 28 Abs. 4 SGB XI selbst einen – wenngleich durch „Soll“-Formulierung geschwächten – Rehabilitationsauftrag hat<sup>5</sup>, findet dagegen heute wie damals kaum Beachtung.

## II. Pflege ist Reha (sollte es sein)

Die Pflege-Enquête kontrastierte das vorherrschende sequenzielle Pflegeverständnis mit dem rehabilitativ ausgerichteten fachlichen Selbstverständnis der Pflege. *„Ressourcen fördernde Maßnahmen in der Pflege können [...] nicht als abgegrenzte rehabilitative Maßnahmen eingesetzt werden, sondern jegliche Pflege, wo auch immer sie stattfindet, ist per Definition rehabilitativ“*<sup>6</sup> Der Grundsatz „Pflege ist Reha“ entspricht nun nicht gerade der vorherrschenden Erfahrung Betroffener mit der ambulanten und stationären Versorgungsrealität. Maßgeblich geprägt von betriebswirtschaftlichen Kalkülen im Wettbewerbsmarkt sowie vom Kostendruck, den insbesondere die Sozialhilfeträger ungebremst an die Pflegeeinrichtungen durchleiten, gilt dort beim Personaleinsatz „Zeit ist Geld“.

*Wingenfeld/Schnabel* hatten im Abschlussbericht ihrer Studie „Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen“ festgestellt, dass bei Alltagsverrichtungen die „vollständige Übernahme“ der

Verrichtung durch Pflegepersonal mit 76 Prozent des Zeitaufwands absolut dominiert<sup>7</sup>, weil *„ressourcenfördernde Pflege weit mehr [sic!] Zeitaufwand erfordert als eine Pflege, bei der dem Pflegebedürftigen alle notwendigen Handlungen abgenommen werden“*<sup>8</sup>. Daher spielten die eher rehabilitativ ausgerichteten Hilfeformen der Unterstützung, Anleitung und Beaufsichtigung, die einen (teils erheblich) höheren Zeitaufwand erfordern, nur eine sehr untergeordnete Rolle. Im Gesamtbild der untersuchten – personell überdurchschnittlich gut ausgestatteten! – Einrichtungen zeigte sich „eine angespannte Versorgungssituation, bei der wenig Spielraum für eine qualitativ hochwertige Pflege besteht“ – auch nicht durch eine bessere Ausschöpfung vorhandener Personalressourcen.<sup>9</sup> Der Befund über die zeitökonomische Marginalisierung des pflegerischen Reha-Auftrags in der Versorgungspraxis kann grundsätzlich gleichermaßen für die ambulante Versorgung gelten. Dabei würde ein rehabilitativ ausgerichteter Pflegealltag nicht zuletzt die Erfolgchancen gesonderter, eher kurzfristiger Maßnahmen der medizinischen Reha (SGB V) erhöhen, während die anschließende Rückkehr in einen nicht ressourcenfördernden Pflegealltag erreichte Reha-Erfolge wieder zunichtemachen kann.

<sup>4</sup> Vgl. Pflege-Enquête, S. 536.

<sup>5</sup> „Die Pflege soll auch die Aktivierung des Pflegebedürftigen zum Ziel haben, um vorhandene Fähigkeiten zu erhalten und, soweit dies möglich ist, verlorene Fähigkeiten zurückzugewinnen.“ Vgl. auch § 2 Abs. 1 S. 2 SGB XI: „Die Hilfen sind darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen wiederzugewinnen oder zu erhalten.“

<sup>6</sup> Vgl. Pflege-Enquête, S. 413; Hervorhebung des Verfassers.

<sup>7</sup> Vgl. Institut für Pflegewissenschaft der Universität Bielefeld, Forschungsgesellschaft für Gerontologie der Universität Dortmund (Hg.), Klaus Wingenfeld, Eckard Schnabel, Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen, o. J., S. 67 f.

<sup>8</sup> Ebenda, S. 69.

<sup>9</sup> Ebenda, S. 135.

### III. Unzureichende, reha-feindliche Personalausstattung

Mittlerweile haben auch die Kostenträger in NRW eingeräumt, dass in der vollstationären Versorgung nach wie vor die aus früheren Sozialhilfe-Zeiten vor Einführung des SGB XI überkommenen Personalorientierungswerte, die im Hintergrund des Befunds einer „angespannten Versorgungssituation“ standen, grundsätzlich unverändert weiter Anwendung finden – ungeachtet aller seit damals eingetretenen erheblichen Veränderungen der Versorgungsbedarfe der Heimbewohnerinnen und -bewohner. Damit ist NRW keineswegs ein Einzelfall. Die in den meisten Bundesländern mittlerweile vereinbarten Personalrichtwerte (§ 75 Abs. 3 SGB XI) liegen teils noch unter dem nordrhein-westfälischen Sozialhilfe-Niveau. Der gesetzliche Auftrag an Kostenträger und Leistungserbringer, Maßstäbe und Grundsätze für eine leistungsbezogene, am Versorgungsauftrag orientierte Personalausstattung zu vereinbaren (§ 75 Abs. 2 Nr. 3 SGB XI), harrt wegen inhaltlichen Widerstands der Kostenträger auch noch 15 Jahre nach Inkrafttreten des Pflegeversicherungsgesetzes seiner Umsetzung.

Doch genau dies, die Gewährleistung einer personellen Ausstattung (bzw. eines Personaleinsatzes in der ambulanten Versorgung), die die umfassende Umsetzung des rehabilitativen Pflegeverständnisses im Versorgungsalltag ermöglicht, ist der harte Kern des Reha-Problems in der Pflege, der neben und zusätzlich zu den (oft wettbewerbsbedingten) Umsetzungsproblemen beim Reha-Anspruch Pflegebedürftiger nach dem SGB V bewältigt werden muss. Dazu gehört auch die Beseitigung des nur symbolisch entschärften ökonomischen Fehlanreizes, dass die Pflegeeinrichtung laufende Einnahmen verliert, wenn ein Bewohner durch erfolgreiche Rehabilitation in eine niedrigere

Pflegestufe (künftig: Bedarfsgrad) eingestuft wird.<sup>10</sup>

### IV. Pflegekassen müssen Reha-Träger werden

*„Als Hauptgrund für die mangelnde Umsetzung von ‚Rehabilitation in der Pflege‘ gilt die Tatsache, dass es der Gesetzgeber versäumt hat, die Pflegeversicherung auch zum Träger von Reha-Leistungen zu machen.“<sup>11</sup>*

Da nur ein Reha-Träger Reha-Leistungen erbringen dürfe, sei damit der Weg zu einer pflegerischen Reha als Leistung der Pflegeversicherung versperrt. Wenn dies „Versäumnis“, das eher auf Kostenkalküle denn auf Versagen zurückzuführen ist, überwunden wird, muss die Pflegeversicherung folgerichtig auch als Reha-Träger in § 6 Abs. 1 SGB IX aufgenommen werden.

### V. Pflegeberatung umfassend umsetzen

Ein Problem beim Zugang zu Teilhabeleistungen ist nicht zuletzt die mangelnde Umsetzung des umfassenden, *sozialrechtsübergreifenden* Beratungs- und Fallmanagementauftrags nach § 7a SGB XI. Nach wie vor ist „Pflegeberatung“ oft nur SGB XI-Beratung. Dass pflegebedürftige Menschen vielfach Anspruch auf (bestimmte) Teilhabeleistungen nach § 55 SGB IX, insbesondere solche zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben (§ 58 SGB IX) haben, deren Kosten bei Vorliegen der Voraussetzungen nach dem SGB XII zu übernehmen sind, ist immer noch wenig bekannt und noch weniger praxisleitend. Damit die Bera-

<sup>10</sup> Zur Honorierung eines Reha-Erfolgs, der zur Abstufung des Pflegebedarfs führt, wird der Einrichtung mittlerweile ein Festbetrag gewährt (1.597 Euro; § 87a Abs. 4 SGB XI), der aber den Ressourcenverlust der dann dauerhaft niedrigeren Pflegevergütung nicht kompensieren kann.

<sup>11</sup> Vgl. Pflege-Enquête, S. 418.

tung ihrer „anwaltlichen“ Funktion für die Ratsuchenden ohne sachfremde (fiskalische, wirtschaftliche) Einflüsse uneingeschränkt nachkommen kann, muss ihre Trägerschaft von Kostenträgern und Leistungserbringern gleichermaßen unabhängig organisiert werden.

## **VI. Strukturelle Benachteiligung der wegen Pflegebedürftigkeit behinderten Menschen überwinden**

In der Diskussion über die Umsetzung der UN-BRK in Deutschland hat sich zu Recht die Auffassung ausgebreitet und verfestigt, der zufolge eine substantielle Benachteiligung behinderter gegenüber nicht behinderten Menschen darin besteht, dass der Zugang zu den Leistungen der Eingliederungshilfe von den fürsorgerechtlichen Voraussetzungen (Einkommens- und Vermögenseinsatz) des SGB XII abhängig ist. So muss ein erwerbstätiger behinderter Mensch, der etwa auf persönliche Assistenz angewiesen ist, meist sein ganzes Einkommen (und anrechnungsfähiges Vermögen) dafür verausgaben. Die Realisierung seines Teilhabebedarfs bringt ihn um die Früchte seiner Arbeit und drückt ihn unter die Fürsorgeschwelle. Entsprechend wird die Herauslösung der Eingliederungshilfe aus dem Fürsorgerecht und deren Überführung in vorrangiges Leistungsrecht gefordert. Die Tatsache, dass pflegebedürftige Menschen stets auch behinderte Menschen sind, muss aber zu einer analogen Folgerung für die Hilfe zur Pflege (HzP) nach dem SGB XII führen.

Pflegebedürftigkeit wegen somatischer und/oder kognitiver Beeinträchtigung bedeutet alltägliches Angewiesensein auf die Hilfe und Unterstützung Dritter und ist damit eine besonders schwere Form der Teilhabebeeinträchtigung mit einem hohen Gefährdungspotenzial für das Selbstbestimmungsrecht. Die Erbringung von (rehabilitativ ausgerich-

teten) Pflegeleistungen ist eine elementare Voraussetzung für die Realisierung des sozialen Teilhabeanspruchs des Pflegebedürftigen überhaupt, die ihrerseits zu den grundlegenden Aspekten eines Lebens zählt, das der Würde des Menschen entspricht. Vor diesem Hintergrund ist schon erstaunlich, dass die an fürsorgerechtliche Voraussetzungen gebundene HzP bislang kaum in gleicher Weise in Frage gestellt wird wie die Eingliederungshilfe. Kann es sein, dass die Kosten, die dem durch Pflegebedürftigkeit behinderten Menschen zur elementaren Sicherung seines (Über-)Lebens entstehen, dem Grunde nach auch heute noch privat zu tragende Kosten<sup>12</sup> sein sollen? Kosten, die vergleichbaren, aber nicht durch Pflegebedürftigkeit behinderten Menschen nicht entstehen und die häufig so hoch sind, dass sie viele Betroffene über kurz oder lang in Abhängigkeit von Fürsorgeleistungen, in pflegebedingte Armut bringen? Liegt hier nicht eine mindestens vergleichbare Benachteiligung behinderter Menschen vor wie bei der fürsorgerechtlichen Eingliederungshilfe?

Während bezüglich der Eingliederungshilfe über die Schaffung eines neuen, vorrangigen Leistungsgesetzes diskutiert wird, gibt es für die soziale Absicherung des Lebensrisikos Pflegebedürftigkeit bereits ein „zuständiges“ System: die Pflegeversicherung. Die Überwindung pflegebedingter Armut und Sozialhilfeabhängigkeit zählte bereits zu ihren hervorgehobenen Gründungsversprechen, ein Versprechen allerdings, das wegen des „Teilkasko“- bzw. Zuschuss-Charakters der Pflegeversicherung nie wirklich eingelöst wurde. Wäre daher nicht zu fordern, die Pflegeversicherung von einer Teilleistungsversicherung zu einer Vollversicherung nach dem Beispiel der gesetzlichen Krankenversicherung fortzuentwickeln, die die Kosten der

<sup>12</sup> Das SGB XI hat am Grundsatz der privaten Kostentragung nichts geändert; die Leistungen (Zuschüsse) unterstützen lediglich die Kostentragungsfähigkeit.

im Einzelfall notwendigen, vorrangig selbstbestimmt-häuslichen pflegerischen Versorgung solidarisch trägt? Und die damit auch den notwendigen Personalaufwand für eine hochwertige, rehabilitative Pflege refinanziert? Ohne entsprechende Leistungsverbesserungen im SGB XI würde der Mehraufwand für eine angemessene Personalausstattung allein den Betroffenen in Rechnung gestellt und deren Kostenbelastung (sowie die der Sozialhilfeträger) noch erheblich steigern.<sup>13</sup> Um die Finanzierung einer Pflege-Vollversicherung zu erleichtern, sollte sie unter Einbeziehung der „besseren Risiken“ der Privaten Pflegeversicherung als paritätisch finanzierte Pflege-Bürgerversicherung organisiert werden. Dies liegt hier

wegen der bereits bestehenden allgemeinen Versicherungspflicht bei einheitlichem gesetzlichem Leistungsumfang besonders nahe. Zudem sollten ihr die Einsparungen bei der HzP in Form eines Bundeszuschusses zufließen. Mittels einer anderen, auf die Überwindung der enormen Verteilungsungleichheit zielenden Steuerpolitik könnten weitere Ressourcen mobilisiert werden.

---

Ihre Meinung zu diesem Diskussionsbeitrag ist von großem Interesse für uns. Wir freuen uns auf Ihren Beitrag.

---

---

<sup>13</sup> Dies gilt gleichermaßen im Fall von – längst überfälligen – strukturellen Einkommensverbesserungen für Pflegekräfte.