

# **Positionen der Diakonie Deutschland in der Gesundheits-, Rehabilitations- und Pflegepolitik 2018**

**Diakonie für kranke  
Menschen**

Positionspapier

Januar 2018

# Inhalt

3	<b>Vorwort</b>	17	3.3 Prävention lebenslagenorientiert gestalten
4	<b>1. Einleitung</b>	17	3.4 Weiterentwicklung der Psychiatrie und des Suchthilfesystems
7	<b>2. Leitideen</b>	19	3.5 Umfassende gesellschaftliche und berufliche Teilhabe der Menschen mit Behinderung
13	<b>3. Fachliche Einzelthemen und konkrete politische Forderungen</b>	21	3.6 Alter, Pflege sowie Hospiz- und Palliativversorgung
13	3.1 Weiterentwicklung des Gesundheitssystems	28	<b>Mitarbeitende an dem Projektpapier</b>
15	3.2 Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation	31	<b>Impressum</b>

# Vorwort

Menschen, die gesundheitlich beeinträchtigt sind, haben oft mit vielen verschiedenen Stellen im Gesundheitssystem zu tun, die nach unterschiedlichen Grundsätzen arbeiten. So brauchen sie – nicht selten parallel – Unterstützung von einem Rettungsdienst, sozialpsychiatrischen Fachdiensten oder einer Reha-Einrichtung, sie suchen Hilfe bei Pflegediensten oder im Hospiz. Nicht selten müssen sie erleben, dass die Übergänge und Zuständigkeiten zwischen diesen unterschiedlichen Akteurinnen und Akteuren für sie unzureichend geklärt sind.

Abhängig vom individuellen Einkommen und Bildungsstand, sozialer Vernetzung, Aufenthaltsstatus oder anderer Faktoren kann ihnen der Zugang zu und die Orientierung in diesem Geflecht gesundheitlicher und sozialer Versorgung zusätzlich erschwert sein.

Tatsächlich ist für das deutsche Gesundheitssystem ein breites Spektrum gesundheitlicher, rehabilitativer und pflegerischer Leistungen charakteristisch. Die sozialen Sicherungssysteme sind hochgradig ausdifferenziert und spezialisiert.

Zugleich sind sie aber oft schlecht koordiniert. Unterschiedliche Leistungsträger, Rechtskreise und Finanzierungsmodalitäten kennzeichnen die Systeme. Es fehlen faktisch eine übergeordnete gemeinsame Planung beziehungsweise konzeptionelle und strukturelle Rahmenbedingungen.

Für die diakonische Arbeit sind solche komplexen Problem-lagen Testfälle für die Leistungsfähigkeit des Sozialstaats und die Kooperationsfähigkeit der unterschiedlichen Leistungsträger und –erbringer. Ganzheitliche Hilfen, die die Gesundheit, die soziale Lebenslage und die individuelle Lebenssituation im Zusammenhang sehen, sind für die Diakonie

wesentlich. Denn diese Sichtweise entspricht unserem christlichen Menschenbild, das den Menschen mit gesundheitlichen Problemen, mit Assistenz- und Pflegebedarf als Gottes Geschöpf ansieht, das zur Freiheit bestimmt ist.

Fachpolitische Zieldiskussionen sind zu lange innerhalb so genannter Versorgungssektoren geführt worden. Unser Ziel ist, eine die unterschiedlichen Arbeitsfelder und Sozialgesetzbücher übergreifende Perspektive und Leitideen für eine gemeinsame Orientierung zu entwickeln.

Das Positionspapier zur Gesundheit, Rehabilitation und Pflege der Diakonie Deutschland versteht sich als fachpolitisches Gesprächsangebot zum Beginn der 19. Legislaturperiode mit den Bundesministerien und den Mitgliedern des Deutschen Bundestages wie auch mit den auf Bundesebene tätigen Sozialversicherungsträgern, Verbänden und Fachgesellschaften.

Wir möchten mit unseren Vorschlägen zur Verringerung von Schnittstellenproblemen und zur besseren Integration der verschiedenen Leistungsbereiche beitragen und uns für eine gute Zusammenarbeit über Institutions- und Professionsgrenzen hinweg einsetzen. Die Leitideen zeigen in die Richtung, in die engagierte Fachleute und Träger bereits unterwegs sind, um jedem erkrankten Menschen gleichermaßen Zugang zu gesundheitlicher Versorgung zu gewährleisten.



Maria Loheide  
Vorstand Sozialpolitik Diakonie Deutschland

# 1. Einleitung

In den Feldern der gesundheitlichen Versorgung und medizinischen Rehabilitation, der Unterstützung von Menschen mit Behinderungen, chronischer psychischer Erkrankung oder Suchterkrankung sowie der Altenhilfe, Pflege und Hospizarbeit sind viele Einrichtungen und Dienste der Diakonie Deutschland tätig. Es sind Krankenhäuser und Rettungsdienste, Fach- und Rehabilitationskliniken, Pflegedienste, Beratungsstellen, Wohn- und Arbeitsstätten für Menschen mit Behinderung, Wohnangebote und ambulante Dienste für ältere pflegebedürftige Menschen, Hospize und Hospizdienste. Sie sind Teil der Infrastruktur des Sozialstaats in Deutschland und verstehen sich zugleich im Sinne christlicher Nächstenliebe als Dienst am Nächsten.

Diakonische Arbeit dient dazu, „unterschiedslos allen Menschen beizustehen, die in leiblicher Not, seelischer Bedrängnis, Armut und ungerechten Verhältnissen leben; die Ursachen dieser Nöte aufzudecken und zu benennen und zu ihrer Beseitigung beizutragen“ (Satzung des Evangelischen Werks für Diakonie und Entwicklung vom 14. Juni 2012).

Diese Verpflichtung ist der Ausgangspunkt der folgenden Überlegungen zur Gesundheits-, Pflege- und Behindertenpolitik in der 19. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages. Ihr Ziel ist, eine die unterschiedlichen Arbeitsfelder und Sozialgesetzbücher übergreifende Perspektive zu entwickeln. Diese übergreifende Perspektive ist als Ergänzung zu den speziellen fachlichen Positionierungen und sozialrechtlichen Gestaltungsvorschlägen zu verstehen, die die Diakonie Deutschland – auch gemeinsam mit ihren Bundesfachverbänden – kontinuierlich zur Sozialgesetzgebung und untergesetzlichen Umsetzung beiträgt.

Das gegliederte System der sozialen Sicherung mit seinen verschiedenen Sozialgesetzbüchern und Regelungskompetenzen auf Landesebene macht eine übergreifende Betrachtung nicht einfach. Denn in den verschiedenen Bereichen werden anstehende Probleme oft ohne den Blick über die sogenannten Sektorengrenzen hinweg bearbeitet. Dies führt dazu, dass Menschen, die gesundheitlich stärker beeinträchtigt sind, mit sehr vielen verschiedenen Stellen zu tun haben,

die nach unterschiedlichen Grundsätzen arbeiten. In der diakonischen Arbeit haben wir es oft mit Menschen zu tun, die unterschiedliche Hilfen verschiedener Sozialleistungsträger benötigen. Unsere Expertise besteht im Regelfall darin, Zugang zu den Leistungen verschiedener Leistungsträger nach entsprechendem Bedarf zu erschließen und die Leistungen gegebenenfalls zu erbringen.

Aus dieser Expertise in den verschiedenen Zweigen der sozialen Sicherung tragen wir in der diakonischen Verbandsarbeit auf Landes- und Bundesebene regelmäßig Beobachtungen zusammen, die das Funktionieren der sozialen Sicherung in besonders komplexen Fallkonstellationen betreffen. Wir sprechen von „Schnittstellenproblemen“; zum Beispiel, wenn ein Mensch nach einem Krankenhausaufenthalt nicht zu Hause leben kann, aber auch nicht in die Kurzzeitpflege aufgenommen werden kann und notwendige Rehabilitationsmaßnahmen unterbleiben.

Hier geht es diakonischer Interessenvertretung und Politikberatung darum, die Übergänge zwischen den verschiedenen Regelungsbereichen so zu gestalten, dass der kranke Mensch ohne Verzug die Leistungen erhält, die er benötigt. Wir nehmen in der Praxis diakonischer Arbeit aber auch „multiple Problemlagen“ wahr, die nicht dadurch zu lösen sind, dass der beeinträchtigte Mensch verschiedene Expertensysteme parallel oder nacheinander konsultiert. So gibt es Menschen, die psychische Probleme haben, in extremer Armut leben und sich mit Suchtmitteln das Leben erleichtern wollen. Sie brauchen medizinische Behandlung, gleichzeitig brauchen sie einen Ort, wo sie vorübergehend wohnen können. Und sie brauchen akzeptierende Begleitung, um ihr Leben wieder selbst in die Hand nehmen zu können.

Für die diakonische Arbeit sind solche komplexen Problemlagen Testfälle für die Leistungsfähigkeit des Sozialstaats und die Kooperationsfähigkeit der unterschiedlichen Leistungsträger und -erbringer. Der Sozialstaat ist nach Auffassung der Diakonie Deutschland insbesondere daran zu messen, ob er ausreichende Hilfen zur Überwindung existenzieller Notlagen bietet.

Die Diakonie Deutschland sieht insbesondere die folgenden Gesichtspunkte als Warnsignale und Orientierungspunkte für die Gesundheits- und Sozialpolitik:

### **Gesundheitliche Ungleichheit:**

Trotz eines hoch entwickelten Sozialstaats ist die Lebenserwartung und die Zahl behinderungsfreier Lebensjahre auch in Deutschland immer noch abhängig von Einkommen, Bildungsstand und beruflichem Status. Gesundheitliche Ungleichheit zieht sich quer durch die Gesellschaft, es besteht ein linearer Zusammenhang zwischen den Ausprägungen einzelner Faktoren wie Einkommen, Bildungsabschluss, beruflicher Position und den Gesundheitschancen über alle sozialen Schichten hinweg. Aus Sicht der Diakonie Deutschland muss die Verringerung von gesundheitlicher Ungleichheit noch stärker zu einem politischen Ziel werden.

Chronische Krankheiten und Behinderungen, auch die Übernahme von Verantwortung für andere Menschen, zum Beispiel für pflegebedürftige Familienangehörige, sind mit Einkommenseinbußen und hohen Ausgaben verbunden und schränken die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ein. Hier besteht weiterer Reformbedarf in den verschiedenen Zweigen der sozialen Sicherung, insbesondere in der Renten- und Pflegeversicherung.

### **Un(ter)versorgte Personengruppen:**

Trotz gut ausgebauter Hilfesysteme sind verschiedene Gruppen von Menschen nicht oder nicht ausreichend versorgt. Zu denken ist insbesondere

- an Menschen ohne Papiere, Asylsuchende und EU-Bürgerinnen und -bürger, die in Deutschland leben,
- an Deutsche, die nicht versichert sind oder Beitrags-schulden bei den Krankenkassen haben,
- an Menschen, die in extremer Armut leben oder sich aus unterschiedlichen Gründen aus der Gesellschaft zurückziehen und notwendige gesundheitliche, pflegerische oder rehabilitative Leistungen nicht in Anspruch nehmen.
- an Menschen mit sehr komplexen Hilfebedarfen, die keine koordinierten Hilfen erhalten.

### **Unzureichende Koordination von Leistungen und Hilfesystemen:**

Die sozialen Sicherungssysteme sind hochgradig ausdifferenziert und spezialisiert, sie sind aber zugleich nur schlecht koordiniert. Unterschiedliche Leistungsträger, Rechtskreise

und Finanzierungsmodalitäten kennzeichnen die Systeme. Da oftmals faktisch keine übergeordnete gemeinsame Planung beziehungsweise keine konzeptionellen und strukturellen Rahmenbedingungen gesetzt sind, ist nicht geregelt, welche Akteure welche Aufgaben in einem sozialräumlich bestimmten Versorgungsgebiet wahrnehmen. Stattdessen richtet sich derzeit das Versorgungsgeschehen oftmals nach den finanziellen Anreizen. Das ist insbesondere für Menschen mit chronischer Krankheit, mit Pflegebedürftigkeit oder Behinderung, und darüber hinaus auch für viele andere Menschen, die sich im „Gesundheitsdschungel“ zurechtfinden müssen, ein wirkliches Problem. Sie sind auf gut abgestimmte kurative, rehabilitative, pflegerische, palliative, präventive und weitere soziale Leistungen angewiesen.

### **Fehlentwicklungen der Systemgestaltung:**

Aus Sicht der Diakonie Deutschland werden umfassendere konzeptionelle und strukturelle Weiterentwicklungen in der Gesundheitsversorgung, Pflege und Teilhabeförderung gegenwärtig durch drei Faktoren eher erschwert als gefördert:

**Verantwortungsdiffusion:** Viele Gestaltungsfragen des Gesundheits- und Sozialwesens werden auf gesetzlicher Ebene nicht im Detail geregelt. Vielmehr wird die Konkretisierung den Selbstverwaltungspartnern zum Beispiel im Gemeinsamen Bundesausschuss übertragen. Dieses Delegationsprinzip birgt das Risiko in sich, dass die Vorgaben des Gesetzgebers nicht hinreichend konkret oder Vorgaben nicht zeitnah und sinngemäß umgesetzt werden. Nach Auffassung der Diakonie Deutschland sind wichtige Gestaltungsaufgaben politisch zu verantworten, ihre Umsetzung durch die gemeinsame Selbstverwaltung ist durch das zuständige Ministerium zu moderieren. Eine einseitige Delegation an die Leistungsträger, zum Beispiel die Krankenkassen, hat sich ebenso wenig bewährt wie die einseitige Orientierung an den Kassenärztlichen Vereinigungen, die nicht die gesamte Hilfelandschaft einschließlich der fachlich relevanten Übergänge zwischen kurativer Medizin, Pflege, palliativer Versorgung, Teilhabeleistungen und weiteren Bereichen im Blick haben.

**Überbetonung von Wettbewerb:** Die Diakonie Deutschland sieht deutliche Fehlentwicklungen durch eine Überbetonung wettbewerblicher Steuerungselemente. Die wettbewerbliche Orientierung der Krankenkassen hat zu einer politischen Verantwortungslücke geführt. Die Gesundheitswirtschaft und die Pflegeeinrichtungen/Pflegedienste sind teilweise freigemeinnützig, teilweise privatwirtschaftlich verfasst. Entgegen dem Subsidiaritätsprinzip und der politisch gewollten und rechtlich verbrieften Bedeutung der Rolle der gemeinnützigen Dienste der Freien Wohlfahrtspflege ist in verschiedenen

Feldern eine Bedeutungsverschiebung hin zur Privatwirtschaft zu erkennen. Schon vor vielen Jahren wurde auf die damit verbundenen Probleme hingewiesen, zum Beispiel das Problem der Überversorgung bei gleichzeitiger Unterversorgung, auf die Fragmentierung von Angeboten, die Überbewertung von Technologien.

**Bürokratische Übersteuerung:** Im Bereich der Kranken- und Pflegeversicherung unterliegen die Versicherten und auch die Leistungserbringer umfangreichen bürokratischen Regelungen, insbesondere im Bereich der Antragsverfahren und der Dokumentation der Leistungen. Der Abschlussbericht des Projekts der Bundesregierung zur Ermittlung und Dokumentation des Erfüllungsaufwands im Bereich Pflege bei Antragsverfahren auf gesetzliche Leistungen für Menschen, die pflegebedürftig oder chronisch krank sind, wurde in der vorletzten Legislaturperiode veröffentlicht. Er benennt eine Vielzahl an Entbürokratisierungserfordernissen.

#### **Ausbau der Pflegeversicherung (SGB XI):**

Angesichts der zunehmenden Zahl pflegebedürftiger Menschen ist die zukunftsfeste Gestaltung der Pflegeversicherung eine Schlüsselaufgabe. Sie trägt heute die Kosten für die Langzeitpflege anteilig durch Pauschalbeträge. Ein Großteil der Pflege wird in der Familie geleistet oder privat finanziert – oder auch subsidiär durch ergänzende Hilfe zur Pflege. Dieser wesentliche Faktor im Pflegesystem verliert im Zuge des sozialen Wandels (Einpersonenhaushalte, zunehmende Erwerbstätigkeit der Frauen) und der demografischen Entwicklung an Kraft. Auch verlässliche soziale Netzwerke werden die familiäre Pflege im Umfang nicht ersetzen können.

Deshalb ist mittelfristig mit einem steigenden Bedarf an professioneller Pflege zu rechnen. Stagnierende beziehungsweise sinkende durchschnittliche Altersrenten beschränken die Möglichkeit, die erforderliche professionelle Pflege privat zu finanzieren. Vor diesem Hintergrund muss die Pflegeversicherung in ihrer Leistungsfähigkeit gestärkt werden. Aus der Sicht der Diakonie Deutschland geht es insbesondere darum, das Leistungsversprechen der Pflegeversicherung angesichts veränderter Rahmenbedingungen neu festzulegen und insbesondere das Risiko künftiger Kostensteigerungen nicht von der Pflegeversicherung auf den Privathaushalt beziehungsweise subsidiär auf die Sozialhilfeträger zu verlagern. Dringenden Reformbedarf sieht die Diakonie Deutschland deshalb bei der Finanzierung der Pflegeversicherung.

#### **Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes:**

Mit dem Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (BTHG) ist der angekündigte Paradigmen- beziehungsweise Systemwechsel in der Eingliederungshilfe nicht vollständig verwirklicht worden. Menschen mit erheblicher Behinderung sind weiterhin in wesentlicher Hinsicht auf Leistungen angewiesen, die nach dem sozialhilferechtlichen Nachranggrundsatz gewährt werden. Konkreter Reformbedarf besteht insbesondere bei den Einschränkungen im Regelungsbereich des Wunsch- und Entscheidungsrechtes, der Leistungsinhalte, Leistungsformen, des Leistungserbringungsrechts sowie der Referenzsysteme und Maßstäbe zur Bemessung von Leistungen im Zuge der Trennung der Fachleistungen von den existenzsichernden Leistungen.

## 2. Leitideen

Vor diesem Hintergrund formuliert die Diakonie Deutschland im Folgenden übergeordnete gesundheits- und sozialpolitische Leitideen, die prägend für die in weiteren Abschnitten erläuterten gesundheits-, pflege-, und rehabilitationspolitischen Positionen sind:

### **Gesundheitsförderliche Gesamtpolitik:**

Die ungleichen Chancen, gesund alt zu werden, hängen eng mit sozialer Ungleichheit unter anderem in den Dimensionen Einkommen und Vermögen, Bildung und berufliche Position zusammen. Soll gesundheitliche Ungleichheit reduziert werden, sind soziale Ungleichheiten zu verringern. Die Gesundheits- und Sozialpolitik kann dazu in beschränktem Maße beitragen. Es bedarf einer übergreifenden Politik der Verbesserung von Lebenslagen und Lebenschancen, die sozialen Ausschluss verhindert, das Versprechen eines Wohlstands für alle ernst nimmt, soziale Sicherheit schafft, Chancengleichheit vermehrt und demokratische Gestaltungsmöglichkeiten stärkt. Chronische Krankheit, Behinderung und Pflegebedürftigkeit dürfen kein Armuts- und Exklusionsrisiko sein.

### **Inklusion von Menschen mit Behinderung:**

Die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen verpflichtet Deutschland zu einer inklusiven Gestaltung der Gesellschaft, die Menschen mit funktionalen Einschränkungen wie anderen Menschen auch ein Höchstmaß an Gesundheit, Selbstbestimmung und sozialer Teilhabe ermöglicht. Dabei geht es nicht mehr darum, Menschen mit Behinderungen in die bestehenden Strukturen zu integrieren, sondern die gesellschaftlichen Strukturen so zu verändern, dass sie der Vielfalt der menschlichen Lebenslagen gleichermaßen gerecht werden. Der Abbau von Barrieren und der Ausgleich verbleibender Nachteile im Zugang zur gesellschaftlichen Teilhabe ist besonders dringend in den Bereichen Wohnen, Mobilität, Bildung und Arbeit. Barrierefreiheit heißt nicht nur bauliche Stufenlosigkeit, sondern beispielsweise auch personelle Assistenzen, die Übersetzung von Informationen in öffentlichen Einrichtungen wie Behörden in Gebärdensprache oder Leichte Sprache, Schulungen von

Beschäftigten in der Verwaltung, bewusstseinsbildende Maßnahmen und anderes.

### **Diversität:**

Gesundheitsversorgung, Pflege und Teilhabesicherung sind auf die vielgestaltigen Bedarfe unserer Gesellschaft auszurichten. Die Orientierung auf den einzelnen Menschen muss prägend sein. Hierzu gehört die Anpassung der Regelsysteme an die Zuwanderungsgesellschaft, deren interkulturelle Öffnung, genauso wie geschlechtergerechte oder inklusive Konzepte und Arbeitsweisen. Auch Dolmetscherleistungen und flankierende soziale und rechtliche Beratungsangebote für Migrantinnen und Migranten, Informationen in leichter Sprache für Menschen mit kognitiven Einschränkungen oder Mobilitätshilfen dienen der Gesundheitssicherung und der sozialen Teilhabe. Auch wenn besondere Bedarfslagen teils ergänzende Angebote notwendig machen, sind vor allem die Regelsysteme so zu gestalten, dass alle Menschen sie in Anspruch nehmen können und ihre individuellen Bedarfe aufgenommen werden.

### **Die Förderung seelischer Gesundheit als Querschnittsaufgabe:**

Psychische Gesundheit ist eine wesentliche Voraussetzung dafür, dass Menschen ihre Potenziale und Begabungen entfalten können und selbstbestimmt am Leben in der Gesellschaft teilnehmen beziehungsweise teilhaben. Ein umfassendes Krankheitsverständnis, das von einem Kontinuum von Gesundheit und Krankheit ausgeht und psychische Krisen und Erkrankungen auch als subjektiv sinnhafte Erfahrungen versteht, ist nachweislich hilfreich, um Stigmatisierung und Ausgrenzung abzubauen. Die seit vielen Jahren zu beobachtende Zunahme an diagnostizierten psychischen Erkrankungen, die steigenden Quoten von Erwerbsminderungsrenten aufgrund psychischer Vorerkrankungen, die hohen Zahlen an Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen sind als Warnsignale zu sehen, die im Sinne einer Neujustierung präventiver, kurativer und rehabilitativer Angebote aufgegriffen werden sollten. Das heißt, die Leistungen verschiedener Sozialversicherungen sind daraufhin zu überprüfen, inwieweit sie

einerseits den besonderen Bedürfnissen und Bedarfen psychisch kranker und seelisch behinderter Menschen tatsächlich gerecht werden und inwieweit sie andererseits durch bestimmte Vorgaben beispielsweise Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen stigmatisieren und ausgrenzen (wie beim Zugang zur Psychotherapie). Insgesamt müssen unangemessen lange Wartezeiten beim Zugang zu Therapien reduziert sowie therapeutische und rehabilitative Angebote auch für Personen mit chronischen Krankheitsverläufen und in komplexen Problemlagen entwickelt werden, die heute praktisch von der Versorgung ausgeschlossen sind.

#### **Teilhabsicherung als übergreifende Aufgabe:**

Mit dem 2016 novellierten Sozialgesetzbuch IX wird den Sozialversicherungszweigen als gemeinsame Aufgabe die Teilhabsicherung zugewiesen. Sie sind also nicht mehr nur auf ein Defizit bezogen, das in den verschiedenen Zweigen der sozialen Sicherung jeweils unterschiedlich gefasst ist, sondern auf das übergreifende Ziel der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben im allgemeinen, am Erwerbs- und Berufsleben im besonderen. Die umfassende und ungehinderte Teilhabe ist eine Leitidee, die das Handeln in den verschiedenen Versorgungssektoren orientiert und über professionspezifische Zieldefinitionen hinausführt. So hat der Ersatz eines Gelenks mit anschließender Rehabilitation nicht primär das Ziel, dass die behandelte Person ihr Bein wieder bis zu einem bestimmten Winkel beugen kann, sondern primär das Ziel, dass sie ihr Leben an ihrem selbstgewählten Wohnort möglichst selbständig weiterleben und ihre Berufstätigkeit erfolgreich fortsetzen kann. Ähnlich sind die fachlichen Standards der Langzeitpflege einzuordnen in das übergreifende Ziel größtmöglicher Selbständigkeit im Alter. Und ebenso sind die Leistungen der Eingliederungshilfe darauf auszurichten, dass der erheblich behinderte Mensch sozial und beruflich umfassend teilhaben kann.

#### **Beteiligung von Selbsthilfeorganisationen und Zivilgesellschaft:**

Die Beteiligung von Patientenvertretungsorganisationen führt dazu, dass Fragen der Gestaltung des Gesundheits- und Sozialsystems als Politikum begriffen werden, das heißt als im demokratischen System öffentlich zu verhandelnde und durchaus strittige Sachverhalte. Es empfiehlt sich daher, zivilgesellschaftliche Akteure auf vielen Ebenen in die Gestaltung der Systeme einzubeziehen: von der Gesundheitsberichterstattung über die öffentliche Diskussion der sektorenübergreifenden Rahmenplanung bis zur Verankerung von Patientenbeauftragten in den Ländern und der Stärkung der Rolle der Patientenseite im Gemeinsamen Bundesausschuss und den entsprechenden Gremien auf Landes- und regionaler

Ebene. Damit dies gelingt, sind auch die politische Vertretung chronisch kranker und behinderter Menschen und ihre Selbstorganisation zu stützen.

Unterstützung sowohl durch die Sozialversicherungszweige als auch durch Bund, Länder und Kommunen verdient auch die Selbsthilfe, deren Wissen und praktische Arbeit unabdingbar ist, wenn verwirklicht werden soll, dass alle Menschen, auch bei Krankheit und funktionalen Beeinträchtigungen, möglichst selbstbestimmt leben können.

Sozialraumorientierung als Korrektiv: Bei der Entwicklung des Sozialstaats stand in zurückliegenden Jahrzehnten der individuelle Leistungsanspruch der Leistungsberechtigten im Vordergrund, der Ort oder Raum der Leistungserbringung fand weniger Beachtung. Allerdings hat sich in mehreren Feldern des Gesundheits- und Sozialwesens gezeigt, dass es für die Bürgerinnen und Bürger wichtig ist, wo sie die notwendigen Leistungen in Anspruch nehmen: In der medizinischen Versorgung ist die gute und rasche Erreichbarkeit der Arztpraxen und Krankenhäuser ein zentraler Gesichtspunkt. Pflegebedürftige Menschen legen großen Wert darauf, in ihrem gewohnten Umfeld weiter leben zu können. Auch chronisch psychisch kranke Menschen und Menschen mit schweren mehrfachen Behinderungen wollen in der Regel in ihrem Umfeld bleiben und erleben Umzüge in Institutionen als Belastung. Vor diesem Hintergrund ist vielerorts ein Umdenken unter der Leitidee der Sozialraumorientierung zu beobachten: Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen sollen in ihrem vertrauten Umfeld Therapie, Pflege und Unterstützung für ein möglichst selbständiges Leben erhalten. Der Sozialraum, das Wohnquartier ist für sie von besonderer Bedeutung, weil sie aufgrund ihrer Einschränkungen oder ihres Alters häufig praktisch auf den Nahraum verwiesen sind – und Teilhabe nicht am Arbeitsplatz oder an anderen gesellschaftlichen Orten verwirklichen können.

#### **Sektorenübergreifende Zusammenarbeit in der Region:**

Wenn die verschiedenen Leistungserbringer gemeinsam Verantwortung für ihre Region beziehungsweise ihr Quartier übernehmen, steigt die Zugänglichkeit und Qualität der Versorgung. Dies zeigt das Engagement einer Vielzahl von Verbänden, Runden Tischen, Ärztenetzwerken, Planungskonferenzen und so weiter. Gegenwärtig ist es noch Pionierarbeit und nicht die Regel, wenn die Akteure den eigenen betrieblichen Horizont überschreiten und sich mit Akteuren zusammensetzen, die in anderen Leistungs- und Vergütungsstrukturen arbeiten. Der Ausgangspunkt des Engagements sind in der Regel die ungedeckten Bedarfe oder die suboptimale



Versorgung der eigenen Patientinnen, Klienten oder Bewohnerinnen. In einem weiteren Schritt wird die Aufgabe gesehen, dass alle schwer beeinträchtigten Menschen in der Versorgungsregion bedarfsgerechte Leistungen erhalten. Beispiele für eine solche Zusammenarbeit gibt es zum Beispiel in der Versorgung schwer kranker Kinder, chronisch psychisch kranker Menschen, hochaltriger pflegebedürftiger Menschen oder Menschen mit mehrfacher Behinderung. Die Netzwerkpartner nehmen gemeinsam eine Versorgungsverantwortung wahr, die ohne diese Zusammenarbeit nicht wahrgenommen würde. Aus der Sicht der Diakonie Deutschland sollte diese Form der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit systematisch gefördert werden. Die Rahmenbedingungen für Akteure im Gesundheits- und Sozialwesen sollten die patientenbezogene fachliche Zusammenarbeit begünstigen und die fallbezogene wie auch fallübergreifende Zusammenarbeit (Case Management, Care Management) refinanzieren. Über die Zusammenarbeit der verschiedenen Leistungserbringer hinaus hält die Diakonie Deutschland im Sinne der Prävention und Teilhabesicherung auch offene Begegnungsstrukturen und professionelle Quartiersarbeit für erforderlich.

Die Förderung kooperativer Arbeit über Träger- und Sektorengrenzen hinaus steht im Widerspruch zu rein wettbewerblichen Steuerungsmodellen, die im zurückliegenden Jahrzehnt propagiert und erprobt wurden. Aus der Sicht der Diakonie Deutschland haben diese Steuerungsmodelle, die wirtschaftliche Anreize für die unterschiedlichen Akteure setzen, nicht zu einer höheren Versorgungskontinuität und -qualität für Menschen mit schwereren Beeinträchtigungen geführt. Auf diesem Weg ist zum Beispiel weder eine integrierte medizinische Versorgung noch eine bessere spezialisierte palliative Versorgung von Menschen erreicht worden.

Vor diesem Hintergrund setzt sich die Diakonie Deutschland dafür ein, dass die Signale und Anreize auf eine fachlich orientierte Zusammenarbeit der Leistungserbringer im Gesundheits- und Sozialwesen umgestellt werden. Dazu gehört auch, dass die frei-gemeinnützige Arbeit im Gesundheits- und Sozialwesen als wesentliches Element des Sozialstaats in Deutschland anerkannt und gefördert wird. Frei-gemeinnützige Träger, die ihre Erlöse zweckgebunden einsetzen müssen, sind besser geeignet, die fach- und aufgabenbezogene Zusammenarbeit mitzutragen als privatwirtschaftliche Unternehmen, die primär auf Erzielung einer Rendite ausgerichtet sind.

#### **Infrastruktur in peripheren ländlichen Räumen:**

Mit dem demografischen Wandel sind neue Probleme der Versorgung in peripheren ländlichen Räumen verbunden.

Die Sicherung und gegebenenfalls auch Umgestaltung der gesundheitlichen und sozialen Infrastruktur in diesen Räumen ist eine Schlüsselaufgabe, bei der die Kommunen mit den Leistungserbringern in der Region sowie den Leistungsträgern, aber auch mit der Zivilgesellschaft zusammenarbeiten müssen.

Sinnvolle Bausteine sind abgestimmte Versorgungspfade, Gesundheitszentren in Verbindung mit Krankenhäusern der Grundversorgung, rehabilitative und gebündelte pflegerische Angebote (häusliche Pflege, Tages- und Kurzzeitpflege, Wohnangebote und Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung), ein Neuzuschnitt von ärztlichen und nichtärztlichen Verantwortlichkeiten sowie eine gut durchdachte Abstimmung zwischen professionellem und ehrenamtlich-nachbarschaftlichem Engagement. Lange Anfahrtswege und kleinere Einheiten zum Beispiel bei Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen müssen entsprechend vergütet werden. Die flexible Suche nach besonderen lokalen beziehungsweise regionalen Lösungsansätzen darf nicht dazu führen, dass in peripheren ländlichen Räumen ein niedrigeres Versorgungsniveau akzeptiert wird.

#### **Qualitätspolitik und -praxis:**

Die Entwicklung und Sicherung der Qualität der Versorgung ist ein Anliegen, dem die Diakonie Deutschland verpflichtet ist. Jenseits konkreter Maßnahmen, die für die verschiedenen Handlungsfelder unterschiedlich zu gestalten sind, geht es der Diakonie Deutschland um die Entwicklung einer von den Diensten und Einrichtungen wie den Leistungsträgern gestützten Qualitätskultur. Sie soll Lernen ermöglichen und Fachlichkeit als Grundlage von Qualität wertschätzen. Nach Auffassung der Diakonie Deutschland kann Qualität nur von innen heraus entstehen. Sie muss in den Einrichtungen und Diensten gelebt werden. Gemeinsam mit den Nutzern müssen die Qualitätsvorstellungen zu den Kernprozessen entwickelt werden. Bei der Ausgestaltung der Qualitätssicherung gilt es, zukünftig den Prozess des internen Qualitätsmanagements zu stärken und sinnvoll mit einer externen Qualitätssicherung und Überprüfung zu verzahnen. Nur so lässt sich eine Qualitätskultur in den Einrichtungen und Diensten verankern, die nachhaltig Qualitätsentwicklung und qualitätsgestützte Selbststeuerung fördert. Dabei sollten auch Fragen eines effizienten und effektiven Mitteleinsatzes von externen Prüfressourcen kein Tabu darstellen und über Möglichkeiten der Steuerung von externen Prüfungen nachgedacht werden, damit die knappen Ressourcen (Geld, Fachkräfte, Zeit) nicht für die externe Qualitätskontrolle, sondern verstärkt für die interne Qualitätsentwicklung verwendet werden können. Hierzu gehört auch eine verlässliche Abgrenzung der Prüf-

kompetenzen der Prüfinstitutionen, um Mehrfachprüfungen zu vermeiden und eine Überprüfung der Prüfrhythmen. Die Qualität der Pflege und deren nachvollziehbare Darstellung für den Verbraucher wird eine immer wichtigere Komponente der Dienstleistungserbringung werden. Zielrichtung muss dabei die Vermittlung von Ergebnis- und Lebensqualität sein – als Qualitätsdimension, die angibt, was beim pflegebedürftigen Menschen tatsächlich ankommt. Gleichzeitig erhalten Träger und Einrichtungen über die Ergebnisqualität eine gute Steuerungsmöglichkeit, die nachhaltig interne Lern- und Verbesserungsprozesse unterstützt. In politischer Hinsicht kommt es darauf an, das Qualitätsthema nicht zu überladen: Systemische Fehlsteuerungen, Unterfinanzierungen oder Personalmangel lassen sich durch Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung nicht beheben.

#### **Gute Arbeitsbedingungen und Löhne im Gesundheits- und Sozialwesen:**

Gute Arbeitsbedingungen, faire Löhne, Familienfreundlichkeit und Qualifizierungs- und Entwicklungsmöglichkeiten sind wichtige Faktoren, damit das Gesundheits- und Sozialwesen für die Beschäftigten attraktiv ist. Bei der Anwerbung von Arbeitskräften aus dem Ausland müssen die Interessen der Herkunftsländer (an der Aufrechterhaltung ihres Gesundheitssystems) wie auch der angeworbenen Menschen berücksichtigt werden. Wichtig sind eine faire Vermittlung und die berufliche und soziale Integration der Angeworbenen. In vielen Feldern verdient die Gewinnung von Auszubildenden Vorrang vor der Gewinnung von ausgebildetem Fachpersonal. Durch die Digitalisierung und Technisierung verändert sich die Arbeit im Gesundheits- und Sozialwesen. Die Veränderung sollte so gestaltet werden, dass mehr qualifizierte Zeit für die Arbeit mit den Menschen bleibt. Die Veränderungen der Arbeitsprozesse und -strukturen werden besser gelingen, wenn die Mitarbeitenden diese mitgestalten können.

Die Dienste und Einrichtungen müssen so vergütet werden, dass sie ausreichend Personal beschäftigen und ihre Mitarbeitenden tariflich entlohnen können. Grundsätzlich muss in allen Sozialgesetzbüchern die Zahlung von tariflichen Löhnen bei der Vereinbarung der Vergütung als wirtschaftlich anerkannt werden. Die Vergütungen müssen so gestaltet werden, dass ausreichend Personal mit der jeweils erforderlichen Qualifikation bezahlt werden kann. Hier gehen die Vergütungssysteme in den verschiedenen Leistungsbereichen unterschiedliche Wege. In einigen Leistungsbereichen, zum Beispiel in der stationären Langzeitpflege wird eine objektivierte Personalbemessung angestrebt. Der Personalbedarf im Pflegeheim, insbesondere auch der Bedarf an qualifizierten Fachkräften soll durch wissenschaftliche Analy-

sen beschrieben und standardisiert werden – mit dem Ziel, dass die Heime entsprechend diesen Standards Personal beschäftigen. Auch in den psychiatrischen Kliniken geht man von einer normativen Personalausstattung aus. In der Eingliederungshilfe müssen mit dem Bundesteilhabegesetz neue Personalrichtwerte vereinbart werden – auch hier ist eine wesentliche Frage der Einsatz von Fachpersonal. In den Krankenhäusern ist mit der Pauschalvergütung ein anderer Weg beschritten: Die Pauschalen spiegeln den Personaleinsatz nur indirekt wieder. Aus der Sicht der Diakonie Deutschland setzen direkte Vorschriften – wie viel Personal mit welcher Qualifikation an welcher Stelle zu beschäftigen ist – voraus, dass der Träger so vergütet wird, dass er das erforderliche Personal tariflich entlohnen kann. Dabei muss die unterschiedliche regionale Verfügbarkeit von Fachpersonal pragmatisch berücksichtigt werden. Wichtiger als direkte Vorschriften sind gemeinsame Klärungsprozesse der Leistungsträger und -erbringer über die erforderliche Qualifikation und Nettoarbeitszeit des Personals. Dabei sind unabhängige wissenschaftliche Untersuchungen eine wichtige Hilfe auch angesichts der Veränderungen der Arbeit durch die Technik und Qualifikation des Personals.

#### **Politische Gesamtverantwortung und dezentrale Steuerung:**

Durch das gegliederte System der sozialen Sicherung und die Ausgestaltung der Leistungen im sozialrechtlichen Dreiecksverhältnis wird ein großer Teil der Gestaltungsaufgaben im Gesundheits- und Sozialwesen im Sinne der Subsidiarität an Akteure in den entsprechenden Handlungsfeldern delegiert. Diese Form der dezentralen Steuerung trägt wesentlich zur Ausdifferenzierung der sozialstaatlichen Leistungen und zu ihrer Verfügbarkeit im Bedarfsfall bei. Die Diakonie Deutschland wirkt zusammen mit den anderen Spitzenverbänden der Freien Wohlfahrtspflege an diesen Ausgestaltungsprozessen mit. Einerseits bringt sie in Rahmenvereinbarungen zwischen Leistungsträgern und -erbringern die Belange ihrer Mitgliedseinrichtungen ein, andererseits analysiert sie die Lebenslagen benachteiligter, kranker, pflegebedürftiger, sterbender und behinderter Menschen und benennt Versorgungsbedarfe und -lücken gegenüber Parlament und Regierung.

In diesem Zusammenhang unterstreicht sie die politische Gesamtverantwortung für die Gestaltung des Gesundheits- und Sozialwesens, und zwar auch dort, wo der Bund nur Kompetenzen für die Sozialversicherungen hat, nicht aber direkt für die Bewältigung der entsprechenden Versorgungsaufgaben. Zur Bewältigung solcher Aufgaben bedarf es oft keiner neuen gesetzlichen Regelungen auf Bundesebene,

sondern der Auslegung geltenden Rechts und der Moderation der zur Umsetzung verpflichteten Leistungsträger und -erbringer, wie sie sich im Zusammenhang mit den aktuellen Pflegereformen bewährt hat. Gerade bei ressortübergreifenden Themen, wie etwa der Entwicklung sektorenübergreifender Versorgung oder dem Ausbau des psychiatrischen Hilfesystems, wäre aber auch ein stärkerer politischer Gestaltungswille – auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene – wünschenswert. Auf Bundesebene sind dazu auf der Grundlage epidemiologischer Daten Standards für die Versorgungsplanung in den Ländern und Regionen zu erarbeiten, während die Letztverantwortung für die Versorgung bei den Ländern liegt.

### **Sozialversicherungen als Körperschaften des öffentlichen Rechts weiterentwickeln**

Die gesetzliche Sozialversicherung ist eine große zivilisatorische Errungenschaft, deren Grundprinzipien nicht in Frage gestellt werden sollten. Dies gilt insbesondere für den Körperschaftsstatus und das Solidarprinzip. Demnach finanziert sich die Gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung aus einkommensabhängigen Beiträgen, während die Leistungen nach dem Bedarf gewährt werden. Nach Auffassung der Diakonie Deutschland sollte die Gesetzliche Krankenversicherung der gesamten Bevölkerung offenstehen.

Aus der Sicht der Diakonie Deutschland ist die Grundstruktur der Sozialversicherung, insbesondere ihre Steuerung durch Arbeitgeber und Gewerkschaften, sachgerecht. Das Sozialversicherungsprinzip darf aber nicht dazu führen, dass Menschen in Deutschland elementare soziale Rechte vorenthalten werden, weil sie nicht versichert sind beziehungsweise sich nicht versichern können oder weil sie trotz bestehender Leistungsansprüche de facto keinen Zugang zur Versorgung haben. Das Grundgesetz mit seinem Bekenntnis zu unveräußerlichen Menschenrechten verpflichtet Staat und Gesellschaft, einen ungehinderten Zugang zu einer bedarfsgerechten Versorgung für die gesamte Bevölkerung sicherzustellen, einschließlich sozialer Gruppen in besonders prekären Lebenslagen. Die Diakonie Deutschland sieht den Sozialstaat unter anderem in der Verantwortung, das Recht auf Gesundheit für alle in Deutschland lebenden Menschen zu verwirklichen. Diese besonderen Versorgungsaufgaben können mithilfe der Sozialversicherungen durchgeführt werden. Für diese Aufgaben im allgemeinen Interesse sollen die Sozialversicherungen Steuermittel erhalten. Auch aus anderen Gründen kann es geboten sein, dass Steuermittel in die Sozialversicherungen fließen.

Bei der Pflegeversicherung konnte das primäre Ziel, pflegebedürftige Menschen vor finanzieller Überlastung und damit

der Sozialhilfeabhängigkeit zu schützen, aufgrund fehlender Dynamisierungen der Leistungshöhen seit längerer Zeit nicht mehr erreicht werden. Das Teilleistungssystem der Pflegeversicherung ist deshalb und auch angesichts der demografischen Entwicklung und des sozialen Wandels weiterzuentwickeln, um die Zukunftsfähigkeit der Pflegeversicherung zu erhalten. Daneben muss das Bedarfsdeckungsprinzip in der Hilfe zur Pflege wieder eingeführt werden, damit den Personen, die subsidiär Hilfe zur Pflege erhalten, auch eine bedarfsdeckende Versorgung bei Pflegebedürftigkeit gewährt werden kann.

### **Zur Funktion der Kommunen in der gesundheitlichen und sozialen Infrastruktur**

Kommunen haben als Trägerinnen der allgemeinen Daseinsvorsorge, der Sozial- und Eingliederungshilfe sowie teilweise auch der Grundsicherung eine zentrale Funktion für die gesundheitliche und soziale Infrastruktur. In den letzten Jahren überwog die Tendenz, Aufgaben von den Kommunen auf andere Träger der sozialen Sicherung zu übertragen, um sie finanziell zu entlasten. Inzwischen wird ihnen aber – zum Beispiel in der pflegerischen Versorgung – zunehmend eine koordinierende Rolle zugeordnet, die manche Kommunen bereits freiwillig wahrnehmen. Aus der Sicht der Diakonie Deutschland ist für die oben beschriebene regionale Gestaltung der Versorgung ein verbindliches kommunales Engagement sehr sinnvoll, vor allem dann, wenn es in Partnerschaft mit freien Trägern und zivilgesellschaftlichen Akteuren wahrgenommen wird. Dabei sollte die Gestaltung der Infrastruktur – zum Beispiel bei den Wohnangeboten für ältere Menschen – im Mittelpunkt stehen, weniger die so genannte Steuerung im Einzelfall. Unverzichtbar ist verbindliches kommunales Engagement in der Daseinsvorsorge, zum Beispiel durch die Finanzierung von Beratungsstellen für suchtkranke Menschen.

### **Das sozialrechtliche Dreiecksverhältnis**

Ein wesentliches Element des Sozialstaats in Deutschland ist die Regel, dass die Träger der sozialen Sicherung die Leistungen, die sie finanzieren, nicht selbst erbringen. Dies ist vielmehr Aufgabe einer Vielzahl von zugelassenen Trägern unterschiedlicher weltanschaulicher und kultureller Prägung. Entsprechend dem sozialrechtlichen Dreiecksverhältnis werden die Leistungen der sozialen Sicherung von den Leistungsträgern und den Leistungserbringern unter Beteiligung der Leistungsberechtigten ausgestaltet. Die Leistungsberechtigten können unter den Leistungserbringern wählen (freie Arztwahl, Wunsch- und Wahlrecht). Die Ausgestaltung der Leistungen erfolgt in der Regel in Form von Rahmenvereinbarungen auf Bundes- beziehungsweise auf Landesebene. In den Rahmenvereinbarungen wird festgelegt, wie Leistungen

zu erbringen sind, welche personelle und sächliche Ausstattung erforderlich ist, wie sie zu vergüten, ihre Qualität zu sichern ist und so weiter. Wer die Anforderungen erfüllt, kann als Leistungserbringer tätig werden. Nach Auffassung der Diakonie Deutschland hat sich das sozialrechtliche Dreiecksverhältnis in Bezug auf das Wunsch- und Wahlrecht der

betroffenen Menschen, die Vielfalt des Leistungsspektrums und ihrer konzeptionellen Ausrichtung sowie im Hinblick auf die staatliche Verpflichtung zur Daseinsvorsorge bewährt. Es sollte daher bei der Gestaltung neuer leistungsrechtlicher Rahmenbedingungen stets den Vorzug erhalten. Dies ist auch auf europäischer Ebene sicherzustellen.

## 3. Fachliche Einzelthemen und konkrete politische Forderungen

### 3.1 Weiterentwicklung des Gesundheitssystems

Für das Gesundheitswesen ist aus Sicht der Diakonie Deutschland die Leitidee einer nahtlosen sektorenübergreifenden Versorgung vorrangig, die flächendeckend und niedrigschwellig für alle in Deutschland lebenden Menschen zugänglich ist und kompetent personenzentrierte und diversitätssensible Hilfe anbietet. Die Finanzierung von Investitionen wie auch von Leistungen muss diesem Ziel folgen und es möglichst wenig behindern. Um es zu erreichen, ist politischer Gestaltungswille erforderlich, die strukturelle Basis des Gesundheitswesens kooperationsfreundlicher zu gestalten:

#### Die GKV weiterentwickeln und ausbauen

Die Gesetzliche Krankenversicherung ist ein Kernelement des Sozialstaats in Deutschland, das sich als trag- und entwicklungsfähig erwiesen hat und eine hohe Akzeptanz in der Bevölkerung besitzt. Aus der Sicht der Diakonie Deutschland ist sie zu stärken und weiterzuentwickeln. Das Nebeneinander von Gesetzlicher Krankenversicherung und Privater Krankenvollversicherung wirft zahlreiche strukturelle Probleme auf und ist nicht länger sinnvoll.

Krankenkassen sollten Körperschaften des öffentlichen Rechts bleiben, die den durch den Gesetzgeber festgelegten gesundheitspolitischen Zielsetzungen direkt verpflichtet sind. Eine Konvergenz der Gesetzlichen Krankenkassen und den privatrechtlichen Krankenvollversicherungsverträgen von Versicherungsunternehmen lehnt die Diakonie Deutschland ab. Sie sieht die Gefahr, dass die Krankenkassen sich in Unternehmen verwandeln und ihr Handeln nicht mehr primär als Erfüllung eines gesetzlichen Auftrags ansehen würden. Die Gesetzliche Krankenversicherung soll künftig der gesamten Bevölkerung offenstehen. Beamte sollen von ihren Dienstgebern auf Wunsch den Arbeitgeberanteil der Beiträge für die Kranken- und Pflegeversicherung erhalten. Bislang privat Versicherte sollen unter Mitnahme ihrer Altersrückstellungen in die Gesetzliche Krankenversicherung wechseln können.

Der Leistungsumfang der GKV, die Form seiner Festlegung und das Sachleistungsprinzip müssen erhalten bleiben. Die beitragsfreie Mitversicherung von Partnerinnen und Partnern ohne eigenes Einkommen sowie von Kindern ist beizubehalten. Die paritätische Finanzierung zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern ist wieder herzustellen, die paritätische Leitung der Krankenkassen ist beizubehalten. Zusatzbeiträge, die nur die Versicherten zu tragen haben, lehnt die Diakonie Deutschland ab. Vielmehr sollen auch künftig Kostensteigerungen von Arbeitnehmern und Arbeitgebern paritätisch getragen werden.

Die Krankenkassenbeiträge sollen weiterhin einkommensbezogen in Form einer solidarischen Finanzierung erhoben werden. Dem Einbezug anderer Einkommensarten und der Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze auf Rentenversicherungsniveau steht die Diakonie Deutschland offen gegenüber. Wahltarife, Selbstbehalte und Zusatzleistungen passen nicht zu einer Körperschaft des öffentlichen Rechts. Zuzahlungen und weitere Kostenbeteiligungen im Krankheitsfall haben keine sinnvollen Steuerungseffekte, sondern führen dazu, dass Menschen mit niedrigem Einkommen auf notwendige Leistungen aus finanziellen Gründen verzichten. Bei der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung ist deshalb auf Kostenbeteiligungsregelungen zu verzichten. Aus dem gleichen Grund ist auch ein weiterer Ausbau des Kostenerstattungsprinzips abzulehnen.

Ein Teil der Ausgaben der GKV soll weiter durch Steuerzuschüsse für klar definierte Aufgaben von allgemeinem Interesse getragen werden. Insbesondere Investitionskosten in Versorgungsstrukturen und Prävention sind als gesamtgesellschaftliche Aufgaben zukünftig noch verbindlicher über Steuern zu finanzieren.

#### Übergreifende Planung und Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung ermöglichen

Die Diakonie Deutschland setzt sich für eine Neujustierung des Verhältnisses zwischen Politik und Selbstverwaltung auf den Ebenen der Versorgungsplanung, der Sicherstellung der

Versorgung und der Rechtsaufsicht ein. Eine integrierte Planung der ambulanten und der stationären Versorgung ist als Rahmenplanung auf Länder- beziehungsweise Landkreis/ kommunaler Ebene zu gestalten. Sie wird durch kooperative Elemente gefüllt. Für die Etablierung sektorenübergreifender Strukturen muss das wettbewerbliche Element zurückstehen, denn die Politik, Leistungsträger und Leistungserbringer sind gehalten, die Versorgung bedarfsorientiert und populationsbezogen sicherzustellen. Die politisch verantwortete Steuerung ihrerseits wird begrenzt durch das Subsidiaritätsprinzip und das sozialrechtliche Dreiecksverhältnis. Die Aufgabe der Krankenkassen und der Leistungserbringer ist es, den politisch vorgegebenen Rahmen vertraglich auszufüllen. Die Übernahme der politischen Letztverantwortung durch die Länder bedingt, dass die Landesbehörden Durchgriffsrechte haben, falls die Vorgaben der Versorgungsplanung nicht erfüllt werden.

Die Diakonie Deutschland spricht sich in diesem Zusammenhang für eine funktionale Neuaufteilung der Rechtsaufsicht aus: Die Aufsicht über die Haushalte der Krankenkassen sollte dem Bundesversicherungsamt übertragen werden, die Aufsicht über die regionale Versorgung und die Vertragsgestaltung hingegen den Landesbehörden. Bundesamt und Landesbehörden haben sich eng abzustimmen.

Auch das Verhältnis von fachlicher Gestaltungskompetenz und Ökonomie ist neu zu justieren. Leitmotiv ist zukünftig weniger die Steuerung des Versorgungsgeschehens durch finanzielle Anreize. Stattdessen müssen die Finanzströme den fachlich und politisch gewollten Vorgaben folgen.

Im Hinblick auf den Ausbau sektorenübergreifender Strukturen bedeutet das, die Vergütung in der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung so zu gestalten, dass keine Anreize zur Bevorzugung von bestimmten Patientengruppen oder Versorgungssettings noch zur Steigerung der Fallzahlen bestehen. Ziel muss es sein, besser zu ermöglichen, dass diejenigen Versorgungsformen gezielt aufgebaut und entwickelt werden können, die fachlich sinnvoll erscheinen und die von den betroffenen Menschen gewünscht werden, und nicht diejenigen, die finanziell für einzelne Träger am attraktivsten sind. Das heißt zum Beispiel, dass auch die Versorgung von Menschen mit komplexen und aufwändigen Erkrankungen ohne wirtschaftlich negative Folgen für Leistungsträger und Leistungserbringer möglich ist.

Die Ausweitung der Einzelverträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern wird abgelehnt. Der Einzelvertrag widerspricht dem Prinzip der sozialräumlichen Strukturver-

antwortung. Tendenziell benachteiligt werden dadurch Menschen in sozial benachteiligten Quartieren, ärmeren und strukturschwachen Regionen sowie Menschen mit besonders schweren Erkrankungen.

Für die Arbeit der Krankenhäuser, der Einrichtungen und Dienste der medizinischen Rehabilitation gilt, dass diese ökonomische Rahmenbedingungen brauchen, die ihnen ermöglichen, ihren Versorgungsauftrag zu erfüllen. Krankenhäuser und Reha-Dienste sind Einrichtungen der sozialstaatlichen Daseinsvorsorge und haben einen sozialen Auftrag zu erfüllen, deshalb sind sie in die integrierte Rahmenplanung einzubetten und nicht ausschließlich auf erwerbswirtschaftliche Ziele auszurichten. Frei-gemeinnützigen und öffentlichen Einrichtungen sollte in diesem immer mehr privatwirtschaftlich geprägten Sektor eine besondere Bedeutung zukommen. Die Länder tragen auch die Verantwortung für eine bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, das Subsidiaritätsprinzip und die Wahrung der Trägervielfalt sind dabei zu berücksichtigen. Die Diakonie Deutschland schlägt vor, die Grenzen und Möglichkeiten einer Nachjustierung gegenwärtiger DRG-Fehlsteuerungseffekte durch die Fallpauschalen kritisch zu beobachten und gegebenenfalls offen über Alternativen zu diskutieren (DRG: diagnosebezogene Fallgruppen, d. Red.).

### **Ungehinderten Zugang zum Gesundheitssystem gewähren**

Auch wenn die Zahl der Nichtversicherten seit dem Jahr 2007 rückläufig ist – trotz Einführung der Versicherungspflicht sind in Deutschland immer noch rund 80.000 Menschen ohne Krankenversicherung. Betroffen sind insbesondere Selbstständige mit sehr geringen Einkommen und Menschen mit hohen Schulden. Wohnungslose Menschen und Menschen ohne gültigen rechtlichen Aufenthaltsstatus oder auch EU-Bürgerinnen und Bürger ohne aktuell nachweisbaren Krankenversicherungsschutz werden in den Erhebungen nicht berücksichtigt. Gerade in diesen Gruppen ist jedoch ein sehr hoher Anteil an Nichtversicherten und an behandlungsbedürftigen Patientinnen und Patienten zu erwarten.

Die Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung als solidarische Versicherung sollen auch den Bevölkerungsgruppen zugänglich gemacht werden, die bislang von ihr ausgeschlossen sind. Die Diakonie Deutschland spricht sich dafür aus, dass alle in Deutschland lebenden Menschen unterschiedslos einen gesicherten Zugang zur medizinischen Versorgung auf dem Niveau des Leistungskatalogs der GKV haben, denn dieser definiert die medizinisch notwendigen Leistungen. Restriktionen in Form von Basis- beziehungsweise Notlagentarifen oder Leistungen nach dem Asylbewerber-

leistungsgesetz sind nicht bedarfsgerecht. Eine umfassende gesundheitliche Versorgung ist unabhängig vom Aufenthalts- und Versicherungsstatus sicherzustellen.

Schließlich betont die Diakonie Deutschland das Anliegen, kranken Menschen mit niedrigem Einkommen einen ungehinderten Zugang zum Gesundheitswesen zu ermöglichen. Deshalb tritt die Diakonie Deutschland für verbesserte Härtefallregelungen ein. Die geltende „Belastungsgrenze“ bezieht sich nur auf Zuzahlungen und berücksichtigt damit nur den kleineren Teil der Kostenbeteiligungen. Die Diakonie Deutschland schlägt vor, Menschen mit niedrigem Einkommen und schwerwiegender chronischer Erkrankung beziehungsweise Behinderung sowie wohnungslose Menschen gänzlich von Kostenbeteiligungen im Gesundheitswesen freizustellen.

### **Gesundheitliche Regelversorgung für Menschen mit Behinderungen sichern und ausbauen**

In Artikel 25 der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK) ist das Recht von Menschen mit Beeinträchtigungen auf eine barriere- und diskriminierungsfreie gesundheitliche Versorgung festgeschrieben. Die Vertragsstaaten haben sich verpflichtet, geeignete Maßnahmen zu treffen, damit Menschen mit Behinderungen Zugang zu allen Gesundheitsdiensten, einschließlich gesundheitlicher Rehabilitation haben.

Der Teilhabebericht 2017 der Bundesregierung stellt gravierende Mängel bei der Zugänglichkeit und Nutzbarkeit der Gesundheitsversorgung fest. Barrierefreie hausärztliche Praxen sind nicht die Regel, in ländlichen Gebieten sei in einem Radius von 20 Kilometern häufig keine oder nur eine barrierefreie Praxis erreichbar. Entsprechend seien Menschen mit Beeinträchtigungen in zahlreichen ländlichen Regionen hausärztlich nicht wohnortnah versorgt oder können wegen des geringen Angebots ihr Wunsch- und Wahlrecht nicht ausüben. Auch wenn keine repräsentativen Daten zur Barrierefreiheit der gesundheitlichen Versorgung vorliegen, weist die Diakonie Deutschland auf die Notwendigkeit hin, Informationen in Leichter Sprache und Gebärdensprache bereitzustellen. Im Krankenhaus und in der medizinischen Rehabilitation benötigen Menschen mit Behinderungen Assistenzleistungen, die das Krankenhaus in der Regel nicht bereitstellt. Wichtig ist insbesondere die Präsenz einer vertrauten Assistenzkraft, die auch denjenigen Menschen mit Behinderungen zur Verfügung steht, die ihre Assistenzleistungen in einer Einrichtung der Eingliederungshilfe erhalten.

Die im Gesetz vorgesehenen Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder

schweren Mehrfachbehinderungen bündeln spezialisierte medizinische, therapeutische und rehabilitative Leistungen, die ansonsten für viele Menschen mit mehrfacher Behinderung praktisch unzugänglich sind. Die Bundespolitik ist aufgefordert, die flächendeckende Umsetzung der entsprechenden Regelungen durch die Krankenkassen aufmerksam zu begleiten.

## **3.2 Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation**

Ein Baustein für eine teilhabeorientierte Neuausrichtung des Gesundheitssystems ist die medizinische Rehabilitation. Sie leistet einen Beitrag dazu, dass chronisch kranke, behinderte und pflegebedürftige Menschen am sozialen Leben teilhaben können.

Trotz zahlreicher Veränderungen im Detail ist die medizinische Rehabilitation ein Versorgungszweig, der weiterhin durch konzeptionelle und strukturelle Probleme und Probleme der Systemsteuerung gekennzeichnet ist.

### **Medizinische Rehabilitation erschließen**

Aus diakonischer Sicht besonders bedenklich ist, dass für einige Bevölkerungsgruppen die Hürden so hoch sind, dass sie kaum Rehabilitationschancen haben. Zu denken ist dabei an:

- pflegebedürftige Menschen, für die oftmals keine angemessenen, zum Beispiel mobilen Angebote vorhanden sind,
- chronisch psychisch kranke Menschen, die in die Lücke zwischen Akutversorgung und sozialer Eingliederung fallen,
- körperlich oder geistig mehrfach behinderte Menschen, deren gesundheitlicher beziehungsweise rehabilitativer Status nicht diagnostiziert ist oder die keinen Zugang zu den oftmals nicht inklusiven Einrichtungen finden.

Zu denken ist aber auch an Menschen mit Migrationshintergrund, die nur in verhältnismäßig geringer Zahl Leistungen der medizinischen Rehabilitation in Anspruch nehmen. Auch langzeitarbeitslose Menschen haben kaum Chancen, rehabilitative Leistungen zur Sicherung ihrer Beschäftigungsfähigkeit in Anspruch zu nehmen. Oft werden Anhaltspunkte für einen Rehabilitationsbedarf nicht wahrgenommen. Diesen und weiteren Gruppen rehabilitative Leistungen zu erschließen muss eine vornehmliche Aufgabe des Gesundheitssystems sein.

### **Medizinische Rehabilitation konzeptionell und strukturell weiterentwickeln**

Die medizinische Rehabilitation muss in ihren Leistungsangeboten flexibler werden, damit sie unterschiedlichen Lebenslagen und individuellen Fallgestaltungen besser gerecht wird. Das kann auch bedeuten, dass stationäre, ambulante und mobile Angebote über einen längeren Zeitraum verknüpft werden. Das Wunsch- und Wahlrecht sollte gestärkt werden, weil es die Mitwirkung des Rehabilitanden begünstigt und somit die Wirksamkeit der Rehabilitation erhöht.

Für die medizinische Rehabilitation für Kinder und Jugendliche wurden in der 18. Legislaturperiode verbesserte sozialrechtlichen Rahmenbedingungen geschaffen. Nun müssen konzeptionelle und strukturelle Veränderungen folgen, insbesondere in einer familienorientierten Gestaltung und sektorübergreifenden Vernetzung.

Die medizinische Rehabilitation für psychisch kranke Menschen bedarf eines deutlichen Entwicklungsschubs, etwa durch Etablierung eines Anschlussheilverfahrens und der Integration psychiatrisch-rehabilitativer Bausteine in die Gemeindepsychiatrischen Verbände.

Für die Versorgung alter und pflegebedürftiger Menschen (aber durchaus auch für andere Patientengruppen) ist der Aufbau mobiler Rehabilitationsdienste dringend geboten, denn der vorrangige Lebensort älterer Menschen ist ihre Wohnung.

Für die medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter ist entscheidend, dass – entgegen deutlicher Tendenzen eines von den Krankenkassen induzierten Wettbewerbs – genug Kliniken dieses einzige stationäre geschlechtsspezifische Gesundheitsangebot vorhalten können – und zwar zu Vergütungssätzen, die den hohen Qualitätsstandards gerecht werden.

Für die medizinische Rehabilitation von abhängigkeitskranken Menschen schließlich sind flexible und kombinierte Rehaformen vorzuhalten, auch kleinere Einrichtungen, die wenig standardisierbaren Bedarfen gut gerecht werden können.

Bei den diversen Rahmenkonzepten der Leistungsträger in der ambulanten medizinischen Rehabilitation von Abhängigkeitskranken ist die Expertise der Leistungserbringer miteinzubeziehen. So ist beispielsweise das Rahmenkonzept zur ambulanten Rehabilitation Suchtkranker (ARS) zu dringend zu überarbeiten, um die aktuellen rückläufigen Tendenzen zu stoppen.

### **Systemsteuerung reformieren**

Eine Reform der Systemsteuerung der medizinischen Rehabilitation ist in mehreren Hinsichten geboten: Die medizinische Rehabilitation ist in die politisch zu verantwortenden Rahmenvorgaben für die Gestaltung der Versorgung einzu beziehen. Zugleich ist die Selbstverwaltung neu zu gestalten. Dazu ist die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) als Selbstverwaltungsorgan unter Einbeziehung der Leistungserbringer, der Freien Wohlfahrtspflege und der Selbsthilfe auszugestalten. Auf Landesebene müssen die Rehabilitationsträger in Arbeitsgemeinschaften gemeinsam mit den Leistungserbringern die Versorgung sicherstellen. Schließlich ist das vertragliche Verhältnis zwischen Rehabilitationsträgern und Leistungserbringern neu zu fassen: Die im SGB IX vorgesehenen Rahmenvereinbarungen zwischen Rehabilitationsträgern und Rehabilitationsdiensten und -einrichtungen mit gleicher Aufgabenstellung sollten verpflichtend werden.

Bei Streitigkeiten ist im SGB IX eine Schiedsstellenregelung vorzusehen, in der alle Sachverhalte, die in Verträgen geregelt werden, Thema werden können. Die bisherigen Regelungen im SGB V sind in erweiterter Form ins SGB IX zu überführen.

Die Qualitätssicherung ist in Zukunft gemeinsam von Rentenversicherung, Krankenversicherung und Leistungserbringern gemeinsam zu verantworten. Die Diakonie Deutschland regt an, in Praxisprojekten zu eruiieren, wie die Qualitätssicherung auf der Grundlage der ICF weiterentwickelt werden kann.

### **Leistungsrecht ausgestalten**

Leistungsrechtlich ist die Hürde der „Nachrangigkeit“ medizinisch-rehabilitativer Leistungen (im SGB V) abzuschaffen, um rehabilitative Bedarfe frühzeitig zu erkennen und Leistungen einzuleiten. Ohne die Rechte der Rehabilitationsträger zu berühren, sollte die (umfassende) Bedarfserhebung durch ambulante stationäre Dienste möglich sein; dies hat sich in der Frühförderung bewährt. Bei geplanten Ablehnungen von Reha-Anträgen ist den verordnenden Stellen und den Antragstellern die Möglichkeit der Stellungnahme zu geben. Statt negativer Bescheidung nach Aktenlage sollte in Zweifelsfällen eine direkte sozialmedizinische Untersuchung stattfinden.

Bei komplexen Problemlagen ist eine Fallbegleitung zu ermöglichen. Mobilitätshilfen sind teilhabesichernde Leistungen, auf die die Menschen mit diesbezüglichen funktionalen Einschränkungen einen Rechtsanspruch haben sollten.



### **3.3 Prävention lebenslagenorientiert gestalten**

Prävention und Gesundheitsförderung sind bisher sehr auf den individuellen Lebensstil ausgerichtet. Die sozialen Bedingungen für Gesundheit, die der beziehungsweise die Einzelne nicht beeinflussen kann, werden zu wenig in den Blick genommen. Deshalb tritt die Diakonie Deutschland dafür ein, die Prävention und Gesundheitsförderung an den Lebenslagen insbesondere der Menschen mit hohen sozialen und gesundheitlichen Risiken auszurichten. Lebenslagenorientierte Prävention verzichtet auf Lebensstilkontrolle und verändert stattdessen die Lebens- und Arbeitsbedingungen. Allerdings liegen die Faktoren, die Gesundheit und Krankheit beeinflussen, oft außerhalb des Gesundheitswesens. Als Beispiele mögen die Lärm- und Stickstoffbelastungen durch den Straßenverkehr dienen; ein anderes Beispiel sind prekäre Arbeitsbedingungen, die selbst bei Einhaltung der Arbeitsschutzbestimmungen gesundheitsriskant sind. Deshalb ist die Präventionspolitik und -praxis in eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik einzubinden, die mehr Gleichheit, soziale Sicherheit, Teilhabe und Mitsprache schafft. Werden übergreifende soziale Bedingungsfaktoren nicht verändert, drohen auch gut angelegte präventive Aktivitäten wirkungslos zu bleiben. Gesundheitsförderung mit Kindern muss deshalb von einer Politik, die Kinderarmut verringert, begleitet werden und betriebliche Prävention von der Schaffung nicht prekärer Arbeitsverhältnisse.

Eine auf Lebenslagen bezogene Präventionspolitik kann auch einen Beitrag zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit leisten. Dazu muss sie darauf bedacht sein, die Menschen mit den größten gesundheitlichen Belastungen anzusprechen und sie zu beteiligen, weil nur durch Partizipation mehr Gesundheit und Teilhabe erreicht werden kann. In der Praxis ist gerade die lebenslagenbezogene Prävention oftmals projektförmig organisiert. Statt sie aber immer nur zeitlich zu befristen und nicht einem Innovationszwang zu unterwerfen, kommt es darauf an, gute Ansätze zu verstetigen. Dazu ist es notwendig, langfristig angelegte Programme für verschiedene Handlungsfelder zu entwickeln und in deren „Regelbetrieb“ einzubauen.

#### **Präventionsgesetz umsetzen und ergänzen**

Durch das Präventionsgesetz hat dieser Handlungsbereich eine neue sozialrechtliche und finanzielle Grundlage bekommen. Das Gesetz wird jedoch nur sehr zögerlich umgesetzt. Nach Auffassung der Diakonie Deutschland müssen auf der Landesebene für die verschiedenen Arbeitsfelder auf der Grundlage einer teilhabeorientierten Gesundheitsberichterstattung trägerübergreifende Präventionsprogramme ver-

einbart werden – und zwar unter Einschluss der Freien Wohlfahrtspflege, weiterer Leistungserbringer und Vertretern der Zivilgesellschaft. Diese beiden Aspekte sollten sozialrechtlich festgeschrieben werden.

Die präventionspolitische Verantwortung des Bundes und der Länder geht über ein (verbessertes) Präventionsgesetz hinaus. So ersetzen Präventionsmaßnahmen nach dem SGB V, die den Alkohol- und Nikotinkonsum reduzieren sollen, keine Politik, die durch Steuerung der Verfügbarkeit, durch Preisgestaltung sowie durch Werbeverbote den Konsum und den Missbrauch von Alkohol und Tabak einschränkt.

### **3.4 Weiterentwicklung der Psychiatrie und des Suchthilfesystems**

Angesichts der hohen Zahl der psychischen Erkrankungen, inklusive der Abhängigkeitserkrankungen, und des damit einhergehenden großen Leids bei den Betroffenen und den Menschen in ihrem Umfeld ist der Bedeutung dieser Erkrankungen von der Politik mehr als bisher und konsequenter Rechnung zu tragen.

#### **Die Grundversorgung absichern und ausbauen**

Die kommunalen Leistungen der Daseinsvorsorge beziehungsweise des öffentlichen Gesundheitsdienstes, wie Sozialpsychiatrische Dienste oder Suchtberatungsstellen müssen flächendeckend vorgehalten und personell wie finanziell ausreichend ausgestattet werden, um möglichst frühzeitig Hilfen anzubieten und langwierige Krankheitsverläufe zu vermeiden. Bund und Länder müssen dafür sorgen, dass diese kommunalen Leistungen in ganz Deutschland in guter Qualität und mit ausreichender und langfristiger Finanzierung bereitgestellt werden. Die kritische Haushaltslage einer Kommune darf nicht dazu führen, dass schwer kranken Menschen notwendige und wirksame Hilfen vorenthalten werden. Der Bund hat die Verantwortung, den Einsatz der Steuermittel so zu ordnen, dass für die Bürgerinnen und Bürger notwendige Leistungen zur Verfügung gestellt werden.

Aktuell fehlen in vielen Regionen niedrigschwellige, schnell erreichbare Erstversorgungsangebote, die bei Bedarf aufsuchend tätig werden sowie Krisendienste, die rund um die Uhr in Anspruch genommen werden können.

#### **Barrieren und Lücken in der (ambulanten) Versorgung abbauen**

Die ambulante gesundheitliche Versorgung und Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen enthält Barrieren und

Lücken, die unter anderem dazu führen, dass der Zeitraum zwischen Erstmanifestation bei psychischen Erkrankungen und Suchterkrankungen und der ersten Kontaktaufnahme zum Unterstützungssystem (zu) viele Jahre umfasst. Kritische politische Aufmerksamkeit verdienen unter anderem die Bedarfsplanung der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten, die Wartezeiten in der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung sowie die Richtlinien für häusliche Krankenpflege für psychiatrisch Kranke.

Für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen sind flächendeckend qualifizierte Entzugsbehandlungen und nahtlose Übergänge von Entzugsbehandlungen zu Entwöhnungen bereitzustellen. Eine qualifizierte psychosoziale Begleitung ist in der gesamten Substitutionsbehandlung bundesweit rechtlich zu normieren und flächendeckend vorzuhalten.

Die im PsychVVG (Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen) neu geschaffene Möglichkeit der stationsäquivalenten Behandlung stellt aus Sicht der Diakonie Deutschland einen begrüßenswerten Schritt hin zu einer besseren sektorenübergreifenden Behandlung dar. Diese Form der Behandlung im häuslichen Umfeld (Home Treatment) sollte so ausgestaltet werden, dass Menschen, die die Aufnahme in einem Krankenhaus unter allen Umständen vermeiden wollen, in ihrer Häuslichkeit aufgesucht und behandelt werden können. Solches Home Treatment könnte zum Beispiel in Zusammenarbeit einer Klinik mit einer Wohneinrichtung erfolgen, so dass bisher nicht erreichte und unterversorgte Personengruppen, zum Beispiel wohnungslose Menschen, behandelt werden können. Gleichzeitig ist die Zusammenarbeit zwischen Kliniken und Abteilungen, die stationsäquivalente Behandlungen anbieten, und den übrigen ambulanten Leistungsanbietern kooperativ auszugestalten.

### **Personenzentrierte Hilfen und Beziehungskontinuität im Hilfesystem**

Die Umsetzung personenzentrierter Hilfen ist eine langjährige Forderung in der Psychiatrie. Eine Schwierigkeit in der Bewältigung des Alltags von Menschen mit psychischer Erkrankung und bei der Ausgestaltung personenzentrierter Unterstützung liegt darin, dass die spezifischen Barrieren, die die Betroffenen erleben, weniger offensichtlich sind als beispielsweise das Fehlen von Texten in leichter Sprache oder von Gebärdendolmetschern. Hilfen für psychisch erkrankte Menschen sind oftmals Hilfen zur Beziehungsgestaltung und Kommunikation. Dabei haben Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen häufig mit sehr vielen unterschiedlichen professionellen Diensten zu tun, die jeweils ihre

Teilaufgabe im Blick haben. Für einen großen Teil der Betroffenen stellen die Vielzahl der Akteure und ihre Bezugssysteme eine Belastung dar. Eine koordinierende Bezugsperson, die die erforderlichen Übergänge mitgestaltet und begleitet, würde diese Belastung reduzieren und die Wirksamkeit der Hilfen erhöhen.

Bei der anstehenden Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes ist zu gewährleisten, dass die Zugänglichkeit zu Leistungen der sozialen und beruflichen Teilhabe durch Bestimmungen zum leistungsberechtigten Personenkreis nicht eingeschränkt wird. Zugleich sollen für Menschen mit seelischer Beeinträchtigung Leistungen nicht nur auf Antrag in Anspruch genommen werden können. Bei den Regelungen zu Pflege- und Teilhabeleistungen dürfen keine weiteren Versorgungslücken entstehen; vielmehr sind integrierte Konzepte zu fördern. Schon heute leben zahlreiche auch jüngere Menschen mit seelischer Behinderung in Pflegeheimen, obgleich sie einen Rechtsanspruch auf umfassendere Teilhabeleistungen haben.

In Bezug auf die Leistungen zur beruflichen Teilhabe hätte das BTHG noch konsequenter die personenzentrierte Unterstützung durchbuchstabieren können, so dass auch diese Leistungen an jedem Ort erbracht und flexibel auf die jeweilige individuelle Lebenssituation und Bedürfnisse abgestimmt werden können. Im Bereich Bildung und Arbeit besteht ein großer Handlungsbedarf, um die Teilhabe psychisch und suchtkrank Menschen nachhaltig zu verbessern.

### **Stigmata abbauen und selbstbestimmte Teilhabe im Wohnquartier fördern**

Trotz zahlreicher Anti-Stigma-Kampagnen lösen zum Beispiel Psychosen und Suchterkrankungen in der Gesellschaft nach wie vor erhebliche Vorbehalte und Vorurteile aus. Soziale Stigmatisierung – und die ihr zumeist folgende Selbststigmatisierung – sowie strukturelle Diskriminierungen haben gravierende Konsequenzen für den Verlauf psychischer Erkrankungen. Das Stigma führt unter anderem dazu, dass Hilfen spät oder gar nicht in Anspruch genommen werden, es führt zu schlechteren Behandlungsmöglichkeiten und vergrößert so die gesundheitlichen und sozialen Folgen der Erkrankung. Um der Stigmatisierung wirkungsvoll zu begegnen, sind unter anderem weitere Forschung, Sensibilisierung und Qualifizierung notwendig. Menschen mit psychischen Erkrankungen ziehen sich häufig zurück und verlieren die Kontakte und den Bezug zu ihrer Nachbarschaft. Zur Begleitung chronisch psychisch kranker Menschen gehört deshalb auch die Gestaltung der Beziehungen zur Nachbarschaft und dem sozialen Umfeld. Damit dies gelingt, ist soziale Arbeit erforderlich, die

in den Wohnquartieren und der Zivilgesellschaft ein tolerantes und offenes Klima fördert. Für diese so genannte fallun-spezifische fachliche Arbeit in den Sozialräumen werden Ressourcen benötigt, die als Leistungsansprüche in den verschiedenen Sozialgesetzbüchern zu verankern sind. Damit die Aktivitäten und Maßnahmen den vordringlichen Interessen der erkrankten Menschen dienen, ist die Selbsthilfe und Peer-Beratung der Betroffenen einzubeziehen und flächendeckend auszubauen.

#### **Armut und chronisch-psychische Erkrankung**

Dem 5. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung zufolge ist das Armutsrisiko behinderter und chronisch kranker Menschen in den letzten Jahren gestiegen, während es bei der übrigen Bevölkerung gleich geblieben ist. Verschiedene Studien weisen darauf hin, dass und wie materielle Armut mit einem höheren Risiko einhergeht, an einer psychischen Störung zu erkranken beziehungsweise eine Abhängigkeitserkrankung zu entwickeln. Und wer chronisch krank ist, trägt dann wiederum ein größeres Risiko, materiell und sozial zu verarmen. Psychiatrie-Erfahrene fordern zu Recht, neben Fragen der besseren Unterstützung und Behandlung von psychischen Störungen die rechtliche, soziale und materielle Situation psychisch und suchtkranker Menschen zum Thema zu machen. Aus der Sicht der Diakonie Deutschland werden in den Wechselwirkungen von Armut und Krankheit soziale Verwerfungen in unserer Gesellschaft deutlich, die kritische Aufmerksamkeit verlangen.

#### **Menschenrechte und Psychiatrie**

Angesichts der hohen Zahlen von Zwangsmaßnahmen gegenüber psychisch Kranken ist das psychiatrische Hilfesystem an den Dimensionen Freiwilligkeit, Selbstbestimmung und Partizipation zu orientieren und inhaltlich weiterzuentwickeln. Die Diakonie Deutschland begrüßt ausdrücklich die aktuell vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geförderten Projekte zur Erfassung, Reduktion und Vermeidung von Zwangsmaßnahmen. Von der Politik erwartet sie, dass die zusammengetragenen Ergebnisse dann auch handlungsrelevant werden und ein konkreter Maßnahmenkatalog verabschiedet wird, der in einer konzertierten Aktion aller beteiligten Akteure umgesetzt wird.

#### **Parlamentarische Befassung mit der Lage der Psychiatrie und Gesundheitsberichterstattung**

Die Diakonie Deutschland plädiert dafür, dass durch eine regelmäßige parlamentarische Befassung mit der Lage der Psychiatrie dieser mehr öffentliche Aufmerksamkeit zuteil wird. Dies kann zum Beispiel durch Berichterstattungen zu spezifischen Themen geschehen, wie beispielsweise dem

Umgang mit Zwang oder zu den Lebenslagen von jungen Volljährigen mit psychischen Erkrankungen und mit Suchterkrankungen. Darüber hinaus müssen in einer verpflichtenden Sozial- und Gesundheitsberichterstattung aussagekräftigere Daten über die Lebenslage psychisch kranker oder suchtkrank Menschen und die Leistungen der entsprechenden Hilfesysteme bereitgestellt werden.

### **3.5 Umfassende gesellschaftliche und berufliche Teilhabe der Menschen mit Behinderung**

Deutschland ist durch die Ratifizierung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK) in 2009 die Verpflichtung eingegangen, die Vorgaben der Konvention in nationales Recht umzusetzen. Der UN-Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen hat 2015 die Einhaltung der UN-Behindertenrechtskonvention in Deutschland geprüft. Um das Ziel der selbstbestimmten Teilhabe von Menschen mit Behinderungen zu verwirklichen, müssen Barrierefreiheit, Antidiskriminierung und dauerhafte, individuelle Nachteilsausgleiche wesentliche Elemente der Teilhabepolitik auf Bundes- und Länderebene sein.

Die Bundesregierung ist aufgefordert, die vom UN-Ausschuss benannten Umsetzungsdefizite vor allem in den Bereichen des Wohnens, der Bildung, Arbeit und Gesundheit zu beseitigen, so dass Menschen mit Behinderungen ihre selbstbestimmte, volle und wirksame Teilhabe frei von Benachteiligung beziehungsweise Diskriminierung verwirklichen können. Es geht nicht darum, Menschen mit Behinderungen in die bestehenden Strukturen für Menschen ohne Behinderungen zu integrieren, sondern die gesellschaftlichen Strukturen so zu verändern, dass sie der Vielfalt der menschlichen Lebenslagen gleichermaßen gerecht werden. Voraussetzung für Menschen mit Behinderungen, sich autonom und selbstbestimmt für eine unabhängige Lebensführung entscheiden zu können, sind zugängliche und verständliche Informationen über ihre Rechte und Rechtsansprüche im gegliederten System der Sozialgesetzgebung. Bundes- und Landespolitik sind aufgefordert, bestehende Praktiken und Gesetze systematisch zu überprüfen und diese, soweit sie gegen die UN-BRK verstoßen, zu verändern.

#### **Bildung**

Bildung ist eine zentrale Voraussetzung zur Teilhabe an der Gesellschaft. Inklusive Bildung ist nicht nur im Kindes- und Jugendalter zu verorten. Vielmehr müssen Menschen mit Behinderungen einen inklusiven Zugang zu allen Bereichen

des Bildungssystems erhalten. Die Bundesregierung ist aufgefordert, ein inklusives Bildungssystem nach Art. 24 UN-Behindertenrechtskonvention auf allen Ebenen (vorschulische Bildung, schulische Bildung, Hochschulbildung, Berufsausbildung, Erwachsenenbildung/Lebenslanges Lernen) zu verwirklichen und einen diskriminierungsfreien Zugang für alle Menschen mit Behinderungen zu schaffen. Dies betrifft insbesondere auch Menschen mit komplexen Unterstützungsbedarfen.

### **Barrierefreiheit**

Artikel 9 der UN BRK fordert von den Vertragsstaaten, Zugangshindernisse und Barrieren festzustellen und zu beseitigen. Dies gilt für Gebäude, Straßen, Schulen und anderes in den verschiedenen Bereichen der öffentlichen Infrastrukturen sowie für Informations- und Kommunikationsstrukturen und andere Dienste. Barrierefreiheit heißt nicht nur bauliche Stufenlosigkeit, sondern beispielsweise auch personelle Assistenzen, die Übersetzung von Informationen in öffentlichen Einrichtungen wie Behörden in Gebärdensprache oder Leichte Sprache, Schulungen von Beschäftigten in der Verwaltung, bewusstseinsbildende Maßnahmen, Zielvereinbarungen als auch gesetzliche Regelungen sowie Sanktionen bei Nichteinhaltung – zum Beispiel in den Behindertengleichstellungsgesetzen und Bauordnungen der Länder.

### **Barrierefreier Wohnraum**

Die Förderung der barrierefreien Gestaltung von Wohnungen, des Wohnungsumfeldes sowie des Sozialraumes ist für Menschen mit Behinderungen eine wesentliche Voraussetzung, um möglichst selbstbestimmt leben zu können. Menschen mit Behinderungen müssen in gleicher Weise Zugang zu öffentlich geförderten Wohnungsbauprogrammen beziehungsweise Landeswohnraumförderung erhalten. Die Fördermaßnahmen im investiven Bereich sind eine wesentliche Voraussetzung. Sie laufen jedoch ins Leere, wenn zum Beispiel höhere Mietkosten für barrierefreien beziehungsweise rollstuhlgerechten Wohnraum im Rahmen staatlicher Transferleistungen – wie zum Beispiel den existenzsichernden Leistungen, Kosten für Unterkunft und Heizung nach SGB XII/ SGB II oder dem Wohngeld nach Wohngeldgesetz – als unangemessen abgelehnt werden. Auch wenn im Zuge der Föderalismusreform die Länder für die konkrete Umsetzung der Wohnraumförderung (Allgemeine soziale Mietwohnraumförderung, Modernisierungsförderung im Mietwohnungsbestand, barrierefreie Anpassung, Eigentumsförderung, Inanspruchnahme des KfW- Programms) zuständig sind, bedarf es länderübergreifend einer regelmäßigen Evaluation zum Umsetzungsstand. Dies gilt in ähnlicher Weise für die vom Bund bezuschusste Umsetzung der Programme der

Städtebauförderung vor Ort, um zu einer Verbesserung der Barrierefreiheit des öffentlichen Raumes, des Wohnraumes und des Wohnumfeldes zu gelangen. Der im Januar 2017 vom Bundeskabinett verabschiedete „Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen 2016“ (Bundestagsdrucksache 18/10940) stellt einen Bedarf von 2,9 Millionen barrierefreien Wohnungen bis zum Jahr 2030 allein für die Personengruppe der über 65-Jährigen mit Bewegungseinschränkungen fest. Dem steht im Jahr 2013 ein Bestand von 700 000 barrierefreien Wohnungen gegenüber.

### **Mobilität**

Persönliche Mobilität zählt zu den wesentlichen Voraussetzungen einer selbstbestimmten und gleichberechtigten gesellschaftlichen Teilhabe von Menschen mit Behinderungen. Mobilitätschancen bestimmen entscheidend die persönliche, soziale und berufliche Entwicklung von Menschen mit Behinderungen. Für viele mobilitätseingeschränkte Menschen, die über kein eigenes Kraftfahrzeug verfügen, ist die Nutzung des Öffentlichen Personenverkehrs mit Eisenbahnen, Bussen und Straßenbahnen eine wichtige Grundlage, um am öffentlichen Leben teilnehmen zu können. Das Prinzip der Barrierefreiheit ist dabei ein Qualitätsgewinn für alle Bürger/innen. Die Herstellung der vollständigen Barrierefreiheit im ÖPNV muss daher ein wesentliches Kernziel aller Akteure auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene sein.

### **Die Teilhabe am Arbeitsleben**

Die Teilhabe am Arbeitsleben ist auch für Menschen mit Behinderungen eine wesentliche Dimension der gesellschaftlichen Teilhabe. Neben der Erzielung eines ausreichenden Einkommens sind die Ausübung von erworbenen Fertigkeiten, die Mitwirkung am gesamtgesellschaftlichen Arbeitsprozess, die strukturierende Wirkung, die Zusammenarbeit mit anderen Menschen und die sich daraus ergebenden sozialen Kontakte sowie Anerkennung und Wertschätzung wichtige Aspekte der Erwerbsarbeit.

Auch wenn in den letzten Jahren die politischen Bemühungen verstärkt wurden, mehr Menschen mit Behinderungen eine Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu ermöglichen, sind Menschen mit Behinderungen nach wie vor sehr viel häufiger von Arbeitslosigkeit betroffen. Deren Arbeitslosenquote ist seit 2011 zwar um 0,9 Prozentpunkte gesunken, lag jedoch im Jahr 2015 noch immer um mehr als 5 Prozentpunkte über der allgemeinen Arbeitslosenquote von 8,6 Prozent. Gleichzeitig sind die Zugangszahlen zu den Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) ungebrochen hoch. Ende 2014 waren dort 264.842 Menschen mit Behinderungen

im Arbeitsbereich beschäftigt. Und Menschen mit schwerer Behinderung und komplexem Unterstützungsbedarf wird auch nach der Reform der Eingliederungshilfe der Rechtsanspruch und Zugang zu Leistungen der Teilhabe am Arbeitsleben verwehrt.

Im Rahmen der Staatenberichtsprüfung (2015) zeigte sich der UN-Fachausschuss über die Rechte von Menschen mit Behinderungen besorgt über die Segregation auf dem Arbeitsmarkt und empfahl der Bundesrepublik Deutschland, durch entsprechende Vorschriften wirksam einen inklusiven Arbeitsmarkt zu schaffen.

Im Rahmen des Nationalen Aktionsplans zur Umsetzung der UN-BRK (NAP) sind in diesem Zusammenhang Maßnahmen und Förderprogramme aufgelegt worden, die die Integration von Menschen mit Behinderungen in den allgemeinen Arbeitsmarkt verbessern sollen. Weiterhin wurden im Rahmen des Bundesteilhabegesetzes gesetzliche Neuregelungen geschaffen, die zu einer Verbesserung der Teilhabe am Arbeitsleben von Menschen mit Behinderungen beitragen können. Aus Sicht der Diakonie Deutschland sind diese Neuregelungen im Sinne einer Erweiterung der Möglichkeiten und einer Stärkung des Wunsch- und Wahlrechtes zu begrüßen. Weiterer Handlungsbedarf besteht jedoch unter anderem in folgenden Bereichen:

- Verbesserung des Übergangs von der Schule in den Beruf, unter anderem durch Finanzierung eventuell erforderlicher Assistenzleistungen im Rahmen betrieblicher Praktika
- Verbesserung der beruflichen Bildung, insbesondere der betrieblichen Ausbildung
- Bereitstellung und Finanzierung individuell bedarfsgerechter, gegebenenfalls dauerhafter Assistenzleistungen
- Prüfung der Erhöhung der Ausgleichsabgabe
- weitere Erhöhung des Werkstattentgeltes
- Verbesserung der Information, Beratung und Begleitung von Menschen mit Behinderungen durch die Arbeitsagenturen
- Schaffung eines Rechtsanspruchs auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben unabhängig vom Unterstützungsbedarf. Die anachronistische Unterscheidung zwischen „werkstattfähigen“ und „nicht-werkstattfähigen“ Menschen führt zur Diskriminierung einer großen Zahl von Menschen

mit Behinderungen. Sie ist nicht mit der UN-BRK vereinbar und dringend aufzuheben.

### **3.6 Alter, Pflege sowie Hospiz- und Palliativversorgung**

#### **Demografische und regionale Entwicklung sowie ein sich ausdifferenzierender Pflegebedarf**

Die Gesellschaft des langen Lebens bringt eine Vielzahl von neuen Herausforderungen mit sich. Insgesamt nimmt die Zahl der pflegebedürftigen Menschen zu. Innerhalb dieser Gruppe ist eine starke Heterogenität festzustellen: Hochaltrige Menschen, Menschen mit Demenz, Menschen mit chronischen Erkrankungen und Mehrfacherkrankungen, jüngere und ältere Menschen mit Behinderung, Menschen mit Migrationshintergrund, alleinlebende Frauen/Männer mit Pflegebedarf, kinderlose Personen und Paare, jüngere pflegebedürftige Menschen haben einen jeweils unterschiedlichen Pflegebedarf. Hinzu kommen regionale Unterschiede, die sich durch die demografische Entwicklung und wirtschaftliche beziehungsweise sozialstrukturelle Entwicklung der Regionen verstärken werden.

Um den zukünftigen steigenden Pflege- und Betreuungsbedarf abdecken zu können, bedarf es neben dem Ausbau bestehender Dienstleistungen auch neuer innovativer Angebote, die den Bedürfnissen von älteren, hilfs- und pflegebedürftigen Menschen und deren Angehörigen entsprechen. Des Weiteren gilt es regional angepasste Lösungen zu finden, ohne die Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse aufzugeben.

#### **Das Leistungsversprechen der Pflegeversicherung anpassen**

Die pflegerische Versorgung der Bevölkerung in Deutschland ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die solidarisch getragen und finanziert wird. Einen großen Anteil leisten pflegende Angehörige, die etwa 70 Prozent der pflegebedürftigen Menschen versorgen. Ein beträchtlicher Teil der Leistungen wird auch privat finanziert. Ein steigender Anteil pflegebedürftiger Menschen, besonders in der stationären Pflege, kann die erforderlichen Beträge nicht selbst aufbringen und muss ergänzende Hilfe zur Pflege in Anspruch nehmen. In der häuslichen Pflege wird häufig aus finanziellen Gründen auf die bedarfsgerechte Inanspruchnahme von Pflegediensten verzichtet. Die Pflegeversicherung trägt mit ihren pauschalen Leistungen nur einen Teil des Risikos der Pflegebedürftigkeit.

Nach Auffassung der Diakonie Deutschland ist das Teilleistungssystem der Pflegeversicherung zu hinterfragen. Die

neue Bundesregierung muss einen gesellschaftlichen Verständigungsprozess darüber einleiten, welches Leistungsniveau mit der Pflegeversicherung erreicht werden soll und was unter den notwendigen Leistungen in der Langzeitpflege zu verstehen ist. Danach sollte dann geklärt werden, ob die Pflegeversicherung als Vollversicherung ausgestaltet werden soll oder als Teilkaskoversicherung mit begrenzten Eigenanteilen.

### **Nachhaltigkeit der Finanzierung der Pflegeversicherung sichern**

Mit den Pflegestärkungsgesetzen wurden auch Beitragssatzerhöhungen vorgenommen und es wurde ein Pflegevorsorgefonds eingeführt. Dennoch ist die Nachhaltigkeit der Finanzierung nicht gesichert. Der mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs einhergehende Paradigmenwechsel, aber auch der demografische Wandel werden zusätzliche finanzielle Ressourcen erfordern.

Daher muss die Pflegeversicherung mittel- und langfristig auf eine nachhaltige Finanzierungsgrundlage gestellt werden. Neben Veränderungen bei den Beiträgen (Beitragssatzerhöhung, Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze auf das höhere Niveau der Rentenversicherung, Heranziehung anderer Einkommensarten) sind auch Steuermittel in Betracht zu ziehen, zum Beispiel für die Alterssicherung der pflegenden Angehörigen oder Lohnersatzleistungen für pflegende Angehörige.

### **Regehafte Leistungsdynamisierung einführen**

Die Leistungen der Pflegeversicherung müssen regelmäßig an die Preis- beziehungsweise Lohnentwicklung angepasst werden, um einen Verlust des Wertes der Pflegeleistungen dauerhaft zu vermeiden. Die gegenwärtige gesetzliche Regelung sieht nur eine Prüfoption zur Anpassung der Leistungen für das Jahr 2020 vor. Eine Prüfoption ist aber nicht ausreichend. Stattdessen sind die Leistungen der Pflegeversicherung regelgebunden jährlich anzupassen. Der Dynamisierungsfaktor muss auf der Basis valider Daten und unabhängig von finanzpolitischen Erwägungen erfolgen. Er sollte sich auf die Daten des Statistischen Bundesamtes beziehen. Nach Ansicht von Diakonie Deutschland bietet sich hierzu der Verbraucherpreisindex an. Des Weiteren sind die Leistungen der Pflegeversicherung regelgebunden und verpflichtend jährlich zu dynamisieren. Eine alleinige Prüfoption ist nicht ausreichend.

### **Verhältnis von Pflegebedürftigkeit und Teilhabebeeinträchtigungen aufeinander abstimmen**

Sowohl Menschen mit Behinderungen und pflegerischen Bedarfen als auch pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen müssen unabhängig von ihrem jeweiligen Wohnort

Zugang zu den Leistungssystemen des SGB XI als auch des SGB IX/SGB XII haben. Pflege- und Teilhabeleistungen sind im Sinne bedarfsgerechter und aufeinander abgestimmter Assistenz- und Unterstützungsleistungen nebeneinander zu gewähren. Eine leistungsrechtliche Zuordnung der Leistungen nach SGB XI und oder SGB XII/SGB IX muss auf der Basis des Wunsch- und Wahlrechts sowie der individuellen Bedarfslagen der Person basieren und deshalb unabhängig von fiskalischen Erwägungen beziehungsweise der Steuerungshoheit einzelner Leistungsträger erfolgen.

Im Rahmen der zurückliegenden Pflegeversicherungsreformen und des neuen Bundesteilhabegesetzes wurde auch das Verhältnis der Leistungen der Pflegeversicherung zu den Teilhabeleistungen (SGB IX) geregelt. Der gefundene Kompromiss ist jedoch nicht zufriedenstellend. In der aktuellen Legislaturperiode sind hier entsprechende Nachbesserungen vorzunehmen.

### **Wiederherstellung des Bedarfsdeckungsprinzips in der Hilfe zur Pflege**

Mit dem Pflegestärkungsgesetz III wurde der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff auch in der Hilfe zur Pflege eingeführt. In Folge dessen wurden bisherige Leistungen der Hilfe zur Pflege gestrichen. Dies betrifft die so genannten anderen Verrichtungen und die Leistungen unterhalb des Pflegegrads 1. Es wurden aber auch nicht alle Leistungen der Pflegeversicherung in die Hilfe zur Pflege übernommen. So fehlen die zusätzlichen Betreuungsleistungen für die Nichtversicherten in stationären Pflegeeinrichtungen. Des Weiteren gibt es keine stationären Leistungen unterhalb des Pflegegrads 2 und keinen Besitzschutz für die bereits jetzt in den stationären Pflegeeinrichtungen lebenden Menschen, die nach der Überleitung nicht mindestens Pflegegrad 2 erreichen. Im ambulanten Bereich sind unterhalb von Pflegegrad 1 ebenfalls keine Leistungen vorgesehen und die Leistungen der Hilfe zur Pflege sind im Pflegegrad 1 nicht bedarfsdeckend, so dass die pflegebedürftigen Menschen nicht ausreichend versorgt werden können. Durch die entsprechenden Regelungen ist das für die Sozialhilfe verpflichtende Prinzip der Bedarfsdeckung faktisch aufgehoben worden. Diese Lücken im stationären und im ambulanten Bereich in der Hilfe zur Pflege sind zwingend zu Beginn dieser Legislaturperiode zu schließen.

### **Änderungsbedarfe beim Begutachtungsverfahren und Fristaussetzungen in der Übergangszeit überprüfen**

Bei verkürzten Fristvorgaben, zum Beispiel beim Aufenthalt des Versicherten im Krankenhaus, muss bisher das Gutachten nur die Feststellung beinhalten, ob Pflegebedürftigkeit im

Sinne der §§ 14 und 15 SGB XI vorliegt. In der Regel wurde hier bisher die vorläufige Pflegestufe I beziehungsweise seit 2017 der Pflegegrad 2 ausgesprochen. Diese Einstufung entspricht häufig nicht dem tatsächlichen Hilfebedarf der Versicherten, insbesondere bei einer Entlassung aus dem Krankenhaus. Sie führt in der Praxis zu vielfältigen Problemen, sowohl für den Versicherten und seine Angehörigen als auch für die Einrichtungen und Dienste. Zur Stärkung der Rechte pflegebedürftiger Menschen sollte auch bei einem verkürzten Verfahren der tatsächliche Hilfe-/Pflegebedarf der Versicherten ermittelt werden und sie sollten eine konkrete Zuordnung in einen Pflegegrad entsprechend ihres Hilfebedarfs erhalten. Dieser kann nach § 33 Abs. 1 SGB XI gegebenenfalls auch auf einen kürzeren Zeitraum befristet werden, beispielsweise für die Dauer eines anschließenden Kurzzeitpflegeaufenthalts.

#### **Die Unübersichtlichkeit der Leistungen in der Pflegeversicherung reduzieren, um die Zugänglichkeit für die Versicherten zu erhöhen**

Mit dem Pflegeneuausrichtungsgesetz und den Pflegestärkungsgesetzen wurden neue beziehungsweise erweiterte Leistungen und teilweise auch Leistungsflexibilisierungen in der häuslichen Pflege statuiert. Jede einzelne Leistungsverbesserung ist für sich genommen begrüßenswert. Durch die unterschiedlichen Leistungszugänge und Kombinationsmöglichkeiten entsteht aber eine Unübersichtlichkeit, die dazu führt, dass viele Versicherte beziehungsweise pflegende Angehörige aufgrund von Ausschlussregelungen und/oder fehlender Information/Beratung die Leistungen nicht in Anspruch nehmen. Damit kann dann das Ziel der Stärkung der häuslichen Pflege beziehungsweise der Pflegebereitschaft der pflegenden Angehörigen nicht erreicht werden oder wird sogar konterkariert. Ein erster Schritt wäre beispielsweise die Zusammenlegung der Leistungen der Kurzzeitpflege und der Verhinderungspflege zu einem pauschalen Leistungsbetrag oder die Zusammenlegung von Kurzzeitpflege, Verhinderungspflege und Entlastungsbetrag zu einem jährlichen Leistungsbetrag. Diese Leistungsbeträge könnten dann flexibel in Anspruch genommen werden.

#### **Den inhaltlichen Paradigmenwechsel des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs umsetzen**

Mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff wurde ein Paradigmenwechsel in der Pflegeversicherung eingeleitet: Kognitive Bedarfe werden erstmals gleichberechtigt neben somatischen Bedarfen berücksichtigt. Im Fokus steht die Förderung der Selbstständigkeit der pflegebedürftigen Menschen. Dieses Verständnis von Pflegebedürftigkeit berücksichtigt insbesondere einen Hilfebedarf im Bereich der Anleitung, Moti-

vation und Schulung mit der positiven Auswirkung auf die Selbstständigkeit. Diese erfordert neben den pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und den Hilfen zur Haushaltsführung insbesondere neue Leistungen in den Bereichen der Beratung, der Edukation und der pflegefachlichen Anleitung, Erst- und Folgegespräche, prozesssteuernde Interventionen, alltagsbezogene Unterstützung sowie Interventionen bei kognitiven und psychischen Problemlagen. Diese gesetzlich intendierten Leistungsveränderungen finden bislang in nicht ausreichendem Maße Niederschlag in den Rahmenbeziehungsweise Vergütungsvereinbarungen auf Landesebene. Ohne eine entsprechende leistungsrechtliche Ausgestaltung kann aber die Umsetzung in den Konzepten der Einrichtungen und Dienste nicht gelingen. Außerdem erfordert der Paradigmenwechsel eine andere Personalausstattung in der Pflege.

#### **Angebots- und Dienstleistungsstrukturen weiterentwickeln**

Die Diakonie-Deutschland spricht sich für ein System von vernetzten Versorgungsformen aus. Hierbei sind die Hilfe und Pflege durch die Familien und individuelle Netzwerke zu stützen und die Leistungsfähigkeit und Finanzierung der ambulanten Dienste und der teilstationären und stationären Einrichtungen zu verbessern.

Begleitung, Unterstützung und Pflege durch die informellen Helfersysteme und durch die ambulanten, teilstationären und stationären Leistungsangebote sind in ihrer jeweiligen Zielsetzung und Aufgabenzuordnung eigenständige Elemente in einem Hilfe- und Unterstützungsnetzwerk.

Nach Auffassung der Diakonie Deutschland

- muss es für die pflegebedürftigen Menschen eine tatsächliche Wahlfreiheit bei der Wohn- und Pflegeform beziehungsweise beim Hilfeeinrichtung geben.
- sind alle Angebotsformen quantitativ und qualitativ so auszubauen und leistungsrechtlich auszugestalten, dass sie den unterschiedlichen Bedarfslagen der betroffenen Menschen und ihren informellen Helfersystemen gerecht werden und tatsächlich verfügbar sind.
- sind verschiedene Zielgruppen (wie Menschen mit Demenz, alleinlebende hochaltrige Menschen mit Pflegebedarf und andere) und auch die Bedarfe von jüngeren pflegebedürftigen Menschen mit in den Blick zu nehmen.
- ist zu berücksichtigen, dass sich an die kurze Akutbehandlung im Krankenhaus immer häufiger die Nachsorge in

ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen anschließt. Vor allem die Kurzzeitpflegeeinrichtungen und die vollstationären Pflegeeinrichtungen müssen so ausgestattet werden, dass sie ihrer Aufgabe an der Schnittstelle zwischen Krankenhausbehandlung und der Versorgung im ambulanten oder stationären Pflegebereich gerecht werden können.

### **Stationäre Versorgungskonzepte weiterentwickeln**

Der Leitgedanke „ambulant vor stationär“ ist die maßgebliche Orientierung der Pflegeversicherung und hat zu einer leistungsrechtlichen Erweiterung und Ausdifferenzierung der ambulanten pflegerischen Versorgung geführt. Die gesellschaftliche Diskussion wird durch das Ziel geprägt, die Notwendigkeit einer stationären Versorgung möglichst zu verhindern. Für Menschen, die trotz eines guten ambulanten Pflegeangebots in der eigenen Häuslichkeit nicht ausreichend versorgt werden können, kann aber auf ein Pflegeangebot mit Rund-um-die-Uhr Versorgung nicht verzichtet werden. Von der Weiterentwicklung der Versorgungsangebote dürfen Menschen mit stationärem Versorgungsbedarf nicht ausgeschlossen werden. Die Träger stationärer Pflegeeinrichtungen haben Versorgungskonzepte entwickelt, die sich dem Wohnen in der eigenen Häuslichkeit angleichen und die Akzeptanz stationärer Versorgung verbessern. Diese Versorgungsformen müssen weiterentwickelt werden und bewährte Konzepte in die Regelversorgung integriert werden.

### **Pflegeaufwand bei der Personalbemessung angemessen berücksichtigen**

Seit den Anfängen der Sozialen Pflegeversicherung werden die sogenannten Personalschlüssel, die die Personalausstattung der stationären Altenpflege auf der Länderebene regeln, ohne eine fundierte Kenntnis des Pflegebedarfs in den einzelnen Pflegestufen respektive Pflegegraden festgelegt. Dies hat zu sehr unterschiedlichen Regelungen in den Ländern und in vielen Fällen zu Versorgungsbegrenzungen sowie zu gravierenden Überlastungen der Pflegedienstmitarbeitenden geführt.

Der Gesetzgeber hat die Erarbeitung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen bis Mitte 2020 veranlasst (§ 113c SGB XI). Allerdings ist die Anwendung des zukünftigen Personalbemessungsverfahrens nicht verbindlich geregelt, sondern ins Ermessen der jeweiligen Bundesländer gestellt. Wegen seiner Bedeutung ist die Personalbemessung in der stationären Altenpflege als verbindliches Verfahren zur Festlegung des Mindestpersonalbedarfs auszugestalten. Bis zum Zeitpunkt der Umsetzung sind Übergangsregelungen für eine angemessene Personal-

ausstattung in den Einrichtungen der stationären Altenpflege festzulegen.

### **Leistungshöhen in der vollstationären Pflege an die Versorgungserfordernisse anpassen und einrichtungseinheitlichen Eigenanteil überprüfen**

Mit dem Pflegestärkungsgesetz II wurden die pauschalen Leistungsbeträge in der vollstationären Pflege neu gestaltet. Dies führte zu einer Schlechterstellung der Pflegegrade 2 und 3 gegenüber den referentiellen Pflegestufen 1 und 2. Das PSG II liefert zur Neufestsetzung und Neustaffelung der Leistungsbeträge keine substantiellen inhaltlichen Erläuterungen. Die in der Gesetzesbegründung herangezogene EViS-Studie kann die erhebliche Absenkung des Leistungsbetrages für den Pflegegrad 2 auf eine Höhe von 770 Euro gegenüber der jetzigen Referenzpflegestufe 1 und den Empfehlungen des Expertenbeirates in Höhe von 1064 Euro nicht begründen. Die in 2017 gemachten Erfahrungen mit dem neuen System zeigen, dass die einrichtungseinheitlichen Eigenanteile je nach Bewohnerstrukturen unterschiedlich hoch sind und hohe Schwankungen haben. Die Diakonie Deutschland fordert eine Überprüfung der Leistungshöhen der Pflegeversicherung in der vollstationären Pflege sowie des Systems des einrichtungseinheitlichen Eigenanteils und zeitnahe gesetzliche Anpassungen.

### **Vertrags- und Vergütungsrecht weiterentwickeln**

Mit den Pflegestärkungsgesetzen I bis III sowie verschiedenen weiteren Gesetzesvorhaben wurden in der 18. Legislaturperiode viele Normen im Leistungserbringungsrecht des SGB XI geändert. Diese Normen sind teilweise umgesetzt. So wurden beispielsweise im Rahmen der Einführung des einrichtungseinheitlichen Eigenanteils pragmatische Umsetzungsregelungen gefunden. Nun sind die noch ausstehenden Umsetzungen der Änderungen im Leistungserbringungsrecht durch das Pflegestärkungsgesetz III und das Gesetz zur Fortschreibung der Vorschriften für Blut- und Gewebezubereitungen und zur Änderung anderer Vorschriften kritisch zu begleiten und gegebenenfalls notwendige gesetzliche Änderungen vorzunehmen.

Daneben sieht die Diakonie Deutschland die Notwendigkeit, die Regelungen für die Pflegesatzkommissionen nach § 86 SGB XI zu überarbeiten und weitere Verhandlungsoptionen einzuführen..

In den meisten Bundesländern gestaltet sich der Abschluss von Gesamtversorgungsverträgen immer noch schwierig, auch wo das organisatorisch sinnvoll ist. In § 72 Abs. 2 SGB XI sollte daher die Pflicht zum Vertragsabschluss eingefügt werden,



wenn die Voraussetzungen für Gesamtversorgungsverträge vorliegen, das heißt, die ständige Verantwortung durch eine Pflegefachkraft für alle Teile der Einrichtung sichergestellt ist.

Des Weiteren besteht ein „Regelungsbedarf für Vergütungsvereinbarungen der ambulanten Pflegedienste“. Ambulante Pflegedienste bieten in der Regel Leistungen der Kranken- und Pflegekassen an, die jeweils unterschiedlich geregelt sind: neben Leistungen aus dem SGB XI, Leistungen aus dem Bereich SGB V sowie Privatleistungen und so weiter. „Selbstständig wirtschaftende Einheiten“ nach § 71 SGB XI allein für ambulante Pflegesachleistungen nach SGB XI gibt es nicht. Die Regelungen zur Definition von Pflegeeinrichtungen in § 71 SGB XI und § 89 SGB XI in Verbindung mit § 85 SGB XI geben somit nicht die Gegebenheiten in ambulanten Pflegediensten wider. Sie sind entsprechend anzupassen. Die Regelungen für Pflegesatzverhandlungen im stationären Bereich sind nicht im ambulanten Bereich anwendbar. Die Diakonie Deutschland fordert, die Besonderheiten der ambulanten Pflegedienste für Entgeltverhandlungen separat zu regeln.

#### **Pflegeberatung und Case-Management verbessern**

Die Pflegeberatung muss ausschließlich den Interessen der zu beratenden Person verpflichtet sein, wohnortnah angeboten werden und bei den Ratsuchenden ankommen. Bestehende gesetzlich initiierte Beratungsstrukturen wie zum Beispiel die Pflegestützpunkte brachten bislang leider nicht den erhofften Erfolg. Nach Auffassung der Diakonie Deutschland muss sich der oder die Leistungsberechtigte den Anbieter der Beratungsleistung aussuchen und bei Bedarf auch jeweils noch eine zweite Perspektive einholen können. Durch Einführung eines Beratungsgutscheins ist der gesetzliche Beratungsanspruch in die Hand des Versicherten selbst zu geben, der ihn in einer Beratungsstelle mit gesichertem Qualitätsniveau einlösen kann.

Ein weiteres wichtiges Element stellt die Beratung in der Häuslichkeit nach § 37 Abs. 3 SGB XI dar. Sie dient der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung sowie der praktischen pflegefachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden. Es ist eine Weiterentwicklung der Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI zur Stärkung der häuslichen Pflege und der Unterstützung der häuslichen Pflegearrangements erforderlich.

Die Diakonie Deutschland setzt sich darüber hinaus für eine Verankerung eines Leistungsanspruchs des Versicherten und für ein pflegefachliches beziehungsweise sozialarbeiterisches Case-Management im Sinne einer Lotsenfunktion ein, das

ausschließlich den Interessen der zu beratenden Person verpflichtet ist und unabhängig vom leistungssteuernden Fallmanagement der Pflegekassen und anderer Sozialleistungsträger erfolgt.

#### **Pflegende Angehörige begleiten und unterstützen**

Die Diakonie Deutschland fordert eine bessere Begleitung und Unterstützung von pflegenden Angehörigen, um die familiäre Pflegebereitschaft zu erhalten und um Menschen zu ermutigen, die Verantwortung für familiäre Pflegeaufgaben zu übernehmen. Hierzu gehören neben den Leistungsverbesserungen und -flexibilisierungen und der Pflegeberatung

- die Einführung einer Lohnersatzleistung bei Inanspruchnahme der Pflegezeit
- verbesserte Rentenansprüche: durch Weiterzahlung der Rentenversicherungsbeiträge in der bisherigen Höhe bei einer Arbeitsunterbrechung, durch eine Streichung der Kürzung der Rentenpunkte für pflegende Angehörige bei Pflegesachleistungsbezug
- ein Anspruch auf ein flächendeckendes Angebot an bedarfsgerechten Pflegekursen sowie an individuellen Anleitungen/Schulungen für pflegende Angehörige in der Häuslichkeit.

#### **Rolle der Kommunen in der Altenhilfe und in der Pflege stärken**

Die Gesellschaft muss die Rahmenbedingungen schaffen, damit älter werdende Menschen und Menschen mit Pflegebedarfen mitten im Quartier leben können. Länder und Kommunen müssen für die Schaffung von barrierefreiem Wohnraum für Jung und Alt sorgen. Generationengemischte Quartiere und Wohnformen mit einer entsprechenden Infrastruktur an öffentlichem Nahverkehr, Einkaufs- und Dienstleistungen sowie Freizeitmöglichkeiten, die für alle nutzbar sind, müssen von Kommunen und Bürgern gemeinsam gestaltet werden. Hierzu gehören auch Stadtteilzentren und Quartierbüros, die verschiedene Akteure, Strukturen und Angebote vernetzen und bündeln, die verschiedenen Hilfesysteme verbinden und Angebote der Begegnung, Selbsthilfe und Engagementförderung vorhalten. Um eine wohnortnahe verzahnte Beratungs- und Versorgungsstruktur sowie eine bedarfsgerechte Infrastruktur zu gewährleisten, müssen die Kommunen für ihre Aufgaben der Sozialplanung, Koordination, Vernetzung und Steuerung wieder mehr Verantwortung übernehmen. Die Kommunen müssen finanziell in die Lage versetzt werden, ihre Aufgaben der kommunalen Altenhilfe erfüllen zu können.

Die geforderte Stärkung der Rolle der Kommunen sollte – mit Blick auf die Aufgaben der Daseinsvorsorge in ländlichen Strukturen – genutzt werden, um auf der Quartiers- oder Dorfebene ansetzende neue Formen der kommunalen (bürger-schaftlichen) Selbstverwaltung zu erproben und zu etablieren. Mit der Förderung der Sozialen Dorfentwicklung und einer allgemeinen Öffnung des Bundesprogramms Ländliche Ent-wicklung für soziale Infrastrukturen fanden dazu Weichen-stellungen statt, die Verstetigung verdienen.

Zur gestaltenden Rolle der Kommunen in der Altenhilfe und Pflege gehört es auch, Rahmenbedingungen zu schaffen, die die subsidiäre Eigenverantwortung der „kleinen Kreise“ wie Nachbarschaft und Quartier stärken und die Entwicklung sozial vernetzter Nachbarschaften fördern wie die Entste-hung „Sorgender Gemeinschaften“ ermöglichen könnten.

#### **Finanzverantwortung für die Behandlungspflege in stationären Wohnformen in der Krankenversiche-rung verankern**

Die Diakonie Deutschland setzt sich für eine baldige Über-nahme der Finanzierung der Behandlungspflege in teilstatio-nären und stationären Pflegeeinrichtungen sowie für behin-derte Menschen mit einem pflegerischen Bedarf unabhängig von der jeweiligen Wohnform durch die Krankenversicherung ein. Dadurch könnte die Pflegeversicherung ihre Mittel wieder verstärkt für ihre originären Aufgaben verwenden.

#### **Häusliche Krankenpflege weiterentwickeln**

Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ prägt seit mehr als drei Jahrzehnten die Gesundheitspolitik. Der Vorrang für die ambulante Versorgung wird durch einen breiten gesellschaft-lichen Konsens getragen. Diesen Erwartungen entsprechend hat die häusliche Krankenpflege ihr Leistungsspektrum und ihre fachlichen Kompetenzen in den letzten Jahren ausge-baut. Dieser Entwicklung muss auch in den untergesetzlichen Regelungen, den Rahmenbedingungen und Vergütungs-regelungen Rechnung getragen werden

- durch eine Aktualisierung der Richtlinien der häuslichen Krankenpflege
- durch die Stärkung der häuslichen Krankenpflege in der Gemeinsamen Selbstverwaltung in Gestalt eines Sitzes der Leistungserbringerverbände im Gemeinsamen Bundes-ausschuss
- durch eine Anpassung der Ausgaben für häusliche Kranken-pflege in der gesetzlichen Krankenversicherung an die Ver-sorgungsrealitäten, eine Anpassung des Leistungsrechts,

- durch die Umsetzung der Kompetenzerweiterungen für Pflegefachkräfte sowie adäquate Vergütungsstrukturen.

In diesem Zusammenhang ist auch in § 132a Absatz 4 SGB V aufzunehmen, dass die Bezahlung tarifvertraglich vereinbar-ter Vergütungen sowie entsprechende Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen nicht als unwirtschaftlich im Rahmen der Häuslichen Krankenpflege abgelehnt werden können und dass damit die Grundlohnsummenbindung nicht vorrangig zur Anwendung kommt.

#### **Stärkere Berücksichtigung der tragenden Rolle der Fachlichkeit der Pflegefachkräfte in der Hospiz- und Palliativversorgung**

Das Hospiz- und Palliativgesetz berücksichtigt die tragende Rolle der Leistungen der Pflegefachkräfte in der Hospiz- und Palliativversorgung nicht genügend. Dies betrifft sowohl die allgemeinen Stationen im Krankenhaus, als auch die allge-meine ambulante Palliativversorgung in der Häuslichkeit sowie die stationären Pflegeeinrichtungen. Dem pflegeri-schen Fachwissen sowie den speziellen Maßnahmen und Leistungen der Palliativpflege kommt im Rahmen der Pallia-tive Care eine besondere Bedeutung in der Begleitung von schwerkranken und sterbenden Menschen zu. So begrüßens-wert beispielsweise die Einführung der Palliativdienste in den Krankenhäusern ist, tragen sie doch nicht unmittelbar zu einer Verbesserung der Situationen von im Verlaufe der Nacht sterbenden Menschen auf allgemeinen Stationen bei. Die palliative-pflegerische Begleitung sterbender Menschen ins-besondere im Nachtdienst stellt eine besondere Heraus-forderung dar, dies erfordert beispielweise verbesserte Pfl-egepersonalschlüssel im Krankenhaus und in stationären Pflegeeinrichtungen. Auch werden die spezifischen pflege-fachlichen Kompetenzen bei der Aufgabenverteilung zwi-schen Ärzten und Pflegefachkräften beispielsweise in der allgemein ambulanten Palliativversorgung nicht ausreichend berücksichtigt.

#### **Hospiz- und Palliativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen umgehend verbessern**

Mit dem Einzug in eine Pflegeeinrichtung sind die Pflege-bedürftigen mit steigender Tendenz schwer- oder schwerst-pflegebedürftig beziehungsweise treten in die letzte Lebens-phase ein. In den letzten Jahren haben sich immer mehr die Zeiten verkürzt, die Bewohnerinnen und Bewohner in einer Einrichtung verbrachten. Jedoch hat sich in den vergangenen Jahren der Personalschlüssel nicht verändert. Dies bedeutet, dass den Einrichtungen das notwendige Personal für die zeitintensive Phase der Sterbebegleitung nicht zur Verfügung steht. Durch den neuen § 132g SGB V wurde ein Anspruch

auf eine gesundheitliche Versorgungsplanung in der letzten Lebensphase geschaffen. Im nächsten Schritt muss zeitnah zu Beginn der Legislaturperiode auch eine zusätzliche Finanzierung der besonderen palliativ-pflegerischen Bedarfe und Leistungen erfolgen. Ziel muss es sein, mehr Personal und Ressourcen für eine gute palliative Versorgung und nicht nur Versorgungsplanung bereitzustellen. Auch unterhalb der Verordnungsschwelle einer SAPV besteht oftmals ein erhöhter palliativpflegerischer Bedarf. Für hochaltrige, schwerstpflegebedürftige, mehrfach chronisch- und demenziell erkrankte Menschen werden beispielsweise im Bereich der Symptomkontrolle, Schmerztherapie und einer zeitintensiven psychosozialen Begleitung zusätzliche personelle Ressourcen benötigt. Für sterbende Menschen ist es wichtig, dass jemand rund um die Uhr für sie am Bett da ist, um mit Ängsten vor dem Sterben besser umgehen zu können. Insbesondere die nächtliche Versorgung und Begleitung ist von großer Bedeutung. Der pflegerische Aufwand ist gerade in der Sterbephase besonders hoch. Auch können ethische Fragen aufgeworfen werden, zu deren Beantwortung zusätzlich zum hausinternen Personal auch externe Fachleute hinzuzuziehen sind. Die finanzielle Verantwortung für die Verbesserung der

Palliativversorgung und die Förderung einer hospizlichen Kultur in vollstationären Pflegeeinrichtungen sieht die Diakonie Deutschland – in Analogie zur Finanzierung stationärer Hospize – in der gesetzlichen Krankenversicherung verortet.

### **SAPV flächendeckend ausbauen und aus dem Wettbewerbsrecht herausnehmen**

Mit dem Beschluss des Oberlandesgerichts Düsseldorf vom letzten Jahr wurde bestätigt, dass Verträge zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) den Bestimmungen des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen unterliegen. Diese Tatsache verhindert beziehungsweise erschwert derzeit den Abschluss neuer SAPV-Verträge und beeinträchtigt damit die ambulante Palliativversorgung. Sie erzeugt zudem unter den derzeitigen SAPV-Anbietern Unruhe und Existenzsorgen. Die SAPV darf kein Wettbewerbsfeld sein. Um die immer noch bestehenden „weißen Flecken“ in der Vertragslandschaft der SAPV zu schließen, setzt sich die Diakonie Deutschland seit Jahren für die Einführung eines Kontrahierungszwangs für den Vertragsabschluss durch die Krankenkassen ein. Dies muss in der laufenden Legislaturperiode gesetzlich verankert werden.

## **Mitarbeitende an dem Projektpapier**

Das vorliegende Papier wurde von den Referentinnen und Referenten des Zentrums Gesundheit, Rehabilitation und Pflege erarbeitet und mit den Fachkolleginnen und –kollegen in den gliedkirchlichen Diakonischen Werken (Landesverbänden) sowie dem Bundesverband evangelische Behindertenhilfe, dem Deutschen Evangelischen Krankenhausverband, dem

Deutschen Evangelischen Verband für Altenhilfe und Pflege und dem Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe beraten.

Die Federführung lag bei Dr. Peter Bartmann, Zentrumsleitung Gesundheit, Rehabilitation und Pflege, Diakonie Deutschland

# Notizen

# **Notizen**

**Auszug Diakonie Texte 2015/2016/2017**

- 06.2017 Einrichtungsstatistik zum 1. Januar 2016 – regional  
 05.2017 Kinder, Jugendliche und ihre Familien nach der Flucht begleiten, unterstützen und bemächtigen Zugänge – Ansprüche – Leistungen  
 04.2017 Einrichtungsstatistik zum 1. Januar 2016  
 03.2017 Diakonie-Charta für ein Soziales Europa  
 02.2017 Personalkonzepte der Zukunft in Einrichtungen der stationären Altenhilfe – Impulse für eine innovative Diskussion  
 01.2017 Sektorenübergreifende Versorgung für multimorbide alte Menschen  
 07.2016 HILFE! Zwischen den Stühlen – Junge Menschen mit psychischen- oder Suchterkrankungen ohne Wohnung Analysen, Forderungen und Empfehlungen.  
 06.2016 Pflegestatistik zum 15. 12. 2013  
 05.2016 Kirche und Diakonie in der Nachbarschaft – Neue Allianzen im ländlichen Raum  
 04.2016 Soziales Unternehmertum und aktuelle Tendenzen am Sozialmarkt – Ein Diskussionspapier für die Diakonie in Deutschland  
 03.2016 Verlässlicher Ganztag – Ein Plädoyer für ganzheitliche Bildung und Erziehung  
 02.2016 Medizinische Rehabilitation von chronisch psychisch erkrankten Menschen – Diakonische Positionen zur medizinisch-rehabilitativen Weiterentwicklung der Gemeindepsychiatrie  
 01.2016 Junge Menschen (18 bis 27 Jahre) zwischen den Hilfesystemen – psychisch krank, suchtkrank, wohnungslos Vorschläge zu einer umfassenden Unterstützung, Begleitung und Behandlung  
 06.2015 Einrichtungsstatistik – Regional zum 1. Januar 2014  
 05.2015 Zehn Jahre Hartz IV – zehn Thesen der Diakonie Menschenwürde und soziale Teilhabe in der Grundsicherung verwirklichen  
 04.2015 Einrichtungsstatistik zum 1. Januar 2014  
 03.2015 Strategie im Vergabeverfahren Handreichung für Diakonische Träger  
 02.2015 Gerechte Teilhabe durch Arbeit  
 01.2015 Diakonische Positionen zu einem Präventionsgesetz

Liebe Leserinnen und Leser,

wir hoffen, dass wir Ihnen mit der vorliegenden Ausgabe des Diakonie Textes Informationen und inhaltliche Anregungen geben können. Wir sind an Rückmeldungen interessiert, um unsere Arbeit zu optimieren. Wir freuen uns deshalb, wenn Sie uns

1. Kommentare und Anregungen zum Inhalt des Textes zukommen lassen,
2. informieren, welchen Nutzen Sie durch diesen Text für Ihre Arbeit erfahren haben und
3. mitteilen, wie Sie auf die vorliegende Ausgabe der Diakonie Texte aufmerksam geworden sind und ob oder wie Sie diese weitergeben werden.

Ihre Rückmeldungen senden Sie bitte an die verantwortliche Projektleitung (siehe Impressum unter Kontakt).

Herzlichen Dank!  
 Diakonie Deutschland

**Impressum**

Die Texte, die wir in der Publikationsreihe Diakonie Texte veröffentlichen, sind im Internet frei zugänglich. Sie können dort zu nicht-kommerziellen Zwecken heruntergeladen und vielfältig werden. Diakonie Texte finden Sie unter [www.diakonie.de/Texte](http://www.diakonie.de/Texte). Im Vorspann der jeweiligen Ausgabe im Internet finden Sie Informationen, zu welchem Preis Diakonie Texte gedruckt beim Zentralen Vertrieb bestellt werden können.

Bestellungen:  
 Zentraler Vertrieb des Evangelischen Werkes für Diakonie und Entwicklung e.V.  
 Karlsruher Straße 11  
 70771 Leinfelden-Echterdingen  
 Telefon: +49 711 21 59-777  
 Telefax: +49 711 797 75 02  
[Vertrieb@diakonie.de](mailto:Vertrieb@diakonie.de)

Benutzer des Diakonie Wissensportals können über die Portalsuche nicht nur nach Stichworten in den Textdateien recherchieren, sondern auch auf weitere verwandte Informationen und Veröffentlichungen aus der gesamten Diakonie zugreifen. Voraussetzung ist die Freischaltung nach der Registrierung auf [www.diakonie-wissen.de](http://www.diakonie-wissen.de)

[www.diakonie.de](http://www.diakonie.de)

Diakonie Deutschland –  
 Evangelischer Bundesverband  
 Evangelisches Werk für  
 Diakonie und Entwicklung e.V.  
 Caroline-Michaelis-Straße 1  
 10115 Berlin

Verantwortlich für die Reihe:  
 Dr. Thomas Schiller  
 Zentrum Kommunikation  
[redaktion@diakonie.de](mailto:redaktion@diakonie.de)  
[www.diakonie.de](http://www.diakonie.de)

Redaktion:  
 Barbara-Maria Vahl  
 Zentrum Kommunikation  
 Telefon: +49 30 652 11-1116  
[redaktion@diakonie.de](mailto:redaktion@diakonie.de)

Kontakt:  
 Dr. Peter Bartmann  
 Leitung Zentrum Gesundheit,  
 Rehabilitation und Pflege  
 Telefon: +49 (0)30 65211-1661  
 Mobil: +49 (0)173 201 84 96  
[peter.bartmann@diakonie.de](mailto:peter.bartmann@diakonie.de)

Layout: A. Stiefel

Druck: Zentraler Vertrieb des Evangelischen Werkes für Diakonie und Entwicklung e.V.  
 Karlsruher Straße 11  
 70771 Leinfelden-Echterdingen

© Januar 2018 – 1. Auflage  
 ISBN-Nr. 978-3-946840-12-1  
 Art.-Nr. 613003018

**Diakonie Deutschland –  
Evangelischer Bundesverband  
Evangelisches Werk für Diakonie und  
Entwicklung e.V.**

Caroline-Michaelis-Straße 1

10115 Berlin

Telefon: +49 30 652 11-0

Telefax: +49 30 652 11-3333

[diakonie@diakonie.de](mailto:diakonie@diakonie.de)

[www.diakonie.de](http://www.diakonie.de)