

KONZEPT FÜR EINE GRUNDLEGENDE PFLEGEREFORM

**Pflegevollversicherung mit
begrenzter Eigenbeteiligung
der Versicherten**

Kurzfassung

Inhalt

3	Vorwort
4	1. Einleitung
6	2. Leistungszugang/Bedarfsbemessung
6	3. Einstiegsleistung/Zugangsschwelle
7	4. Festlegung der Leistungsmenge
8	5. Bundeseinheitliche Leistungsansprüche pro Bedarfsgruppe
8	6. Verhältnis der Personalrichtwerte in der vollstationären Pflege zum Fachleistungsstundenkontingent in der häuslichen Pflege
9	7. Ausgestaltung der Eigenbeteiligung der Versicherten
10	8. Einführung des Bedarfsdeckungsprinzips
11	9. Umstieg in Richtung servicebasiertes Pflegesystem
12	10. Allgemeiner Pflegeunterstützungsbetrag
13	11. Case-Management
14	12. Pflegevollversicherung mit begrenzter Eigenbeteiligung – aus der Perspektive des Leistungsempfängers
16	13. Ausweitung der Finanzbasis und nachhaltige Finanzierung
17	14. Finanzierung einer Pflegevollversicherung mit begrenzter Eigenbeteiligung
18	15. Kurzfristige Änderungsvorschläge für das bestehende System der Pflegeversicherung
19	Impressum

Mitglieder der Projektgruppe

Christoph Brauner, Diakonie in Niedersachsen (September 2018 ausgeschieden)

Peter Dexheimer, Diakonie Rheinland-Pfalz

Ulrike Döring, EFAKS

Helge Haftenberger, DW Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz

Jutta Hertneck, Diakonie Württemberg

Erika Stempfle, Diakonie Deutschland

Katharina Thier, Diakonie Deutschland

Wilfried Wesemann, DEVAP

Sebastian Wirth, DEVAP

In dieser Publikation wird zur besseren Lesbarkeit nicht an jeder Stelle der weibliche und männliche Terminus verwendet. In diesen Fällen sind die anderen Geschlechter jedoch immer mitgemeint.

Vorwort

Die Pflegeversicherung ist – 25 Jahre nach ihrer Einführung – nicht mehr wegzudenken aus dem System der sozialen Sicherung in Deutschland. Die Bürgerinnen und Bürger rechnen fest mit ihren Leistungen und wären ohne die Pflegeversicherung mit dem Risiko der Pflegebedürftigkeit allein gelassen. Dabei geht es nicht nur um die finanzielle Belastung der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen, sondern auch um das durch die Pflegeversicherung wesentlich mitgetragene, in ganz Deutschland verfügbare Leistungsangebot. Das Leistungsangebot hat sich in den letzten 25 Jahren entwickelt – und wird sich vor dem Hintergrund des demografischen Wandels noch weiterentwickeln.

Soweit möglich, sorgen Bürgerinnen und Bürger zwar finanziell für das Alter vor, haben aber vielfach keine Vorstellung von der Pflege und Unterstützung, die bei Gebrechlichkeit und gesundheitlichen Beeinträchtigungen erforderlich sind. Deshalb ist es eine wichtige Aufgabe der sozialen Sicherung, den Bedarf an Pflege zu antizipieren und Strukturen für eine bedarfsgerechte Pflege für die gesamte Bevölkerung zu schaffen.

Dabei ist ein wichtiger Punkt die Transformation der häuslichen Pflege, die man 1994 noch selbstverständlich als Aufgabe der Familien, in der Regel von Frauen ansah. Auch heute werden etwa 70 Prozent der pflegebedürftigen Menschen in Privathaushalten gepflegt. Meistens gibt es eine Hauptpflegeperson, die die Pflege im Wesentlichen leistet und koordiniert. Jedoch sind die pflegenden Angehörigen stark belastet, zum Teil auch überlastet, unter anderem durch die mangelnde Vereinbarkeit von Pflege und Beruf. Die formellen wie informellen Hilfen, darunter auch die sogenannten 24-Stunden-Kräfte aus den osteuropäischen Nachbarländern, zeigen sehr deutlich die Probleme auf. Es gibt bislang keine ausreichende und angemessene Lösung.

In der vollstationären Pflege sind die steigenden Eigenanteile der Bewohner*innen ein deutliches Signal dafür, dass sich die Leistungen der Pflegeversicherung weiter-

entwickeln müssen. Das Problem wird mittlerweile auch in der Öffentlichkeit wahrgenommen.

Die Pflegeversicherung muss sich nach Auffassung der Diakonie Deutschland zu einer bedarfsdeckenden Sozialversicherung mit begrenzter Eigenbeteiligung weiterentwickeln. Sie soll die – nach fachlicher Einschätzung notwendigen – pflegerischen Leistungen finanzieren, mit Ausnahme einer Eigenbeteiligung, die für die Versicherten kalkulierbar ist. Bei einer vollstationären Versorgung kommen zu dieser Eigenbeteiligung weitere Kosten für Unterkunft und Verpflegung und so weiter hinzu.

Die hier vorgestellten Überlegungen sind Vorschläge für eine grundlegende Reform der Pflegeversicherung. Eine derartige Veränderung der Struktur der Pflegeversicherung ist nur mittelfristig und im Dialog mit vielen anderen Akteuren erreichbar. Auf dem Weg zu diesem Ziel sind kurzfristige Schritte sinnvoll, mit denen besonders drängende Probleme angegangen werden können. Auch dazu werden im Folgenden konkrete Vorschläge gemacht.

In den nächsten Monaten wollen wir über diese Vorschläge mit möglichst vielen Akteuren aus Politik und Verbänden sprechen, die an der Weiterentwicklung der Altenhilfe und Pflege interessiert sind und daran mitarbeiten.

Wir freuen uns auf einen breiten und konstruktiven Dialog.



Maria Loheide
Vorstand Sozialpolitik Diakonie Deutschland

1. Einleitung

1.1 Ausgangssituation

Mit der Einführung der Pflegeversicherung verfolgte der Gesetzgeber das Ziel, das Risiko der Pflegebedürftigkeit eigenständig abzusichern, dabei aber die öffentliche Finanzierung in einem engen Rahmen zu halten. Um dies zu gewährleisten, sollten die Leistungen der Pflegeversicherung von vornherein nur ergänzenden Charakter haben. Die Pflegeversicherung ist als Teilleistungssystem konzipiert und dient einer Entlastung der Versicherten von den pflegebedingten Kosten. Reichen eigenes Einkommen und Vermögen der Versicherten nicht aus, dann erhalten diese subsidiär Leistungen der Sozialhilfe. Seit Einführung der Pflegeversicherung erfolgte keine regelhafte Dynamisierung und/oder Erhöhung der Leistungen. Jede Qualitätsverbesserung, jede Erhöhung des Personalschlüssels oder jede Vergütungssteigerung muss deshalb von den Versicherten selbst getragen werden. Daraus resultieren dann Erhöhungen der Eigenanteile für die Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationären Pflegeeinrichtungen beziehungsweise höhere Zuzahlungen oder weniger Leistungszeiten für die Versicherten in der ambulanten Pflege.

Bei denjenigen, die reines Pflegegeld beziehen, wird einerseits die Belastung der pflegenden Angehörigen thematisiert, andererseits werden aber auch Anfragen an die Qualität der familialen Pflege gestellt. Aufgrund der demografischen Entwicklung (Zunahme des Anteils pflegebedürftiger Menschen an der Gesamtbevölkerung, zunehmende Singularisierung und Hochaltrigkeit, Anstieg des Renteneintrittsalters etc.) und des sozialen Wandels (zunehmende berufliche Mobilität, veränderte Rollenbilder) gibt es Grenzen in der familialen Pflege.

Aufgrund des Dargelegten ist die Weiterentwicklung des gegenwärtig unterfinanzierten Pflegesystems, das zurzeit von der familialen Pflege getragen wird, erforderlich.

1.2 Statistische Daten

Nach der Pflegestatistik 2017 werden von den 3,41 Millionen pflegebedürftigen Menschen etwa 52 Prozent allein durch Angehörige versorgt, etwa 24 Prozent durch Angehörige und ambulante Dienste und 24 Prozent der pflegebedürftigen Menschen leben in einer stationären Pflegeeinrichtung.

Das monatliche Pflegegeld beträgt etwa 50 Prozent des ambulanten Pflegesachleistungsbetrags. Die ambulanten und stationären Pflegesachleistungen sind nicht identisch, nähern sich aber der Höhe nach an. Zusätzlich haben die Versicherten im Bereich der häuslichen Pflege noch verschiedene additive Leistungsansprüche aus dem SGB XI, wie teilstationäre Pflege, Entlastungsbetrag, Verhinderungspflege, [...] und Ansprüche auf häusliche Krankenpflege nach dem SGB V. Dies führt zu einer Unübersichtlichkeit der Leistungsansprüche in der häuslichen Pflege.

1.3 Vorschlag der Diakonie Deutschland

Die Modelle respektive Vorschläge, die sich gegenwärtig in der öffentlichen Diskussion befinden, behandeln primär nur die Thematik der Pflegevollversicherung beziehungsweise des Sockel-Spitze-Tausches für die vollstationäre Pflege. In der vollstationären Pflege lebt aber nur circa ein Viertel der pflegebedürftigen Menschen.

Der Diakonie Deutschland ist es ein zentrales Anliegen, einen zukunftsfähigen Vorschlag für einen Systemwechsel zur Finanzierung der Pflegebedürftigkeit für die pflegebedürftigen Menschen in allen Versorgungssettings zu entwickeln und sowohl die formelle als auch die informelle Pflege mit einzubeziehen.

Die Diakonie Deutschland schlägt vor, die bisherige Pflegeversicherung in eine Pflegevollversicherung mit begrenzter Eigenbeteiligung^{1/2} zu überführen.

- Bis auf die in ihrer Höhe fixe Eigenbeteiligung werden dann alle pflegebedingten Leistungen, die notwendig, wirtschaftlich und zweckmäßig sind, von der Solidargemeinschaft übernommen.
- Damit wird das Risiko der Pflegebedürftigkeit über die Sozialversicherung abgesichert; für die begrenzte Eigenbeteiligung kann privat vorgesorgt werden.
- Die Pflegevollversicherung mit begrenzter Eigenbeteiligung bezieht sich nur auf die pflegebedingten Aufwendungen und nicht auf Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten. Diese sind weiterhin vom Pflegebedürftigen zu tragen.

¹ Für den vollstationären Bereich wird dieser Systemwechsel auch unter den Begriffen „Echte Pflegegeldkaskoversicherung umsetzen“ oder „Sockel-Spitze-Tausch“ vom Deutschen Evangelischen Fachverband für Altenarbeit und Pflege (DEVAP) u. a. gemeinsam mit dem Verband katholischer Altenhilfe in Deutschland e. V. (VKAD) vertreten.

² Unter Eigenbeteiligung, auch Selbstbehalt, Eigenanteil, Kostenbeteiligung oder Zuzahlung genannt, versteht man im Versicherungswesen den Anteil, den der Versicherungsnehmer im Versicherungsfall selbst zu tragen hat. Er wird als absoluter oder prozentualer Anteil gesetzlich festgelegt oder vertraglich vereinbart. Nur darüber hinausgehende Summen werden von der Versicherung bezahlt.

- Die Behandlungspflege in der stationären Pflege ist eine SGB-V-Leistung und wird aus dem SGB XI herausgelöst.
- Bei den Versorgungssettings und den Leistungen wird zwischen der vollstationären Pflege und der häuslichen Pflege unterschieden – mit Äquivalenzbeziehungen zwischen den Leistungen der vollstationären und der häuslichen Pflege.
- Dabei geht die Diakonie Deutschland davon aus, dass es weiterhin pflegebedürftige Menschen geben wird, die eine vollstationäre Versorgungsform benötigen.
- Die Leistungen der häuslichen Pflege umfassen im vorliegenden Konzept die bisherigen ambulanten Pflegesachleistungen, das Pflegegeld, die Kurzzeit- und Verhinderungspflege, die teilstationäre Pflege und den Entlastungsbetrag.
- Einführung eines servicebasierten Pflegesystems, wobei pflegende Angehörige und andere privat pflegende Personen oder 24-Stunden-Betreuungskräfte (sogenannte Live-Ins) zukünftig durch ein Anstellungsverhältnis abgesichert werden.
- Pflegebedürftige erhalten pauschal einen steuerfinanzierten Pflegeunterstützungsbetrag; die Höhe, über die diskutiert wird, entspricht der des Kindergelds.
- Ausweitung der Finanzbasis durch die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze und die Heranziehung anderer Einkommensarten wie Kapital- und Mieterträge bei den Beiträgen zur Pflegeversicherung.

Dieser Systemwechsel erfordert nach Auffassung der Diakonie Deutschland auch einen gesellschaftlichen Ver-

ständigungsprozess darüber, welches Leistungsniveau mit der Pflegevollversicherung erreicht werden soll und was unter den notwendigen Leistungen in der Langzeitpflege zu verstehen ist.

Die vorliegende Kurzfassung enthält die wesentlichen Änderungen aus der Perspektive des Leistungsempfängers (Kapitel 2–12) sowie Aussagen zu den Themen Ausweitung der Finanzbasis und nachhaltige Finanzierung (Kapitel 13) und zur Umsetzbarkeit einer Pflegevollversicherung mit begrenzter Eigenbeteiligung (Kapitel 14).

Eine **Langfassung** (diese wird im Sommer 2019 veröffentlicht) enthält eine ausführliche Vorstellung des Konzepts mit Aussagen zur Zielsetzung einer Pflegevollversicherung mit begrenzter Eigenbeteiligung, zu einer differenzierteren Ausgestaltung des Systems, zu den Themen Moral Hazard (Überbeanspruchung der Versicherungsleistungen) und Gerechtigkeit/Distribution und zur Ausgestaltung der pflegerischen Versorgungsstruktur auf der Systemebene. Ebenso beinhaltet die Langfassung Kapitel zu den Themen Effizienz und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung/Vergütungen und Pflegesätze, Qualitätssicherung/Qualitätsstandards/Qualitätsbewertung und Erhöhung der Flexibilität zwischen ambulant und stationär durch Zuwahlmöglichkeiten.

Der Vorschlag der Diakonie Deutschland bewegt sich auf einer mittleren Abstraktionsebene.

Es sind noch verschiedene Fragestellungen zu klären, weshalb die Diakonie Deutschland darauf hinweist, dass es zunächst verschiedener kurzfristiger Änderungen an dem bestehenden System der Pflegeversicherung bedarf (siehe Kapitel 15).

2. Leistungszugang / Bedarfsbemessung

- In einem Pflegevollversicherungsmodell mit begrenzter Eigenbeteiligung ist ein Bedarfsbemessungssystem aufgrund des Risikos einer Überbeanspruchung der Versicherungsleistungen (moral hazard)³ erforderlich. Mit einem solchen System kann die Leistungsmenge bestimmt werden, die die pflegebedürftigen Versicherten erhalten sollen.
- Die Diakonie Deutschland spricht sich für eine bundeseinheitliche pauschale Festlegung der Leistungsmenge nach einem Bedarfsgruppensystem aus, um den Bedarfsfeststellungsaufwand zu begrenzen und ein bundeseinheitliches und für eine große Versichertenanzahl (gegenwärtig ca. 3,41 Mio. pflegebedürftige Versicherte) standardisiertes handhabbares Verfahren zu gestalten.
- Der im Jahr 2016 mit dem zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) eingeführte neue Pflegebedürftigkeitsbegriff bildet hierfür eine geeignete fachliche Basis.
- Die Diakonie Deutschland schlägt deshalb vor, das gegenwärtige Begutachtungsverfahren auf der Basis des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zu einem Bedarfsbemessungssystem mit Bedarfsgruppen weiterzuentwickeln. Dies muss jedoch unter Berücksichtigung des zeitlichen Bedarfs, zum Beispiel an Betreuungsleistungen oder aufwändiger körperbezogener Pflege erfolgen.
- Der Leistungszugang des Versicherten soll – wie bisher – durch eine Antragstellung bei seiner Pflegekasse geschehen. Nach der Antragstellung erfolgt dann eine Begutachtung durch den MDK oder MEDICProof und es findet eine Zuordnung in eine Bedarfsbemessungsgruppe durch die Pflegekasse auf der Basis des Gutachtens statt.
- Es ist davon auszugehen, dass in der Regel eine Zuordnung zu einer Bedarfsbemessungsgruppe ausreichend sein wird.
- Wenn der Versicherte mit der Zuordnung in eine Bedarfsgruppe nicht einverstanden ist, kann er wie bisher Widerspruch einlegen. Auf den Widerspruch hin wird die Bedarfsgruppe überprüft.
- Darüber hinaus schlägt die Diakonie Deutschland vor, dass es auf Antrag des Versicherten auch eine individuelle Bedarfsfestlegung geben kann, die einen Anspruch auf einen über die bedarfsgruppenbezogene Leistungsmenge hinausgehende Leistungsmenge eröffnet. Der Anspruch auf diese erhöhte Leistungsmenge ist aber an eine verpflichtende Teilnahme an einem Case-Management gebunden, um einem möglichen Moral Hazard zu begegnen.

3. Einstiegsleistung / Zugangsschwelle

- Nach Auffassung der Diakonie Deutschland sollen der gegenwärtige Pflegebedürftigkeitsbegriff (siehe 2.), die Vorversicherungszeiten und auch die voraussichtliche Pflegebedürftigkeit von mindestens sechs Monaten beibehalten werden.
- Darüber hinaus ist zum einen in einem Pflegevollversicherungssystem eine Einstiegsschwelle für die Leistungen festzulegen (im gegenwärtigen System sind dies 12,5 Punkte).
- Zum anderen ist zu klären, ob es eines gestuften Einstiegs, analog zum gegenwärtigen Pflegegrad 1, bedarf. Die Versicherten haben hier keinen Pflegesachleistungsanspruch. Bei den Versicherten mit Pflegegrad 1 stehen insgesamt Leistungen im Vordergrund, die den Verbleib in der häuslichen Umgebung sicherstellen, ohne dass bereits voller Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung angezeigt ist (vgl. Drucksache 18/5926. S. 118).
- Beides ist fachlich und politisch zu bestimmen.

3 vgl. Kapitel 5.2 Moral Hazard in der Langfassung.

4. Festlegung der Leistungsmenge

Die Festlegung der Leistungsmenge⁴ erfolgt durch pauschale bedarfsgruppenbezogene Personalrichtwerte in der vollstationären Pflege beziehungsweise über pauschale bedarfsgruppenbezogene Fachleistungsstundenkontingente in der häuslichen Pflege. Konkret gestaltet sich dies wie folgt:

Vollstationäre Pflege

- In der vollstationären Pflege wird die Leistungsmenge zum einen durch die 24-stündige Versorgung bestimmt.
- Zum anderen determinieren aber auch die Personal-schlüssel (Personalrichtwerte) die Leistungsmenge, die ein Versicherter derzeit erhält. Nach Auffassung der Diakonie Deutschland sollte es in einem Pflegevollversicherungmodell mit begrenzter Eigenbeteiligung bundeseinheitliche Personalrichtwerte pro Bedarfsgruppe respektive Pflegegrad (z. B. auf der Basis der Ergebnisse des Modellprojekts nach § 113c SGB XI) geben.
- Die Diakonie Deutschland spricht sich für bundeseinheitliche Personalrichtwerte⁵ aus, da nicht nachvollziehbar ist, warum es – wie gegenwärtig – Unterschiede in der Leistungsmenge bei gleichem Pflegegrad oder gleicher Bedarfsgruppe zwischen den Bundesländern geben soll.

Häusliche Pflege

- In einem Pflegevollversicherungmodell mit begrenzter Eigenbeteiligung wird die individuell verfügbare Leistungsmenge nicht mehr wie bisher durch die Auswahl des Preisniveaus des Leistungsanbieters gesteuert. Dies gilt gegenwärtig nicht nur für die ambulante Pflege, sondern auch für die teilstationäre, die Kurzzeit- und

Verhinderungspflege und auch für die Entlastungsleistungen.

- Für den Bereich der häuslichen Pflege spricht sich die Diakonie Deutschland für den Anspruch des Pflegebedürftigen auf eine bestimmte Fachleistungsstundenzahl beziehungsweise ein bestimmtes Kontingent an professionellen Pflegeleistungen aus.
- Das Kontingent/Zeitpaket umfasst die Leistungen des ambulanten Pflegedienstes, der teilstationären Pflege, der Kurzzeitpflege, der Verhinderungspflege sowie die Entlastungsleistungen. Mit dem Fachleistungsstundenkontingent können die bedarfsnotwendigen pflegerischen Leistungen abgedeckt werden. Das Zeitkontingent kann flexibel vom Versicherten für die Leistungen der zugelassenen Pflegeeinrichtungen eingesetzt werden.
- Die Festlegung des Fachleistungsstundenkontingents soll anhand eines (individuellen) Assessments nach einem Bedarfsgruppensystem respektive nach Pflegegraden erfolgen.

Da an einem Leistungstag sowohl die teilstationäre Pflege als auch die Pflegesachleistungen des ambulanten Pflegedienstes in Anspruch genommen werden können, bedarf es einer Äquivalenzbeziehung zwischen den Leistungsstunden des ambulanten Pflegedienstes und den Personalrichtwerten der teilstationären Pflege, um die Aufteilung der Fachleistungsstunden vornehmen zu können. Nimmt der Pflegebedürftige anstelle der Pflegesachleistungen, der Verhinderungspflege und/oder der teilstationären Pflege eine vollstationäre Kurzzeitpflege in Anspruch, hat er für die jeweiligen Leistungstage einen Anspruch auf den Personalrichtwert der Kurzzeitpflege. Dieser wird auf der Basis der vollstationären Personalrichtwerte ermittelt (Auch hier gibt es eine Äquivalenzbeziehung, siehe Kapitel 6).

⁴ Durch die Begriffe Personalrichtwerte und Fachleistungsstundenkontingente werden keine Aussagen zum Qualifikationsniveau der Pflege(fach)kräfte und zu einem möglichen Personalmix getroffen. Diese Entscheidung muss zu einem späteren Zeitpunkt auf der Basis der Ergebnisse des Modellprojektes nach § 113c SGB XI fachlich und politisch getroffen werden.

⁵ Hierbei gehen wir davon aus, dass es zu einer deutlichen Erhöhung der Personalrichtwerte in allen Bundesländern kommen wird. - Siehe auch Punkt 15.

5. Bundeseinheitliche Leistungsansprüche pro Bedarfsgruppe

Nach Auffassung der Diakonie Deutschland sollte es auch zukünftig bundeseinheitliche Leistungsansprüche geben.

- Der bundeseinheitliche Leistungsanspruch bezieht sich nun aber nicht mehr auf die Leistungshöhe in Form eines Leistungsbetrags, sondern auf eine bundeseinheitliche Leistungsmenge – das heißt auf einen Personalrichtwert beziehungsweise auf ein Fachleistungsstundenkontingent für Pflegemaßnahmen und Betreuung.
- Dies sind in der vollstationären Pflege bedarfsgruppenbezogene bundeseinheitliche Personalrichtwerte und

in der häuslichen Pflege ein bedarfsgruppenbezogener Anspruch auf ein bundeseinheitlich festgelegtes Fachleistungsstundenkontingent.

Da die Vergütungen der Mitarbeitenden sowie die Lebenshaltungskosten in den Bundesländern beziehungsweise in den einzelnen Regionen sehr unterschiedlich sind, kann es weiterhin unterschiedliche Pflegesätze respektive Fachleistungsstundensätze geben. Dadurch kann es auch zu einer regionalen Umverteilung der Pflegeversicherungsmittel kommen, wie in den anderen Sozialversicherungszweigen (z. B. Krankenversicherung) auch.

6. Verhältnis der Personalrichtwerte in der vollstationären Pflege zum Fachleistungsstundenkontingent in der häuslichen Pflege

- Die Diakonie Deutschland spricht sich für ein Wunsch- und Wahlrecht des Versicherten und für eine Gleichrangigkeit der häuslichen und der vollstationären Pflege aus.
- Die bedarfsgruppenbezogenen Personalrichtwerte in der vollstationären Pflege und die bedarfsgruppenbezogenen Fachleistungsstundenkontingente in der häuslichen Pflege müssen deshalb zueinander in einem Verhältnis stehen, das die Gleichwertigkeit der Leistungen ausdrückt, ohne dass die Leistungen identisch sein müssen. Dies auch deshalb, da es sich in der häuslichen Pflege häufig um Leistungen handelt,

die eine Pflegefachkraft in einer Eins-zu-Eins-Beziehung in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen erbringt. Während es in der vollstationären Pflege Synergieeffekte geben kann, zum Beispiel durch eine gemeinsame soziale Betreuung oder einen gemeinsamen Nachtdienst. Um die Gleichwertigkeit der Leistungen zwischen der vollstationären Pflege und der häuslichen Pflege in der jeweils gleichen Bedarfsgruppe sicherzustellen, ist eine Äquivalenzbeziehung zwischen den Personalrichtwerten in der vollstationären Pflege und dem Fachleistungsstundenkontingent in der häuslichen Pflege erforderlich.

7. Ausgestaltung der Eigenbeteiligung der Versicherten

In einem Pflegevollversicherungsmodell mit begrenzter Eigenbeteiligung sind Entscheidungen zur Höhe und zur strukturellen Ausgestaltung der Eigenbeteiligung zu treffen. Die Höhe der bundeseinheitlichen pauschalen Eigenbeteiligung ist auch nach Auffassung der Diakonie Deutschland politisch zu bestimmen.

Denkbar sind alle Werte auf einem Kontinuum, das durch zwei „Ankerpunkte“ im bisherigen System gebildet wird. Der erste Ankerpunkt besteht darin, den Sockel auf ein Niveau von Null abzusenken und somit eine Pflegevollversicherung zu realisieren. Nach Rothgang und Kalwitzki kann als ein zweiter, entgegengesetzter Ankerpunkt der Sockelbetrag so bestimmt werden, dass die aktuell von der Gesamtheit der Pflegebedürftigen aufgebrauchten Eigenanteile auch durch den neuen Sockel finanziert werden. (vgl. Rothgang/Kalwitzki, 2017, S. 34.)

Bei der Ausgestaltung der begrenzten Eigenbeteiligung ist es der Diakonie Deutschland wichtig, dass es sich hierbei um einen absoluten Betrag handelt und nicht um einen Prozentsatz der Kosten für die pflegebedingten Aufwendungen. Ein relationaler Betrag würde weiterhin zu einem Preiswettbewerb der Anbieter um die Versicherten führen, wenn auch gegebenenfalls in einer im Vergleich zum gegenwärtigen System abgeschwächten Form.

Außerdem spricht sich die Diakonie Deutschland für eine bundesweit einheitliche begrenzte Eigenbeteiligung für die häusliche Pflege und die vollstationäre Pflege aus, um keine „falschen“ finanziellen Anreize für die Versicherten zur Auswahl des Versorgungssettings zu setzen, aber auch, um für die Finanzierung der begrenzten Eigenbeteiligung eine private Vorsorge treffen zu können.

Des Weiteren ist ein Inflationsausgleich für die begrenzte Eigenbeteiligung einzuführen, damit der Realwert der begrenzten Eigenbeteiligung nicht absinkt.

8. Einführung des Bedarfsdeckungsprinzips

In einer Pflegevollversicherung mit begrenzter Eigenbeteiligung bekommt der Versicherte alle pflegebedingten Leistungen, die notwendig, wirtschaftlich und zweckmäßig sind von der Pflegeversicherung, abgesehen von der begrenzten Eigenbeteiligung. Dies steht im Gegensatz zur bisherigen Deckelung der Leistungen der Pflegeversicherung.

Im gegenwärtigen System der Pflegeversicherung gibt es kein Bedarfsdeckungsprinzip, sondern eine Deckelung der Leistung, das heißt pauschalisierte Leistungen als Zuschuss zum Gesamtbedarf. Hierbei erfolgt die Deckelung in zweifacher Hinsicht: zum einen durch die Festsetzung der pauschalen Leistungsbeträge und zum anderen durch die fehlende regelhafte Dynamisierung der Leistungen.

In einer Pflegevollversicherung mit begrenzter Eigenbeteiligung dagegen erhält der Versicherte alle notwendigen, wirtschaftlichen und zweckmäßigen pflegebedingten Leistungen entsprechend dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse. Sie berücksichtigt auch den medizinisch-pflegerischen Fortschritt. Eine Pflegevollversicherung würde dann auch analog der GKV keine gedeckelten oder pauschalieren

Leistungen kennen: Denn in einer Pflegevollversicherung analog der GKV kommt es durch den Anspruch jedes Versicherten auf alle notwendigen Leistungen stets zu einer automatischen Leistungsdynamisierung. Somit käme es auch in der Pflegeversicherung unweigerlich, das heißt ohne Gesetzesänderungen, zu Leistungsanpassungen und Leistungsverbesserungen.

In einem Pflegevollversicherungsmodell mit begrenzter Eigenbeteiligung stellt sich ebenfalls die Frage der Kostenbegrenzung. „Um die Vorteilhaftigkeit einer Umkehrung des Verhältnisses von Versicherungsleistung und Eigenanteil zu thematisieren, müssen daher die möglichen Formen von Moral Hazard in der Pflegesicherung (vgl. Mager 1995) und die Frage, wer darüber bestimmt, welche Leistungsmengen, in welcher Qualität, zu welchem Preis in Anspruch genommen werden können, betrachtet werden.“ (Rothgang/Kalwitzki, 2017, S. 11.)

In der Pflegevollversicherung mit begrenzter Eigenbeteiligung bedarf es deshalb ergänzender Instrumente, um die Nachfrage nach nicht notwendigen oder zu teuren Angeboten zu vermeiden (siehe auch Kapitel 5.2 der Langfassung zu Moral Hazard).

9. Umstieg in Richtung servicebasiertes Pflegesystem

Knapp 50 Prozent der pflegebedürftigen Menschen erhalten gegenwärtig weder Pflegesachleistungen noch wohnen sie in einer stationären Pflegeeinrichtung, sondern beziehen nur Pflegegeld. Die bisherigen Gutachten (Rothgang/Kalwitzki, 2017, und auch Lungen, 2012) treffen keine Aussagen zur häuslichen Versorgung und dem Umgang mit dem Pflegegeld in einem Pflegevollversicherungsmodell mit begrenzter Eigenbeteiligung. Verschiedene Studien, zuletzt der Barmer Pflegereport 2018, dokumentieren, dass pflegende Angehörige an der Grenze der Belastbarkeit angekommen sind.

Neben den inhaltlichen Anfragen an die familialen Pflegearrangements mit reinem Pflegegeldbezug und dem zu erwartenden Rückgang des familialen Pflegepotentials aufgrund des demografischen und sozialen Wandels, macht auch die gegenwärtige zahlenmäßige Vorrangstellung des Pflegegeldbezugs es erforderlich, eine Lösung für das Pflegegeld und für die informelle Pflege bei einem Umstieg auf eine Pflegevollversicherung mit begrenzter Eigenbeteiligung zu finden.

Bei der Einführung einer Pflegevollversicherung mit begrenzter Eigenbeteiligung ist deshalb auch die Entscheidung zu treffen: Soll das bisherige familienbasierte Pflegesystem – dessen Basis das Pflegegeld bildet – fortgesetzt werden, oder soll ein Umstieg in Richtung eines servicebasierten Pflegesystems erfolgen?

Die Diakonie Deutschland spricht sich für diesen Umstieg aus, um ein zukunftsfähiges Pflegesystem zu ermöglichen.

Dies würde bedeuten, dass die bisherigen Pflegepersonen der Versicherten in ein Feststellungsverhältnis wechseln, wenn sie nicht auf den Sachleistungsbezug in der häuslichen Pflege umsteigen. Das sozialversicherungspflichtige Feststellungsverhältnis sollte die pflegenden Angehörigen, andere private Pflegepersonen sowie die sogenannten Live-Ins umfassen. Dadurch werden die pflegenden Angehörigen deutlich besser gestellt, da sie eine der Arbeitsleistung entsprechende Rentenvorsorge treffen können und nicht durch die Pflege von

Angehörigen später von Altersarmut betroffen sind. Beim Feststellungsverhältnis ist ein Case-Management obligatorisch.

Des Weiteren ist denkbar, dass die „Case-Managementinstanz“ auch die Arbeitgeberfunktion übernimmt und die pflegenden Angehörigen und andere private Pflegepersonen von dieser angestellt werden.

Durch die Einbeziehung der pflegenden Angehörigen beziehungsweise der informellen Pflege in das servicebasierte Pflegesystem wird das Pflegegeld obsolet.

Dennoch soll durch Umstieg in ein servicebasiertes System die Pflege durch die Familie nicht zurückgedrängt werden. Die Erfahrungen in den skandinavischen Ländern zeigen, dass sich diese Befürchtung nicht bewahrheitet und die Familie sich nicht zurückzieht, sondern nur eine andere Rolle im pflegerischen Versorgungssetting einnimmt.

Nach Auffassung der Diakonie Deutschland sollte der Wechsel in ein Feststellungsverhältnis für alle pflegenden Angehörigen, andere privat pflegende Personen und Live-Ins im erwerbsfähigen Alter obligatorisch sein, sofern der Versicherte sich nicht für den Sachleistungsbezug entscheidet. Für Angehörige im Rentenalter, die Hauptpflegepersonen sind, wird eine für sie sinnvolle Form der sozialen Absicherung empfohlen. Aber auch sie werden in das Case-Management einbezogen, wenn sie auf einen Sachleistungsbezug verzichten. Darüber hinaus ist im Rahmen der weiteren Diskussionen und Prozesse zum Systemwechsel zu klären, ob hier andere Leistungsansprüche neben dem allgemeinen Pflegeunterstützungsbetrag (siehe 10.) denkbar sind. Auch dies ist fachlich und politisch zu bestimmen.

Um aktuelle Leistungsbezieher in der häuslichen Pflege durch den Reformvorschlag nicht zu benachteiligen, sollte eine Besitzstandsschutzregelung beim Systemwechsel für die gegenwärtigen Pflegegeldbezieher eingeführt werden.

10. Allgemeiner Pflegeunterstützungsbetrag

Neben den Leistungen der vollstationären Pflege beziehungsweise den Leistungen der häuslichen Pflege erhalten pflegebedürftige Menschen grundsätzlich eine allgemeine, nicht zweckgebundene finanzielle Unterstützung. Die Höhe sollte in Anlehnung an das Kindergeld erfolgen (beträgt zurzeit 194 € für das 1. und 2. Kind). Die allgemeine finanzielle Unterstützung sollte dem Pflegebedürftigen zu seiner freien Verfügung stehen. Er kann sie an die pflegenden Angehörigen weitergeben, aber auch an andere Personen, die ihn unterstützen.

Im Rahmen der weiteren Diskussionen und Prozesse zum Systemwechsel in Richtung einer Pflegevollversicherung mit Eigenbeteiligung ist hierzu zu klären, ob alle pflegebedürftigen Versicherten den allgemeinen Pflegeunterstützungsbetrag erhalten sollen oder nur ein begrenzter Personenkreis. Der Pflegeunterstützungsbetrag könnte eine Einstiegsleistung bei einem gestuften Einstieg darstellen (siehe hierzu 3.) Auch dies ist fachlich und politisch zu bestimmen.

11. Case-Management

In einem Pflegevollversicherungsmodell mit begrenzter Eigenbeteiligung kann das Case-Management verschiedene Rollen haben.

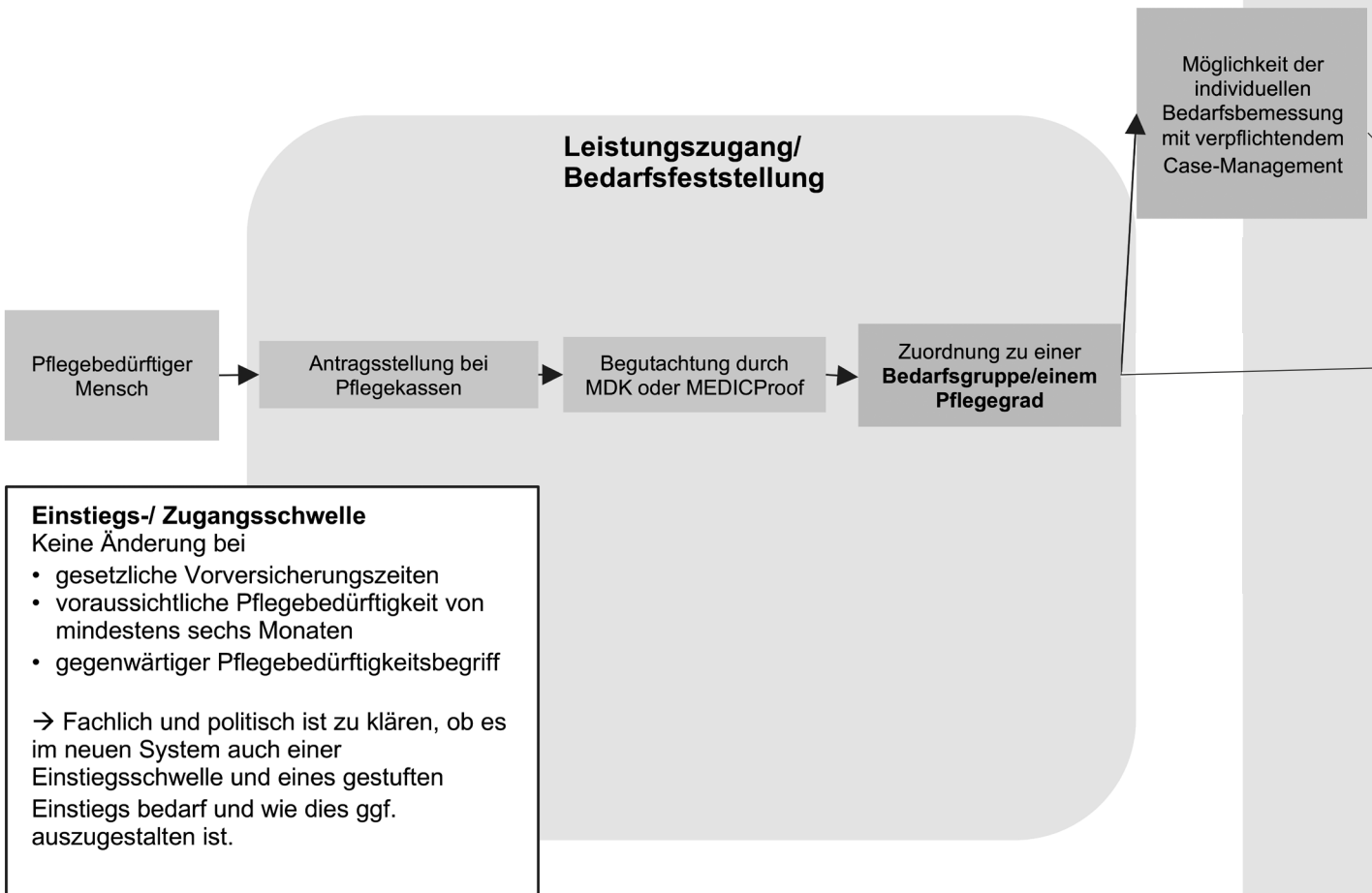
Nach Auffassung der Diakonie Deutschland sollte jeder Versicherte einen Rechtsanspruch auf ein trägerneutral beratendes Case-Management haben. Die Diakonie Deutschland setzt sich für eine Verankerung eines Leistungsanspruchs des Versicherten auf ein sozialarbeiterisches beziehungsweise pflegfachliches 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.

Bei einer pauschalen Festlegung der Leistungsmenge (siehe 4.) hat der Versicherte einen Rechtsanspruch, aber keine Verpflichtung zur Teilnahme am Case-Management.

Sofern der Versicherte einen höheren individuellen Bedarf geltend macht, ist das Case-Management verpflichtend. Es hat in diesem Fall die Funktion, das individuelle Pflege-setting zu sichern und eine missbräuchliche Nutzung von Pflegeleistungen zu verhindern.

Auch bei einem Feststellungsverhältnis ist das Case-Management verpflichtend. Es übernimmt hier die Qualitätssicherung. Außerdem ist denkbar, dass die Case-Managementinstanz die Arbeitgeberfunktion übernimmt.

12. Pflegevollversicherung mit begrenzter Eigenbeteiligung – aus der Perspektive des Leistungsempfängers



Leistungsmenge

Festlegung der Leistungsmenge
 durch bundeseinheitlichen bedarfsgruppen-/pflegegradbezogene Personalrichtwerte (vollstationär) oder bedarfsgruppen-/pflegegradbezogene Fachleistungsstundenkontingent (häusliche Pflege) für **Pflege und Betreuungsleistungen**

Bedarfsdeckende Leistungsmenge im häuslichen Setting in Form eines Fachleistungsstundenkontingents

Äquivalenzbeziehung

Bedarfsdeckende Leistungsmenge in der vollstationären Pflege in Form von Personalrichtwerten

- Ambulanter Pflegedienst
- Tagespflege
- Verhinderungspflege
- Kurzzeitpflege
- Entlastungsbetrag

+

Pflegeunterstützungsbetrag

ggf. Feststellungsverhältnis

- pflegende Angehörige,
- selbstbeschaffte Pflegehilfe
- Live-Ins

mit verpflichtendem Case-Management

Bundeseinheitlich festgelegte bedarfsgruppen-/pflegegradbezogene Personalrichtwerte

+

Pflegeunterstützungsbetrag

Behandlungspflege wird vollständig von der Krankenversicherung übernommen

13. Ausweitung der Finanzbasis und nachhaltige Finanzierung

Sowohl im bisherigen System als auch in einem Pflegevollversicherungsmodell mit begrenzter Eigenbeteiligung sind eine Ausweitung der Finanzbasis der Pflegeversicherung und eine nachhaltige Finanzierung erforderlich.

Der mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs einhergehende Paradigmenwechsel, aber auch der demografische Wandel, die erforderlichen Leistungsdynamisierungen und die Umstellung in ein Pflegevollversicherungsmodell mit begrenzter Eigenbeteiligung werden zusätzliche finanzielle Ressourcen erfordern. Daher muss die Pflegeversicherung mittel- und langfristig auf eine nachhaltige Finanzierungsgrundlage gestellt werden.

Für die zukünftige Finanzierung der Pflegeversicherung ist eine Kombination aus verschiedenen Elementen sinnvoll, da alle einzelnen Optionen zur Finanzierung der Pflegeversicherung Vor- und Nachteile aufweisen.⁶

Die Kombination zur Erhöhung der Einnahmen der Pflegeversicherung besteht aus den Elementen:

- Heranziehung anderer Einkommensarten wie Kapital- und Mieterträge bei der Beitragsbemessung neben dem Arbeitsentgelt
- Beitragssatzerhöhungen
- Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf das höhere Niveau der Rentenversicherung
- Steuermittel beispielsweise für die Alterssicherung der pflegenden Angehörigen, Lohnersatzleistungen für pflegende Angehörige, für die allgemeine finanzielle Unterstützung der pflegebedürftigen Menschen.

⁶ Siehe hierzu auch: Diakonie Deutschland (2014): Positionen der Diakonie zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung. Diakonie Text, 05.2014, S. 5

14. Finanzierung einer Pflegevollversicherung mit begrenzter Eigenbeteiligung

In Bezug auf die Frage nach der Finanzierung einer Pflegevollversicherung zeichnen sowohl die Parametrisierung im Gutachten von Rothgang/Kalwitzki beziehungsweise bei Rothgang und Domhoff (2017), als auch die Berechnungen nach Längen (2012) ein wahrscheinlich zu positives Bild. Die resultierenden Beitragssatzerhöhungen bewegen sich im Rahmen von einem Beitragssatzpunkt (0,7 bis 1,3). Sie rechnen jedoch mit Daten, die auf dem bisherigen Pflegebedürftigkeitsbegriff beruhen und berücksichtigen die Umstellungen aus dem Jahr 2017 nicht.

Bei der Einführung eines Pflegevollversicherungsmodells mit begrenzter Eigenbeteiligung in der hier dargelegten Ausgestaltung handelt es sich nicht um eine kostenneutrale Umstellung. Die bedarfsdeckenden Versorgungsstrukturen, höhere Qualität in vollstationären und häuslichen Settings und die zusätzlichen Aufwendungen für die bisher privat erfolgte Pflege werden zu steigenden Ausgaben der Pflegeversicherung führen.

Dieser Erhöhung der Ausgaben stehen jedoch Effekte auf der Einnahmenseite sowie die Entlastung der Sozialhilfe gegenüber.

Diese Effekte können zum gegenwärtigen Zeitpunkt nur benannt, aber nicht berechnet werden. Für eine Berechnung bedarf es verschiedener sozialpolitischer Entscheidungen wie zum Beispiel zum Niveau einer bedarfsdeckenden Versorgung, zur Einstiegsschwelle für Leistungen, zur Höhe der Eigenbeteiligung. Außerdem ist eine Entscheidung zum Pflegeunterstützungsbetrag und zu seiner Höhe erforderlich.

Folgende Effekte sind zu beachten:

- Die Umstellung auf ein servicebasiertes System mit einem Arbeitnehmermodell für pflegende Angehörige sowie für sogenannte Live-Ins (24-Stunden-Betreuungskräfte) erhöht die Einnahmen der Sozialversicherungen.
- Die Sozialhilfe wird im Bereich der Hilfe der Pflege deutlich entlastet (2017: 3,8 Mrd. EUR⁷). Auch können durch das Feststellungsverhältnis die Kosten für die Grundsicherung bei Erwerbsminderung durch die Pflege eines Angehörigen gesenkt werden.
- Die Krankenversicherung, ebenso wie die Rentenversicherung, hat durch diese weitergehende sozialversicherungspflichtige Beschäftigung ebenfalls höhere Einnahmen.
- Auf der anderen Seite wird es in der gesetzlichen Krankenversicherung zu zusätzlichen Ausgaben durch die Überführung der Behandlungspflege in der stationären Pflege ins SGB V kommen.⁸

Da das aktuelle Pflegegeld mit der Einführung eines servicebasierten Systems in einer Pflegevollversicherung mit begrenzter Eigenbeteiligung nicht mehr notwendig ist, sinken die diesbezüglichen Ausgaben der Pflegeversicherung. Zu klären ist, welche Institution die Arbeitgeberrolle einnimmt.

Die Größe der Effekte, insbesondere die Mehrausgaben und -einnahmen, die Verlagerungen zwischen den Kostenträgern (Pflegeversicherung/Krankenversicherung) und die Entlastungen (Hilfe zur Pflege/kommunale Sozialhilfe) erfordern weitere Gutachten unter Berücksichtigung gesellschaftspolitisch diskutierter Annahmen zu den erforderlichen sozialpolitischen Entscheidungen. (Weitere Aussagen hierzu siehe Kapitel 10.2. Langfassung)

⁷ https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2017/08/PD17_292_221.html

⁸ Nach Auffassung von Rothgang/Kalwitzki, 2017, S. 29 ist davon auszugehen, dass der GKV bei Umfinanzierung der medizinischen Behandlungspflege in Pflegeheimen Mehrausgaben von derzeit rund 2,5–3 Mrd. Euro entstehen.

15. Kurzfristige Änderungsvorschläge für das bestehende System der Pflegeversicherung

Bis zur Umsetzung einer Pflegevollversicherung mit begrenzter Eigenbeteiligung ist eine Vielzahl an offenen Fragestellungen zu klären. Angesichts der dargestellten Ausgangslage gibt es jedoch folgende kurzfristige Handlungsbedarfe:

- Die Behandlungspflege in der stationären Pflege ist eine SGB-V-Leistung und wird komplett aus dem SGB XI herausgelöst. Damit kann die Pflegeversicherung ihre Mittel wieder verstärkt für ihre originären Aufgaben verwenden. Ein erster Teilschritt wurde mit dem Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz (PpSG) gemacht.
- Seit Einführung der Pflegeversicherung erfolgte keine regelhafte Dynamisierung oder Erhöhung der Leistungen. Jede Qualitätsverbesserung, jede Erhöhung des Personalschlüssels oder jede Vergütungssteigerung muss deshalb von den Versicherten selbst getragen werden. Daraus resultieren dann Erhöhungen der Eigenanteile für die Bewohner von vollstationären Pflegeeinrichtungen beziehungsweise höhere Zuzahlung oder weniger Leistungszeiten für die Versicherten in der ambulanten Pflege. Um dem zu begegnen, sind regelmäßige Leistungsdynamisierungen erforderlich, das heißt, die Kriterien der Begrenzung der Leistungsdynamisierung nach § 30 SGB XI sind an die Realitäten der Kostenentwicklung der Leistungen anzupassen.
- Die Leistungshöhen in der vollstationären Pflege, zum Beispiel 770 Euro im Pflegegrad 2, entsprechen nicht den Versorgungsbedarfen der Versicherten. Die Leistungshöhen sind jährlich an die Versorgungserfordernisse anzupassen. Darüber hinaus ist die Systematik der mit dem PSG II eingeführten, einrichtungseinheitlichen Eigenanteilen zu überprüfen.
- Die in § 43a SGB XI bisher pauschalisierten Leistungsansprüche auf Pflegeleistungen von Menschen mit Behinderungen in stationären Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe sind künftig pflegegradbezogen – analog zu den Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI – auszugestalten.
- Die Länder und die Kommunen sind für die Investitionskostenförderung zuständig. In den letzten Jahren ist die Investitionsförderung für Pflegeeinrichtungen zur Ausnahme geworden. Entsprechend haben sich die Investitionskosten als Bestandteil der Heimentgelte und der ambulanten Pflegeleistungen für die pflegebedürftigen Menschen stark erhöht. Diese Entwicklung muss umgekehrt werden, deshalb ist die Investitionskostenförderung zu klären.
- Die Umsetzung des bis 2020 zu entwickelnden Personalbemessungsinstruments ist gesetzlich verbindlich festzuschreiben. Bis das neue Personalbemessungsinstrument greift, ist mindestens der gegenwärtig höchste Personalrichtwert in den Bundesländern für ganz Deutschland festzuschreiben. Außerdem ist auch für die ambulante Pflege eine adäquate Zwischenlösung festzulegen.
- Es sind eine Ausweitung der Finanzbasis und eine nachhaltige Finanzierung der Pflegeversicherung erforderlich. Dies beinhaltet eine Erhöhung der Einnahmenseite durch Heranziehung anderer Einkommensarten wie Kapital- und Mieterträge bei der Beitragsbemessung – neben Arbeitsentgelt, Beitragssatzerhöhungen sowie Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf das höhere Niveau der Rentenversicherung und Steuermittel beispielsweise für die Alterssicherung der pflegenden Angehörigen, Lohnersatzleistungen für pflegende Angehörige.
- Die Versicherten im Bereich der häuslichen Pflege haben noch verschiedene additive Leistungsansprüche aus dem SGB XI, wie teilstationäre Pflege, Entlastungsbetrag, Verhinderungspflege. Dies führt zu einer Unübersichtlichkeit der Leistungsansprüche in der häuslichen Pflege und viele Versicherte können sich die Zugänge nicht erschließen.

Auszug Diakonie Texte 2017/2018/2019

- 04.2019 Diakonischer Corporate Governance Kodex (DGK) – in der von der Konferenz Diakonie und Entwicklung am 18. Oktober 2018 verabschiedeten Fassung
- 03.2019 GEMEINSAM. VERANWORTLICH. – Kooperationen zwischen diakonischen und gewerblichen Unternehmen aktiv gestalten
- 02.2019 Evangelische Identität und Pluralität – Perspektiven für die Gestaltung von Kirche und Diakonie in einer pluraler werdenden Welt
- 01.2019 Ergänzende Finanzierung diakonischer Unternehmen im Wettbewerb – Handreichung
- 11.2018 Pflegestatistik zum 15. 12. 2015
- 10.2018 Neue Angebote zur Teilhabe am Arbeitsleben für Menschen mit Behinderungen – im Licht der UN-Behindertenrechtskonvention
- 09.2108 Familien gehören zusammen – Das Recht auf Familienleben von Flüchtlingen umsetzen!
- 08.2018 Armut Macht Ohnmacht Strategien der Ermutigung
- 07.2018 Leitfaden der Zusammenarbeit von Diakonie Deutschland, gliedkirchlichen Diakonischen Werken und Fachverbänden
- 06.2018 Wir sind Nachbarn. Alle Für mehr Verantwortung miteinander Dokumentation des Schwerpunktthemas 2015–2017
- 05.2018 Wechselmodell: nur unter Beachtung des Kindeswohls! Diakonie Deutschland – Arbeitsgemeinschaft alleinerziehender Mütter und Väter in der Diakonie Deutschland (agae)
- 04.2018 Gesundheit und Teilhabe von Menschen in Langzeitarbeitslosigkeit. Diakonische Anforderungen
- 03.2018 Diakonische Eckpunkte zur Früherkennung und Frühförderung für Kinder mit Behinderung und von Behinderung bedrohte Kinder Nach dem Bundesteilhabegesetz (BTHG)
- 02.2018 Familienzusammenführungen im Rahmen der Dublin-III-Verordnung nach Deutschland Anspruch – Verfahren – Praxistipps
- 01.2018 Positionen der Diakonie Deutschland in der Gesundheits-, Rehabilitations- und Pflegepolitik 2018
- 06.2017 Einrichtungsstatistik zum 1. Januar 2016 – Regional

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 vervielfältigt werden. Diakonie Texte finden Sie unter 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
T +49 711 21 59-777
F +49 711 797 75 02
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

www.diakonie.de

Diakonie Deutschland
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
www.diakonie.de

Redaktion:
Barbara-Maria Vahl
Zentrum Kommunikation
T +49 30 652 11-1116
barbara-maria.vahl@diakonie.de

Kontakt:
Erika Stempfle
Arbeitsfeld ambulante gesundheits- und sozial-pflegerische Dienste/ ambulante Altenhilfe
Zentrum Gesundheit, Rehabilitation und Pflege
T +49 30 652 11-1672
F +49 30 652 11-3672
erika.stempfle@diakonie.de

Layout:
A. Stiefel

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

© Juni 2019 – 1. Auflage
ISBN-Nr. 978-3-946840-33-6
Art.-Nr. 613 003 069

Diakonie Deutschland
Evangelisches Werk für
Diakonie und Entwicklung e.V.
Caroline-Michaelis-Straße 1
10115 Berlin
T +49 30 652 11-0
F +49 30 652 11-3333
diakonie@diakonie.de
www.diakonie.de