

**Stellungnahme der
Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG)
zum
Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung
(Pflege- Neuausrichtung-Gesetz – PNG,
BT- Drucksache 17/9369)**

Das Pflege-Neuausrichtungsgesetzes (PNG) verfolgt aus Sicht der Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG) eine Reihe von Zielen, die positiv zu bewerten sind. Dazu gehören u.a. die Stärkung der Beratung von Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen und die Stärkung der Ziels „Rehabilitation vor Pflege“. Bei diesen Punkten sind die konkreten Umsetzungsvorschläge im Detail jedoch teilweise kritisch zu bewerten. Insgesamt positiv ist der Einstieg in Leistungsverbesserungen, insbesondere bei der sogenannten Pflegestufe 0 und die neuen Möglichkeiten zur Flexibilisierung der Inanspruchnahme von Leistungen. Die geplanten Differenzierungsmöglichkeiten bei der Vergütung der Pflegesachleistung nach Zeitaufwand oder nach Leistungsinhalten verschafft den Pflegebedürftigen mehr Auswahl bei der Zusammenstellung und ist begrüßenswert. Durch individuell definierbare Leistungspakete können die Bedarfe in Einzelfällen besser gedeckt werden.

Für die DVSG liegt eine Schwäche des vorgelegten Gesetzentwurfs darin, dass notwendige Reformschritte zur systematischen Einbeziehung der Bedarfslagen von an Demenz erkrankten Menschen durch die Umsetzung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und zur nachhaltigen Sicherung der Finanzierungsgrundlage der Pflegeversicherung nicht in Angriff genommen werden.

Aus unserer Perspektive hätten diese wesentlichen Zukunftsaufgaben für die Versorgung von Pflegebedürftigen schneller aufgegriffen werden müssen. Den spezifischen Versorgungsbedarfen dementiell erkrankter Menschen und der systematischen Einbeziehung darauf zielender Leistungen in die Pflegeversicherung sollte eine hohe Priorität eingeräumt werden. Es bedarf darüber hinaus der Anpassung der Versorgung an die sich wandelnden gesundheitlichen und sozialen Problemlagen im Alter und die sich verändernden Präferenzen der von Pflegebedürftigkeit Betroffenen. Dazu sind multiprofessionelle, sektorenübergreifende Versorgungskonzepte zur Sicherstellung der individuellen Bedarfslagen der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen sowie zur Koordination und Umsetzung der jeweils erforderlichen passgenauen Unterstützungsangebote notwendig.

Eine solidarische, nachhaltige Absicherung des Pflegerisikos, die eine angemessene Versorgung der Betroffenen auch dann noch garantiert, wenn die geburtenstarken Jahrgänge in ein Alter mit hoher Pflegewahrscheinlichkeit kommen, stellt die Voraussetzung dar, um das Vertrauen in die gesetzliche Pflegeversicherung zu erhalten.

Zu ausgewählten Vorschriften im Einzelnen:

§ 7 Aufklärung, Beratung (mit § 18 Absatz 3 und § 18a)

Die DVSG begrüßt die Stärkung des Beratungsanspruchs der Pflegebedürftigen und Ihrer Angehörigen in Hinblick auf das Recht der Antragsteller, das Gutachten des Medizinischen Dienstes oder eines anderen von der Pflegekasse beauftragten Gutachters anzufordern und die Pflicht der Krankenkasse, die geplante gesonderte Rehabilitationsempfehlung gemäß §18 a Absatz 1 unangefordert zu übermitteln.

Die Verankerung der Pflicht zur Übermittlung gesonderter Rehabilitationsempfehlungen gemäß §18 a Absatz 1 an den Antragsteller trägt aus unserer Sicht dazu bei, die Transparenz für die Antragsteller zu erhöhen und wird von uns befürwortet. Ebenfalls sollte die Pflicht zur unangeforderten Übermittlung des Gutachtens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch die Pflegekassen verankert werden. In der Beratung kann erfasst werden, ob der Antragsteller auf die Übersendung verzichten will.

§ 7b Beratungsgutscheine

Grundsätzlich:

Die DVSG lehnt die Einführung der Beratungsgutscheine in der geplanten Form ab. Eine kleinteilige Ergänzung des Beratungsangebots, wie es die Regelung im Gesetzesentwurf vorsieht, führt zu einer weiteren Zersplitterung der ohnehin für die Patienten schon unübersichtlichen Beratungslandschaft. Keinesfalls sollten mit dem PNG neue Beratungsstrukturen geschaffen werden. Statt neue Beratungsstellen mit Aufgaben der Pflegeberatung zu betrauen, sollten die finanziellen Ressourcen in den Ausbau und die Weiterentwicklung der Pflegestützpunkte investiert werden.

Beratungsbedarfe entstehen immer dann, wenn die selbständige Lebensführung gefährdet oder nur eingeschränkt möglich ist, sei es aufgrund gesundheitlicher Probleme oder weil die bisherigen Versorgungsarrangements in der bisherigen Form nicht mehr aufrecht zu erhalten sind. Diese Situationen sind unabhängig vom Grad der jeweiligen Beeinträchtigung oder einer Pflegestufe, denn auch im Vorfeld eines Antrags kann ein hoher individueller Beratungsbedarf bestehen.

Die Verpflichtung der Pflegekasse, den Antragstellern innerhalb von zwei Wochen nach der Antragstellung einen Beratungstermin oder einen Beratungsgutschein anzubieten, kann dazu beitragen, dass mehr Antragsteller und deren Angehörige beraten werden. Damit werden Informationsdefizite abgebaut, Betroffene erhalten frühzeitig eine qualifizierte Unterstützung bei der Bedarfserhebung, der Entscheidungsfindung, Umsetzung und Sicherstellung der individuellen Versorgungsarrangements.

Die Pflegekassen sollten somit bei allen Erst- und Folgeanträgen auf Leistungen der Pflegeversicherung eine Beratung in den Pflegestützpunkten verbindlich anbieten, die Fragen zu Leistungsansprüchen nach Bundes- und Landesgesetzen sowie die individuelle Bedarfssituation des Betroffenen in den Mittelpunkt stellt. Dazu ist Beratung zu Fragen der Wohnraumanpassung, der Klärung von Perspektiven für familiäre Versorgungsarrangements, zu niedrigschwelligen Angeboten zur Sicherstellung der Lebens in sozialen Bezügen (Kirchengemeinden, Kommunen etc.), Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten und ähnliches anzubieten. Versorgungspläne sollten erstellt, die Umsetzung begleitet und die Ergebnisse evaluiert werden.

Bei der rechtlichen Verankerung der Pflegestützpunkte und in der Konkretisierung der fachlichen Voraussetzungen für die Beratung in den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 7 Abs. 3 Satz 3 SGB XI wurden zu Recht hohe qualifikatorische Anforderungen für die Pflegeberatung festgeschrieben. Hinter diese Anforderungen darf nicht zurückgefallen werden.

Die DVSG plädiert dafür, die Pflegestützpunkte als Orte der multiprofessionellen, systemübergreifenden Pflege- und Gesundheitsversorgungsberatung mit Case-Management-Aufgaben und verpflichtenden Vernetzungsfunktionen zu stärken. Die Vernetzung und Weiterentwicklung der örtlichen Versorgungsangebote ist eine wichtige Aufgabe bei der Gestaltung der zukünftigen Versorgungslandschaft und wurde im Gesetz verankert. Diese Aufgabe wird nach den vorliegenden Evaluationsberichten nicht im erforderlichen Maß wahrgenommen - sicher auch deshalb, weil nicht alle Pflegestützpunkte mit dem dafür qualifizierten Personal ausgestattet sind.

Ferner ist der Tatsache Rechnung zu tragen, dass die überwiegende Zahl der Erstanträge aus dem Krankenhaus heraus erfolgt, beispielsweise wenn ältere Menschen auf Grund eines Unfalls oder einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes stärkere gesundheitliche und funktionale Einschränkungen erleben. Ein hoher individueller Beratungsbedarf besteht auch dann, wenn bisherige Pflege- und Betreuungsarrangements durch Verschlechterungen im Gesundheitszustand der Pflegebedürftigen oder durch Probleme in den Unterstützungsnetzen instabil werden. Krisen im Betreuungs- und Pflegearrangement der Betroffenen gehen häufig mit Krankenhausaufenthalten einher und führen bei fehlender oder nicht qualifizierter Beratung zu Weichenstellungen, die der Selbstbestimmung der Betroffenen entgegenlaufen und zur Inanspruchnahme nicht-bedarfsgerechter Leistungen (z.B. Unterbringung in einer stationären Pflegeeinrichtung) führen können.

Anzustreben ist aus Sicht der DVSG daher eine enge Verzahnung der ambulanten Pflegestützpunkte mit den Strukturen der psychosozialen Beratung in den Sozialdiensten der Akutkrankenhäuser und Rehabilitationskliniken. In den Krankenhäusern existieren Strukturen mit qualifizierten Sozialarbeitern, die bereits Aufgaben der Pflegeberatung übernehmen. Diese Stellen könnten als Kristallisationskerne für den Aufbau von Pflegestützpunkten an oder in Krankenhäusern dienen, die sowohl die Beratung von stationär versorgten Patienten übernehmen, als auch ambulante Beratungsleistungen als Pflegestützpunkt anbieten. Die im Krankenhaus stattfindende *aufsuchende Beratung* kommt allen Patienten zu Gute, ohne dass sie sich über existierende Beratungsmöglichkeiten zunächst informieren oder sie bestehende Hemmungen zum Aufsuchen einer Beratungsstelle überwinden müssen. Aus der Forschung zur ambulanten Beratung ist bekannt, dass sozial benachteiligte und bildungsferne Gruppen von ambulanten Beratungsangeboten nur unterdurchschnittlich erreicht werden.

Änderungsvorschlag zu § 7b Beratungsgutscheine

Neue Fassung: „(1) Die Pflegekasse hat dem Antragsteller unmittelbar nach Eingang eines Erst- oder eines Folgeantrags auf Leistungen nach diesem Buch entweder

1. unter Angabe einer Kontaktperson einen konkreten Beratungstermin anzubieten, der spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang durchzuführen ist, oder
2. einen Beratungsgutschein auszustellen, in dem **ein Pflegestützpunkt benannt ist**, bei denen er zu Lasten der Pflegekasse innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang eingelöst werden kann.

Absätze 2 – 4 streichen

§ 18 Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Grundsätzlich:

Die Einführung „anderer von der Pflegekasse beauftragter Gutachter“ neben dem MDK betrachtet die DVSG mit Skepsis. Wenn es, wie in der Begründung angeführt, das Ziel ist, Bearbeitungszeiträume zu verkürzen und Fristüberschreitungen zum Nachteil der Antragsteller zu vermeiden, ist stattdessen eine bessere personelle Ausstattung des MDK und ausreichende Qualifizierung erforderlich, um die geforderte Expertise (vgl. Entwurf S. 55) zu gewährleisten. Damit wird eine einheitliche, den Qualitätsstandards entsprechende, Begutachtung vereinfacht.

Die DVSG sieht auch in dem geplanten Verfahren, den Antragstellern drei Gutachter zur Auswahl zu stellen, keinen Vorteil für die betroffenen Pflegedürftigen und ihre Angehörigen, sondern verzögert das Verfahren, wenn sich die Betroffenen nicht für einen Gutachter entscheiden können und die Pflegekassen dann selbst einen bestimmt – was zu einem unnötigen Verwaltungsaufwand führt. Es ist aus Sicht der Pflegebedürftigen eher darauf hinzuwirken, dass die Begutachtungsverfahren schnell, einheitlich und transparent ablaufen sowie zu vergleichbaren Ergebnissen führen.

Änderungsvorschlag zu § 18:

Streichung der Neufassung; Beibehaltung des § 18 Absatz 1 in der bisherigen Form.

§ 18 Absatz 6 und § 18a „Rehabilitationsempfehlung“

Grundsätzlich: Die Intention des Gesetzgebers zur Stärkung des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“ ist aus Sicht der DVSG außerordentlich begrüßenswert. Die Umsetzung dieses Prinzips ist seit Einführung der Pflegeversicherung trotz eindeutiger gesetzlicher Regelung nach wie vor unbefriedigend.

Die vorgeschlagenen Regelungen zur Rehabilitationsempfehlung in §18 Abs. 6 und § 18a sind positiv zu bewerten. Die Kassen werden verbindlich in die Pflicht genommen, die Pflegebedürftigen auf die Möglichkeiten medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen hinweisen. Die systembedingten Gründe für die mangelnde Umsetzung des Prinzips „Rehabilitation vor Pflege“ werden mit den Neuregelungen allerdings nicht überwunden.

Die Beratung zu Maßnahmen der Rehabilitation sind ein fester Bestandteil der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI (Abs. 1 Satz 2 Nr.2) und können dazu dienen, die Versicherten bei der Beantragung und Organisation einer Rehabilitationsmaßnahme weiter zu unterstützen. Die regelhafte Einbeziehung der Pflegeberatung in den Pflegestützpunkten oder den Pflegekassen ist zur Umsetzung des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“ erforderlich, um die Nachhaltigkeit der eingeleiteten und durchgeführten Maßnahmen zu sichern. Weiterhin ergeben sich gerade bei gelungener Vermeidung oder Minderung von Pflegebedürftigkeit nach einer Rehabilitationsmaßnahme Ansätze zu einer gesundheitsorientierten und präventiven Beratung, die helfen kann, den Gesundheitsstatus der Betroffenen weiter zu verbessern oder zu erhalten, so dass der Eintritt von Pflegebedürftigkeit oder eine Verschlimmerung hinausgezögert werden kann. Dieses Verfahren findet aber nur bei einem geringen Teil der Antragsteller statt, nämlich nur bei denjenigen, die aus der häuslichen Versorgung heraus einen Antrag auf Leistungen nach dem SGB XI stellen.

Der überwiegende Teil der Erstanträge erfolgt durch den Eintritt eines gesundheitlichen Ereignisses (z.B. Oberschenkelhalsbruch, Schlaganfall) und ist verbunden mit Krankenhausaufenthalt. Durch die sich ständig verkürzenden Liegezeiten aufgrund der DRG-Finanzierung entsteht gerade bei älteren Patienten mit beginnender dauerhafter oder vorübergehender Pflegebedürftigkeit, ein hoher zeitlicher Druck um die Anschlussversorgung nach der Entlassung zu regeln. Dieses führt häufig dazu, dass die pflegebedürftigen Patienten in Einrichtung-

gen der stationären Altenpflege verlegt werden. Diese haben jedoch an der Rückkehr des Bewohners in ein selbständiges Leben in der eigenen Häuslichkeit kein Interesse und es werden erfahrungsgemäß dort keine Anstrengungen unternommen, um entsprechende Rehabilitationsverfahren einzuleiten.

Gerade an der Schnittstelle Krankenhausentlassung entscheidet sich in welche Richtung die zukünftige Versorgung geht, daher muss an dieser Stelle eine gezielte Steuerung in die Rehabilitationsmaßnahmen erfolgen, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu mindern.

Im Akutkrankenhaus sind alle Professionen zur Beurteilung der Rehabilitationsfähigkeit und der Pflegebedürftigkeit vorhanden und können dort zeitnah begutachten. Die Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter der Krankenhaussozialdienste können umfassende Pflegeberatung nach § 7a (vgl. *Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 7a Absatz 3 Satz 3 SGB XI*) direkt an der Schnittstelle durchführen und entsprechende Maßnahmen einleiten. Sie beraten bereits jetzt Patienten unabhängig, neutral und unter Einbeziehung von Angehörigen und Bezugspersonen. So werden nicht nur Patienten erreicht, die selbstbestimmt ihre Rechte auf Beratung einfordern können, sondern *alle* Patienten, die einen entsprechend Bedarf haben. Ein solches Verfahren entspräche auch der „*Gemeinsamen Empfehlung Sozialdienste*“ der BAR gemäß § 13 Abs. 2 Nr. 10 SGB IX und wäre für die Betroffenen und ihre Angehörigen transparent, zielgerichtet und serviceorientiert.

Zur konkreten Umsetzung ist ein standardisiertes Verfahren mit dem MDK zu vereinbaren, der nach dem Erhalt umfassender Informationen (z.B. eines geriatrischen Assessments) eine Empfehlung zur Rehabilitation oder zur weiteren Versorgung in stationären Kurz- oder Dauerpflegeeinrichtungen ausspricht. Diese kann dann ohne Verzögerung sofort über den Sozialdienst eingeleitet und umgesetzt werden. Für die Aufnahme in entsprechenden Rehabilitationseinrichtungen ist allerdings gleichzeitig mit der Empfehlung eine Kostenzusicherung zu bestätigen. Ob von der Kranken- oder Pflegekasse ist dabei zweitrangig, aber ohne Kostenzusage wird erfahrungsgemäß kein Patient in einer Rehabilitationseinrichtung aufgenommen.

In dieser Form ließe sich der Grundsatz „Reha vor Pflege“ schnell und lösungsorientiert umsetzen. Dazu wären von Seiten der Pflegekassen entsprechende vertragliche Vereinbarungen mit den Krankenhäusern zu schließen, die die Qualifikation und Vergütung der Begutachtung und der Pflegeberatung regeln.

§ 37 Absatz 2 Satz 1

Die Ergänzungen des § 37 Absatz 2 Satz 1, die dazu führen, dass die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes während einer Kurzzeitpflege nach § 42 und einer Verhinderungspflege nach § 39 jeweils für bis zu vier Wochen je Kalenderjahr weiterbezogen werden kann, bewerten wir als sehr positiv. Die Regelung unterstützt pflegende Angehörige darin, die genannten Entlastungsangebote im Bedarfsfall in Anspruch zu nehmen und nicht aus Angst vor finanziellen Belastungen davor zurück zu schrecken.

§ 42 Absatz 4 Kurzzeitpflege in stationären Einrichtungen zur Vorsorge und Rehabilitation

In der sozialarbeiterischen Beratungspraxis stellt sich die Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen durch pflegende Angehörige häufig als Problem dar, wenn sich die Sicherstellung der Pflege und Betreuung als schwierig erweist. Die DVSG sieht daher in dem Anspruch auf Kurzzeitpflege in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für Pflegebedürftige, wenn Pflegepersonen eine Maßnahme der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation in Anspruch nehmen, einen Baustein zu Entlastung von pflegenden Angehörigen. Die Regelung

ist dazu geeignet, Pflegepersonen, die Inanspruchnahme medizinischer Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen zu erleichtern. Eine Rehabilitationsmaßnahme kann entscheidend dazu beitragen, die Gesundheit der Pflegepersonen zu stabilisieren und die Pflegemotivation und -bereitschaft zu stärken.

§ 38a und § 45e Ambulanten Wohngruppen

Grundsätzlich:

Das Ziel der Förderung neuer Wohnformen für Pflegebedürftige wird von der DVSG nachdrücklich unterstützt. Die Förderung ambulanten Wohngruppen wird im Gesetzentwurf mit der Stärkung des Selbstbestimmungsrechts und den Befürchtungen der Pflegebedürftigen begründet.

Tatsächlich kann die Förderung von Wohngruppen für einen bestimmten Kreis von Pflegebedürftigen, die in der Lage sind ihr Selbstbestimmungsrecht im Zweifel auch gegenüber Angehörigen und Leistungserbringern durchzusetzen, eine echte Erweiterung ihrer Pflege- und Betreuungsoptionen darstellen. Die Förderung sollte flächendeckend möglich sein und nicht auf die Antragsteller beschränkt bleiben, die am schnellsten mit Anträgen auf neue Fördermöglichkeiten reagieren bis der Finanzrahmen von 30 Millionen Euro ausgeschöpft ist.

Wir betrachten die Förderung von ambulanten Wohngruppen allerdings auch mit Skepsis, weil darin die Gefahr liegt, dass ein neues Niedrigqualitätssegment auf dem Pflegemarkt entsteht. Für Pflegebedürftige, die auf Grund ihrer besonders vulnerablen Situation nicht fähig sind, eine echte Kundensouveränität (Wechsel von Leistungsanbietern, ggf. Durchsetzung von Eigeninteressen gegenüber Angehörigen) auszuüben, könnten sich die ambulanten Wohngruppen als Pflegeeinrichtungen reduzierter Qualität entwickeln.

Änderungsvorschläge zu § 38a

Streichung „, § 37“ in Absatz 2: „Leistungen nach § 36, § 37 oder § 38 beziehen,“

Begründung: Pflegebedürftige, die in einer Wohngruppe wohnen und dort ausschließlich Pflegegeld nach § 37 beziehen sollten von der Förderung mit zusätzlichen 200 Euro ausgeschlossen werden, weil eine qualitativ hochwertige Betreuung und Pflege ohne die Hinzuziehung von ambulanten Pflegediensten oder Betreuungsdiensten nicht gewährleistet ist. Es entstehen durch den § 38a Anreize unter dem Dach des Begriffs „Wohngruppen“ Anbieter zu fördern, die Qualitätsstandard für Ambulante Dienste durch den Einsatz von minderqualifiziertem Personal umgehen.

Änderungsvorschläge zu § 45 e

Grundsätzlich:

Um dem Schutzbedürfnis Pflegebedürftiger in vulnerablen Situationen gerecht zu werden, sollte der Gesetzentwurf um einen § 45 e Absatz 3 erweitert werden der im Zusammenhang mit einer Anpassung der Regelungen in den §§ 114 und 114a sicherstellt, dass eine sachgerechte, regelmäßige Überprüfungen der Wohngruppen durch MDK oder ggf. Heimaufsicht durchgeführt wird.

Pflegebedürftige, die in einer Wohngruppe leben und z.B. das Pflegegeld als Leistung der Pflegeversicherung wählen, werden je nach Pflegestufe nur im Rahmen des vorgeschriebenen Beratungsbesuchs zwei bis viermal jährlich pflegefachlich begutachtet. Dies ist aus unserer Sicht nicht ausreichend, da die Besuche vorrangig der Beratung pflegebedürftiger Menschen und nicht ihrer Kontrolle dienen sollen. Eine Ausweitung der Kontrollfunktion des Beratungsbesuchs sehen wir als kontraproduktiv an, da das für eine Beratung notwendige Vertrauen in die beratenden Pflegedienste dadurch zusätzlich belastet würde.

Um die Betreuungs- und Pflegequalität in „ambulanten Wohngruppen“ zu sichern, muss vom Gesetzgeber eine verbindliche Qualitätsprüfung vorgesehen werden. Nach der jetzigen Konstruktion würden die Wohngruppen weder den Kontrollmechanismen der stationären noch der ambulanten Pflegeversorgung unterliegen. Die Zusammenarbeit zwischen dem MDK und den örtlichen heimrechtlichen Aufsichtsbehörden ist dabei verbindlich festzulegen ist.

§ 118 Beteiligung von Interessenvertretern, Verordnungs-ermächtigten

Entsprechend der Formulierung in § 118 Absatz 2 Satz 1, Punkt 1 sollte in § 118 Absatz 1 Satz 1 ein „und“ ergänzt werden:

Ergänzung:

„(1) Bei Erarbeitung oder Änderung

1. der in § 17 Absatz 1, § 18b, § 45a Absatz 2 Satz 3, § 45b Absatz 1 Satz 4 und § 114a Absatz 7 vorgesehenen Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen sowie

2. der Vereinbarungen der Selbstverwaltungspartner nach § 113 Absatz 1, § 113a Absatz 1 und § 115 Absatz 1a

wirken die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen **und** der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen nach Maßgabe der Verordnung nach Absatz 2 beratend mit. ...“

§ 123 Übergangsregel: Verbesserte Pflegeleistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz

Die in § 123 eingeführte Übergangsregelungen zur Erhöhung des Pflegegeldes und der Sachleistungen bei Erfüllung der Kriterien aus § 45a stellt bis zur Umsetzung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs einen ersten richtigen Schritt zur Verbesserung der Situation von dementiell erkrankten Menschen, Menschen mit geistigen Behinderungen und Menschen mit spezifischen psychischen Erkrankungen dar.

Insbesondere die Einführung von neuen Leistungen für Versicherte der sogenannten Pflegestufe 0 mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz sind hervorzuheben. Die Eröffnung der Möglichkeiten, Verhinderungspflege (§ 39), Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (§ 40) in Anspruch nehmen zu können, bedeutet einen Fortschritt gegenüber der aktuellen Situation, sind aber im angekündigten Gesetzentwurf weiter auszubauen.

Allerdings sollten diese zusätzlichen Leistungen auch für die Inanspruchnahme von Angeboten nach § 45 b bereitgestellt werden. Seit Einführung des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz wurden bundesweit vielfältige, sozialraumorientierte, niedrigschwellige Betreuungsangeboten auf- und ausgebaut, die heute und zukünftig ein wesentliches Element in der Betreuungs- und Versorgungslandschaft darstellen.

Gerade die niedrigschwelligen Angebote, die in der Regel unter Einbeziehung sehr engagierter ehrenamtlich tätiger Menschen stattfinden und den besonderen Bedingungen der Quartiere angepasst sind, müssen in ihrer Vielfalt erhalten bleiben. Im Rahmen der Förderung der Strukturen zum Aufbau der niedrigschwelligen Betreuungsangebote (§ 45c) und Angebote der Selbsthilfe (§ 45d) sollten Möglichkeiten geschaffen werden, die in unterversorgten Gebieten Ausnahmen bei der Vergabe von Fördermitteln (50 % Pflegekasse, 50 % kommunale Gebietskörperschaft) zuzulassen.

§ 124 Übergangsregelung: Häusliche Betreuung und § 125 Modellvorhaben zur Erprobung von Leistungen der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste

Grundsätzlich: Mit der Übergangsregelung „Häusliche Betreuung“ werden die ambulanten Pflegesachleistungen zukünftig neben der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung um die *Häusliche Betreuung* erweitert, wobei letzteres nur bei sichergestellter Grundpflege und Hauswirtschaft gewährt werden soll. Die Häusliche Betreuung ist nicht nur demenziell Erkrankten vorbehalten, sondern kann von allen Pflegebedürftigen in Anspruch genommen werden. Damit sind individuelle, flexiblere und an den Gegebenheiten des Einzelfalles orientierte Versorgungsarrangements möglich, die insbesondere der Entlastung von Pflegepersonen dienen.

Die DVSG begrüßt die grundsätzliche Ausweitung des SGB XI auf die neue Leistung *Häusliche Betreuung*, die dazu beitragen kann, die Betreuung der Pflegebedürftigen zu verbessern sowie auch die Leistungen pflegender Angehöriger zu würdigen, deren Entlastung im Alltag herbeizuführen und ihre Pflegebereitschaft zu stärken.

In § 124 fehlt aus unserer Perspektive aber eine verbindliche Aussage zum Qualifikationsniveau der Kräfte für die Betreuungsaufgaben. Es handelt sich bei der Betreuung von an Demenz erkrankten Personen, der Unterstützung bei der Kommunikation und der Aufrechterhaltung der sozialen Kontakte und der Tagesstrukturierung um anspruchsvolle Aufgaben, die eine fachliche Grundlage voraussetzt. Die Qualität der Sachleistung steht in engem Zusammenhang mit der Qualifikation des eingesetzten Personals.

Änderungsvorschläge zu § 125 Absatz 3

Ergänzung: „(3) Auf die am Modell teilnehmenden Dienste sind die Vorschriften dieses Buches für Pflegedienste entsprechend anzuwenden. An Stelle der verantwortlichen Pflegefachkraft können sie eine entsprechend qualifizierte, fachlich geeignete und zuverlässige **Fachkraft aus dem Sozial- oder Pflegebereich** mit praktischer Berufserfahrung im erlernten Beruf von zwei Jahren innerhalb der letzten acht Jahre als verantwortliche Kraft einsetzen; § 71 Absatz 3 Satz 4 ist entsprechend anzuwenden. Die Zulassung der teilnehmenden Betreuungsdienste zur Versorgung bleibt bis zwei Jahre nach dem Ende des Modellprogramms gültig.“

Begründung:

Die DVSG begrüßt die Möglichkeit in § 125 Absatz 3, die Besetzung der Leitung von Betreuungsdiensten nicht auf die verantwortliche Pflegefachkraft zu beschränken, sondern auf andere Fachkräfte zu erweitern. Die in der Begründung des Gesetzes genannten Voraussetzungen und Gruppen, „Altentherapeutinnen, Altentherapeuten, Heilerzieherinnen, Heilerzieher, Heilerziehungspflegerinnen, Heilerziehungspfleger, Heilpädagoginnen, Heilpädagogen, Sozialarbeiterinnen, Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen, Sozialpädagogen sowie Sozialtherapeutinnen und Sozialtherapeuten“ sind sachgerecht angesichts des Aufgabenspektrums der Betreuungsdienste. Dass es sich hierbei um qualifizierte Fachkräfte handelt sollte allerdings auch im Gesetzestext ablesbar sein.

Berlin, 14. Mai 2012