

Stellungnahme der DVSG zur Reform der Pflegeversicherung 2007

Einführung

Die demografische Entwicklung, einhergehend mit der Zunahme chronischer und gerontopsychiatrischer Erkrankungen, wird in den nächsten Jahren zu einer steigenden Nachfrage an Pflegeleistungen führen. Aus dieser gesellschaftlichen Entwicklung ergibt sich die Notwendigkeit, frühzeitig und nachhaltig die Pflegelandschaft zu gestalten und ihre Leistungen finanziell abzusichern. Es gilt, pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen bedarfsgerechte und qualitätsgesicherte Pflegeleistungen anzubieten, die ihnen ein Leben in Würde und Selbstbestimmung ermöglichen.

Die Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG) ist ein Fachverband mit dem Ziel der Stärkung und Weiterentwicklung der Sozialarbeit in den verschiedenen Arbeitsfeldern des Gesundheitswesens. Soziale Arbeit übernimmt an vielen Schnittstellen im Gesundheitswesen eine wesentliche Beratungs- und Koordinationsfunktion, erschließt Ressourcen des Sozial- und Gesundheitssystems und realisiert damit die sektorenübergreifende Versorgung insbesondere bei komplexen Problemlagen.

Die DVSG nimmt aus dem Fokus der betroffenen Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen, der Kenntnis ihrer Bedürfnisse sowie aus dem Blickwinkel der Sicherstellung einer gleichberechtigten Teilhabe aller Menschen an den gesellschaftlichen Ressourcen Stellung zu den relevanten Aspekten der Reform des SGB XI.

1. Stärkung der ambulanten Versorgung nach persönlichem Bedarf

1.1 Das Ziel, die **wohnnahen Angebote** für Pflegebedürftige in den Städten und Gemeinden besser aufeinander abzustimmen und zu vernetzen, ist sehr zu begrüßen. Unabhängig der institutionellen Anbindung der Stützpunkte muss eine neutrale, klientenzentrierte Beratung gewährleistet werden; bundesweit existieren dafür bereits gute Beispiele (Koordinierungsstellen „Rund-um’s-Alter“ in Berlin; BEKO-Stellen in Rheinland-Pfalz).

1.2 Das **Fallmanagement für pflegebedürftige Versicherte** allein bei den Pflegekassen anzusiedeln, greift zu kurz. In der Realität können die Leistungen nach dem SGB XI nicht isoliert betrachtet werden. Insbesondere bei komplexen Problemlagen müssen Leistungen der Pflegeversicherung aufgestockt und/oder durch flankierende Hilfeangebote ergänzt werden, die sich durch Ansprüche aus anderen Sozialgesetzen begründen. Hier bedarf es eines sektorenübergreifenden, unabhängigen und klientenorientierten Fallmanagements, wofür Diplom-SozialarbeiterInnen aufgrund ihrer berufsspezifischen Qualifikationen prädestiniert sind. Darüber hinaus ist Soziale Arbeit qualifiziert, auf struktureller Ebene die erforderlichen Kooperationen zwischen Pflegestützpunkten, den verschiedenen Trägern und Einrichtungen verantwortlich zu gestalten, um Versorgungslücken zu erkennen und Lösungsstrategien zu entwickeln.

1.3 Die Stärkung von neuen Wohnformen, wie **Wohngemeinschaften** u.a. durch Inanspruchnahme von Leistungen in flexiblerer Form, ist sehr zu begrüßen und wird die Entwicklung neuer Wohnformen und die Entscheidung für das Leben in solchen positiv beeinflussen. Es sollte allerdings geprüft werden, ob eine weitergehende Finanzierung der Leistungen (z.B. in Form einer neuen Stufe) erfolgen kann, denn das „Poolen“ von Leistungen allein reicht in der Regel nicht annähernd zur Finanzierung des pflegerischen Grundbedarfs.

1.4 Die Möglichkeit, Verträge mit **Einzelpflegekräften** abzuschließen muss kritisch beurteilt werden. Für ein individuelles und persönlich bedarfsgerechtes Angebot ist die Frage der Qualifikation des eingesetzten Personals von entscheidender Bedeutung. Zu definieren ist daher, was genau mit „unterschiedlicher Qualifikation“ gemeint ist. Die DVSG sieht aufgrund der angespannten finanziellen Lage der Pflegekassen die Gefahr, dass Verträge mit Einzelpflegekräften vor allem unter finanziellen Gesichtspunkten geschlossen werden – mit entsprechenden Auswirkungen auf die Pflegequalität für die Betroffenen.

Zu regeln ist daher, in welcher Form die Überprüfung der Pflegequalität stattfinden muss, denn bei Einsatz einer Einzelpflegekraft ist die Abhängigkeit des Pflegebedürftigen weitaus größer als bei der Inanspruchnahme von ambulanten Sachleistungen, da das Personal hier in den Einsätzen wechselt.

1.5 Gleiches gilt für die Förderung der **Qualifizierung und Abbau von Schwarzarbeit**. Es ist zu begrüßen, dass durch eine verbesserte Steuer- und Arbeitsmarktpolitik legale Beschäftigungsverhältnisse gefördert werden sollen. Die Qualifizierungsmaßnahmen müssen jedoch analog 1.4 genau definiert werden, um die Pflegequalität gewährleisten und kontrollieren zu können – zum Schutz der Pflegebedürftigen.

2. Ausgestaltung der finanziellen Leistungen

2.1 Da die finanziellen Leistungen der Pflegeversicherung seit ihrer Einführung unverändert sind, ist die geplante **Erhöhung der Leistungsbeiträge** deutlich zu gering. Die Abhängigkeit von ergänzenden Leistungen aus der Sozialhilfe wird somit bestehen bleiben, die Altersarmut festgeschrieben.

Es ist absehbar, dass es in den nächsten Jahren zu weiteren Kostensteigerungen für ambulante Pflegesachleistungen kommen wird und die Pflegebedürftigen daher nicht mehr Leistungen in Anspruch nehmen werden können als bisher. Auch im stationären Bereich ist nicht zu erwarten, dass weniger Heimbewohner von Sozialleistungen abhängig sein werden.

2.2 Die Erhöhung des zusätzlichen Leistungsbetrags für **Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz** wird begrüßt.

Da der Betreuungsaufwand mit der Pflegestufe korrelieren soll, schlägt die DVSG die Aufteilung des Leistungsbetrags analog der Pflegestufen in drei Teilen vor. Die Kriterien für die Bewilligung dieser Leistung bedürfen einer Präzision, ebenso wie die Einführung eines sachgerechten Assessment für diese Personengruppe bei der Begutachtung.

Viele Demenzkranke und ihre pflegenden Angehörigen werden diese Leistungen nicht ohne die Neudefinition des Pflegebegriffes in Anspruch nehmen können. Die DVSG fordert daher eine schnelle Regelung, um die Betroffenen in das System der Pflegeversicherung zu integrieren. Gerade Angehörige, die Menschen mit einer Demenz pflegen, sind psychisch und physisch hoch belastet und benötigen zur anhaltenden und dauerhaften Stärkung ihrer Pflegebereitschaft und ihrer Ressourcen ergänzende Hilfen und Angebote zu ihrer Entlastung.

2.3 Die Ausweitung des **Anspruchs auf Tagespflege** wird begrüßt. In Tagespflegeeinrichtungen kann eine aktivierend rehabilitative Behandlung und Pflege täglich erbracht werden, die die Alltagskompetenzen des Pflegebedürftigen erhält und stärkt. Gleiches muss auch für die Nachtpflege gelten, die als Entlastung für pflegende Angehörige einen hohen Stellenwert einnimmt.

2.4 Die **Dynamisierung** der Leistungen, ist als längst überfällige Entscheidung zu begrüßen.

3. Einführung einer Pflegezeit für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer

Die Einführung einer **Pflegezeit für Angehörige** in Form von unbezahlter Freistellung und Beitragszahlung zur Renten- und Krankenversicherung (bzw. Gleichstellung mit Elternzeit) wird sehr begrüßt.

Sie stellt eine enorme Verbesserung für diesen Personenkreis dar. Ein Modell nach dem Vorbild des Elterngeldes könnte wesentlich mehr pflegebereiten Angehörigen eine solche Zeit ermöglichen.

Die Möglichkeit einer kurzfristigen Freistellung nach dem Vorbild der Freistellungsmodalitäten bei erkrankten Kindern bedeutet für viele Pflegenden eine erhebliche Erleichterung in einer akuten Situation und wird voraussichtlich die immer noch aus der unversorgten Situation heraus praktizierten Einweisungen in Krankenhäuser reduzieren.

4. Verbesserung der Prävention und Rehabilitation für Pflegebedürftige

Die Ziele, Verbesserung der Prävention und Umsetzung des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“, sind mit einem reinen finanziellen Anreiz für Dauerpflegeeinrichtungen nicht zu erreichen.

Dem Problem, dass Pflegebedürftige nicht oder nicht ausreichend von rehabilitativen Maßnahmen profitieren und dadurch häufig (vor-)schnell in Dauerpflegeeinrichtungen verlegt werden, kann nur mit einem bundesweit einheitlichen, konsequenten und systematisierten Vorgehen aller Beteiligten begegnet werden. Dies kann nur durch ein gänzlich verändertes Versorgungskonzept mit entsprechenden Systemanreizen gelingen. Im Folgenden soll ein solches Modell skizziert werden:

- Der Antrag auf stationäre Leistungen nach SGB XI aus dem Krankenhaus heraus muss im Eilverfahren (ggf. per Aktenlage) vom MDK noch während der stationären Behandlung entschieden werden um eine fristgemäße Entlassung zu ermöglichen und die Liegezeiten nicht unnötig aufgrund eines langwierigen Verfahrensweges zu verlängern. Die Eil-Entscheidung muss sich auf zwei Aspekte beschränken: entweder die vorbehaltlose Genehmigung von stationären Leistungen bei eindeutigen Bedarfs-situationen (ohne Festlegung der Pflegestufe, Genehmigung der Verlegung in eine Dauerpflegeeinrichtung) oder die Empfehlung zur Aufnahme in einer spezialisierten, „rehabilitativen“ Kurzzeitpflegeeinrichtung.
- In allen nicht eindeutigen Bedarfssituationen mit unklarer Prognose muss zur Abklärung eine Phase für spezialisierte, „rehabilitative“ Kurzzeitpflege vorgeschrieben sein, die über aktivierende Pflege hinaus therapeutische Angebote und psychosoziale Begleitung der Betroffenen und ihrer Angehörigen beinhaltet.
- Einrichtungen dieser Art müssen als solitäre Einrichtungen ein hohes Interesse daran haben, ihre Bewohner wieder in die eigene Häuslichkeit bzw. die ambulante Versorgung zu bringen. Sie dürfen nicht an bestehende Dauerpflegeeinrichtungen angegliedert sein, um die Akquise aus der „eigenen“ Einrichtung zu verhindern. Die Vereinbarung einer Rückkehrerquote kann im Rahmen der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung abgeschlossen und bei Einhaltung/Überschreitung finanziell belohnt werden.
- Die gezielte Mobilisation der Pflegebedürftigen zur Rückkehr in die ambulante Versorgung erfordert gerade bei älteren Menschen nach akuten Ereignissen eine weitaus längere Zeit als bei jüngeren. Die Inanspruchnahme der „rehabilitativen“ Kurzzeitpflege muss daher bei eingetretener Pflegebedürftigkeit nach einem Krankenhausaufenthalt für einen verlängerten Zeitraum von bis zu 3 Monaten möglich sein; der Erhalt der eigenen Wohnung muss für diesen Zeitraum gewährleistet sein, um eine Rückkehr überhaupt zu ermöglichen.

- Eine „rehabilitative“ Kurzzeitpflegeeinrichtung bedarf aufgrund ihrer Ausrichtung eines besonderen Personalschlüssels, der neben dem Pflegepersonal auch Therapeuten beinhaltet (die unabhängig von der Verordnung der zuständigen Hausärzte mit den Betroffenen arbeiten können) sowie eine Diplom-Sozialarbeiterstelle. Aufgabe der Diplom-Sozialarbeiterin ist insbesondere das sektorenübergreifende Fallmanagement zur Vorbereitung der Entlassung und Sicherstellung der umfassenden und klientenorientierten Versorgung - insbesondere unter Einbeziehung der Angehörigen.
- Die Begutachtung des MDK darf erst nach einer festgelegten Aufnahmezeit in dieser Einrichtung erfolgen, um auf der Grundlage eines fundierten Assessment eine nachhaltige Entscheidung über ambulante oder stationäre Leistungen mit Festlegung der Pflegestufe treffen zu können.

5. Ausbau der Qualitätssicherung

Der Ausbau von Maßnahmen der Qualitätssicherung ist zu begrüßen.

Insbesondere eine transparente und allgemein verständliche Veröffentlichung von Ergebnissen der Prüfberichte des MDK kann, genau wie bei den Krankenhäusern, zu einer bewussten Entscheidung für eine stationäre Pflegeeinrichtung beitragen.

6. Unterstützung des generationsübergreifenden bürgerschaftlichen Engagements

Die Einbindung von engagierten Menschen in der Bürgerschaft und im Gemeinwesen als verpflichtende Aufgabe der Pflegekassen, ist weiterhin sehr zu unterstützen.

Bürgerschaftliches Engagement muss dabei strukturell und fachlich eingebunden sein in die betroffenen Einrichtungen und die vorhandenen Konzepte, um sich wirkungsvoll entfalten zu können – sowohl für die Pflegebedürftigen als auch für die Ehrenamtlichen, sowie die in der Einrichtung tätigen Professionellen. Die Werbung und die Schulung von Ehrenamtlichen sowie die prozesshafte Begleitung dieses Personenkreises ist eine klassische Aufgabe von Sozialer Gemeinwesenarbeit, die schon vielerorts erfolgreich umgesetzt wird.

7. Abbau von Schnittstellenproblemen

Die Forderung nach einer guten ärztlichen Versorgung in Heimen ist zu begrüßen.

Eine sinnvolle **Kooperation kann mit niedergelassenen Geriatern** (oder mit Fachärzten vergleichbarer Qualifikation) erfolgen, damit die Versorgung in den stationären Einrichtungen sichergestellt werden kann. Aufgrund der derzeit fehlenden Fachärzte sollte der Gesetzgeber daraufhin wirken, dass die Ausbildung von Fachärzten für Geriatrie nachhaltig gefördert wird.

Die Festlegung der Verantwortung für das **Versorgungsmanagement** der Krankenhäuser auf die Berufsgruppe der Pflegefachkräfte wird abgelehnt.

Das Versorgungsmanagement umfasst nur zu einem relativ kleinen Anteil die Überleitung in die ambulante Pflege. Versorgungsmanagement, das vorwiegend auf Pflegeüberleitung basiert, greift deutlich zu kurz. Ausschlaggebend für die nachstationäre Versorgung ist nicht die Art der Erkrankung oder der Grad der Pflegebedürftigkeit, sondern die Entscheidung des Patienten unter besonderer Berücksichtigung der Tragfähigkeit des individuellen sozialen Netzes. Um die sektorenübergreifende Versorgung der Patienten tatsächlich sicherstellen zu können, ist es erforderlich, die Ressourcen des Sozial- und Gesundheitswesens zu erschließen und tragfähige Netzwerke zu knüpfen. Dies gelingt nur, wenn auch auf struktureller Ebene entsprechende Kooperationen initiiert und systematisiert werden. Das Versorgungs-

management gehört damit zum Aufgabenbereich der professionellen Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen.

Wenn mit der Reform der Pflegeversicherung der Versuch unternommen wird, das Versorgungsmanagement als sektorenübergreifend (SGB V, SGB XI und Landesgesetzgebung) zu definieren, bedarf es dazu bundesweiter Rahmenempfehlungen zur konkreten Ausgestaltung hinsichtlich der Aufgaben und Personalbemessung. Die DVSG bietet als Fachverband für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen hier ihre Unterstützung an.

8. Förderung der Wirtschaftlichkeit und Entbürokratisierung

Maßnahmen zur Förderung der Wirtschaftlichkeit und Entbürokratisierung werden begrüßt.

Dabei ist zu präzisieren, welche Maßnahmen zur Erreichung dieses Zieles geeignet sind; beispielhaft wird die Einführung flexibler Personalschlüssel für stationäre Einrichtungen genannt. Priorität muss dabei jedoch immer die Sicherung der Pflegequalität haben, orientiert an den Bedarfen und Bedürfnissen der Betroffenen. Die finanzielle Lage der Pflegekassen lässt befürchten, dass vorwiegend Aspekte der Wirtschaftlichkeit bei den Vereinbarungen im Vordergrund stehen könnten.

Fazit

Es bleibt abzuwarten, wie das Eckpunktepapier in konkrete Ergebnisse umgesetzt wird. Auch wenn einige Ansätze erkennen lassen, dass eine Verbesserung angestrebt wird, bleiben viele Punkte zu zaghaft formuliert und werden bekannte Probleme zu vorsichtig angegangen – damit bleibt offen, ob die Reform eine wirkliche Verbesserung der Situation für viele Pflegebedürftige bedeutet.

Bedauerlicherweise ist dem Papier kein Hinweis auf eine Neugestaltung des Antrags- und Begutachtungsverfahrens zu entnehmen. Auch die Aufgaben und Rolle des MDK bleiben unangetastet. Dabei ist gerade die dort vorherrschende medizinisch-pflegerische Sichtweise auf den Pflegebedürftigen kritisch zu hinterfragen.

Da dem Entwurf keine Neudefinition des Pflegebegriffes vorausgeht, bleibt abzuwarten, ob z.B. demenzkranke Menschen und ihre pflegenden Angehörigen von den Neuerungen profitieren. Sie vor allem sind es, die viel zu oft durch das Netz der sozialen Pflegeversicherung fallen - hier kann auch in Zukunft nicht allein das ehrenamtliche Engagement Abhilfe schaffen.

Die *Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen* betont die Stärkung der Autonomie und Selbstbestimmung des Pflegebedürftigen. Es ist bedauerlich, dass im vorliegenden Eckpunktepapier kein Bezug auf die dort formulierten Ziele erkennbar ist - obwohl diese auch der Politik als fachliche Leitlinie dienen sollten.

Mainz, 30. August 2007