

An die
Vorsitzende des Ausschusses für Gesundheit
Frau Dr. Martina Bunge
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Oppelner Straße 130
53119 Bonn
Telefon 0228 676740
Telefax 0228 676742
E-Mail: apk@psychiatrie.de
apk-bonn@netcologne.de
Internet: www.psychiatrie.de/apk
www.apk-ev.de

Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – PFWG-E

Vorläufige Stellungnahme der AKTION PSYCHISCH KRANKE E. V. 16.01.2008

Aus der Sicht der AKTION PSYCHISCH KRANKE sieht der Entwurf zentrale Regelungen vor, die für pflegebedürftige Menschen mit psychischen Erkrankungen, insbesondere Demenz, deutliche Verbesserungen erwarten lassen.

Dies ist deshalb so wichtig, weil die bisherigen Regelungen des SGB XI diese Zielgruppe erheblich benachteiligen. Diese Benachteiligung wird sich erst durch die Neuformulierung des Pflegebegriffs in Richtung teilhabeorientierter Pflege und die Herstellung von Konvergenz zwischen SGB XI und SGB IX (und damit zu SGB V und SGB XII) beseitigen lassen. Gleichwohl sind mit dem vorliegenden Entwurf deutliche Impulse zur Optimierung der Leistungen der Pflegekassen verbunden. Die Grundpflege wird

- schneller zugänglich,
- besser mit anderen erforderlichen Hilfen abgestimmt,
- individueller,
- mehr als bisher in selbst bestimmten Wohnverhältnissen möglich und
- deutlicher hinter vorrangige medizinische Rehabilitation, andere Formen der Hilfe zur Teilhabe und Behandlung nach SGB V gerückt.

Vorstand:

Regina Schmidt-Zadel, Vorsitzende, Ratingen

Prof. Dr. Heinrich Kunze, stellv. Vorsitzender, Kassel

Prof. Dr. Caspar Kulenkampff, Ehrenvorsitzender, Hamburg =

Dr. Niels Pörksen, Schatzmeister, Bielefeld

Dr. Martina Bunge, MdB, Berlin

Rainer Hölzke, Hamburg

Prof. Dr. Peter Kruckenberg, Bremen

Helga Kühn-Mengel, MdB, Berlin

Prof. Dr. Reinhard Peukert, Wiesbaden

Elisabeth Scharfenberg, MdB, Berlin

Dr. Konrad Schily, MdB, Berlin

Dr. Gabriele Schleuning, München

Prof. Dr. Paul-Otto Schmidt-Michel, Ravensburg

Prof. Dr. Ingmar Steinhart, Dortmund

Peter Weiß, MdB, Berlin

Dr. Dyrk Zedlick, Glauchau

Um Würde, Selbstbestimmungsrecht, Erhalt eigener Fähigkeiten, Selbst-, Nachbarschafts- und Familienhilfe zu fördern und zu stärken, sind vor allem erforderlich und werden im Gesetzentwurf aufgegriffen:

- quartiersbezogene (kleinräumig auf das Wohngebiet bezogene) Organisation von flexiblen kombinierten Hilfen (Hilfemix) unter Einschluss von Pflege nach SGB XI, Alltagshilfen, integrierter geriatrischer und psychiatrischer ärztlicher Behandlung, Krankenpflege, medizinischer Rehabilitation und Hilfe zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft sowie weiterer im Einzelfall erforderlicher Hilfen,
- nutzerorientierte individuelle Beratung von Pflegebedürftigen und Pflegenden bei der Planung, Organisation und Koordination von Hilfen,
- Selbstbestimmungsrecht über Art und Ort der Pflege (bedarfsgerechte Hilfe in jeder Wohnform).

Diese Aspekte werden vor allem gestärkt durch die Konzepte „**Pflegestützpunkte im Quartier**“ und „**Individualanspruch auf Pflegeberatung**“. Diese Instrumente können wesentlich dazu beitragen, dass mehr Personen mit erheblichen psychischen (und anderen) Beeinträchtigungen geeignete individuelle Hilfen erhalten, wenn sie zu Hause und im vertrauten Umfeld bleiben und nicht in ein Heim „verlegt“ werden wollen.

Denn bisher sind die Betroffenen, die mit komplexem Hilfebedarf in eigener Wohnung weiter leben wollen, in einem zentralen Aspekt benachteiligt: die unterschiedlichen notwendigen Einzel-Leistungen, Finanzierungen und sonstigen Hilfen sind separat und die Auswahl und Koordination für den individuellen Hilfebedarf stellt hohe Anforderungen, das Hilfesystem muss für den Einzelfall jeweils neu erfunden werden. Dies überfordert i. d. R. die Betroffenen inkl. ihre Familie/Rechtsvertretung, den Hausarzt, das entlassende Krankenhaus usw. Aber Heime bieten die verschiedenen Leistungen als Komplexleistung aus einer Hand als schnell und einfach verfügbare Problemlösung an.

Dies soll jetzt auch ambulant erleichtert werden für Menschen, die in eigener Häuslichkeit und Nachbarschaft weiter leben wollen: Die Pflegeberatung soll den individuellen Versorgungsplan erstellen und dessen Umsetzung fördern (dauerhafte Zuordnung). Der Pflegestützpunkt soll dafür sorgen, dass die unterschiedlichen ggf. im Einzelfall notwendigen Leistungen und Hilfen im Quartier bzw. vom Quartier aus erreichbar sind (Organisation der Verfügbarkeit und der institutionellen Abstimmung untereinander).

Die Konzepte „**Pflegestützpunkte im Quartier**“ und „**Pflegeberatung**“ bieten die Chance, Selbsthilfe und bürgerschaftliches Engagement sowie ambulante und stationäre Altenhilfe auf örtliche Ebene – im Quartier - praktisch zusammen zu führen.

Zum Gelingen dieser zukunftsweisenden Konzepte ist die Einbeziehung (statt Parallel-Strukturen) der Kommunen/Länder mit entsprechenden Konzepten von entscheidender Bedeutung, die diese selber politisch einbringen müssen.

A) Art. 1 § 7a PFWG-E Pflegeberatung

Die Finanzierung durch die Pflegekasse, möglichst in Verbindung mit anderen Leistungsträgern, ist sehr zu begrüßen.

Angangspunkt ist der Hilfebedarf einer Person und nicht die Zuständigkeit eines Leistungsträgers, und das in Verbindung mit der Vorschrift in (2) „dem Hilfesuchenden dauerhaft persönlich zuzuordnen“, also unabhängig von Maßnahme- und Zuständigkeitsänderungen - das ist ein großer Fortschritt. Bei zwei Aspekten empfiehlt die Aktion Psychisch Kranke Änderungen am Gesetzentwurf:

1. Der Gesetzentwurf vermischt bei der Aufgabenfestlegung der Pflegeberatung ungünstig mit der Aufgabe der Entscheidung über die Leistungsgewährung. Dadurch wird ihre Akzeptanz bei pflegebedürftigen Personen und ihren Angehörigen geschwächt und es entsteht eine Aufgabenüberschneidung mit dem MDK, den Servicestellen und den einzelnen Pflegekassen.

Die AKTION PSYCHISCH KRANKE empfiehlt

Die Pflegeberatung sollte eindeutig dem Nutzerinteresse verpflichtet sein, sozialrechtliche Ansprüche in seinem Sinne prüfen (ohne Entscheidungskompetenz) und leistungsbereichsübergreifend beraten und koordinieren.

Die Leistungsgewährung obliegt den Leistungsträgern und sollte mit weitgehenden Befugnissen für Entscheidungen über im Einzelfall notwendige Leistungen ausgestattet werden.

Das *System-Management* ist eine weitere wichtige Aufgabe, die der Pflegeberatung zugeordnet ist.

Im Gesetzestext sollte nur die Funktion Pflegeberatung mit den Teilfunktionen aufgeführt werden, ohne die organisatorische Realisierung in einer Person vorzuschreiben.

Kommentar:

Nach dem PfGW-Entw soll die Pflegeberatung einerseits im Interesse der hilfebedürftigen Person handeln, andererseits kann - aus der Sicht der Betroffenen - die Pflegeberaterin/der Pflegeberater als der „verlängerte Arm der Pflegekasse - Bedarfsfeststellung als vorweg genommene Entscheidung nach Kas-senlage“ erlebt werden. Das kann die Akzeptanz erheblich beeinträchtigen.

Diese genannten 3 Aufgaben einer Person zuzuweisen ist sehr problematisch:

- a) Bei den zu beratenden Betroffenen wird vorausgesetzt, dass sie von einer paternalistisch-fürsorglichen Pflegekasse ausgehen. Zur Stärkung der Nutzer würde entscheidend beitragen, wenn der Pflegeberater primär dem Betroffenen (bzw. seinem Rechtsvertreter) verpflichtet ist und die Funktionen ‚Ansprüche auf Sozialleistungen prüfen, entscheiden, Nahtlosigkeit bewirken...‘ von einer anderen Person ausgeführt wird.
- b) Dafür spricht auch, dass die notwendigen Qualifikationen und Erfahrungen nur zum kleinen Teil überlappen und an eine Person sehr hohe Anforderungen stellen würden. Insbesondere wäre die Verpflichtung nach zwei Seiten ein schwieriger Spagat.
- c) *System-Management* setzt wieder andere Qualifikationen und Erfahrungen voraus.

Es sollte geprüft werden, wie durch die vertragliche und organisatorische Einbindung in den Pflegestützpunkt die Unabhängigkeit des Pflegeberaters ermöglicht werden kann und wie die Aufgaben der Leistungsgewährung davon abzugrenzen sind. Die Leistungsgewährung im Rahmen des Pflegestützpunktes sollte eng mit der Servicestelle nach SGB IX zusammen arbeiten, ggf. rechtliche Zusammenführung.

Davon separat sollte die Funktion des System-Managements realisiert werden. Bei der Umsetzung wäre zu prüfen, ob eine Quartiers-übergreifende Zusammenfassung dafür sinnvoll ist, ggf. im Rahmen einer betrieblichen Zusammenfassung der Pflegestützpunkte einer Region (Stadt, Kreis). Hier ist die Einbeziehung der Kommune entscheidend.

Gegen diese Lösung ließe sich der Einwand der Doppelstrukturen erheben, doch könnte der Vorteil der Klarheit der Interessenvertretung für den Hilfeempfänger (Unterstützung und Stärkung der Nutzer und deren Selbstbestimmungsrecht) einerseits und andererseits die Kompetenz als Leistungsträger aus einer Hand zu beraten und zu entscheiden nützlich sein, auch für die zu bewältigenden Anforderungen an die Personen, die diese Aufgaben übernehmen sollen.

2. Ein effektives Hilfe-Management darf sich nicht auf eine Leistung, hier Pflege nach SGB XI, beschränken. Die Beschreibung der Aufgaben der Pflegeberatung in § 7a PfWG-E entspricht einer integrierten Hilfeplanung und Durchführung und ist insofern sehr zu begrüßen.

Allerdings schränkt Absatz 1 des § 7a PfWG-E den Anspruch auf Beratung ein auf Personen die Leistungen nach SGB XI erhalten bzw. die einen Antrag auf Leistungen nach SGB XI gestellt haben. Damit sind ausgeschlossen:

- Personen mit unklarem Pflegebedarf, die Informationen suchen
- Personen, bei denen Pflegebedarf droht aber durch Selbsthilfe, Familien oder Nachbarschaftshilfe, Hilfe zur Teilhabe, medizinische Behandlung oder andere Maßnahmen abgewendet werden kann
- Angehörige oder Bezugspersonen von (potentiell) pflegebedürftigen Personen

In der vorgesehenen Personalausstattung der Pflegestützpunkte ist diese Aufgabe nicht mit zusätzlichen Ressourcen bedacht. Daher sollte diese Aufgabe im Rahmen der Pflegeberatung übernommen werden.

Die AKTION PSYCHISCH KRANKE empfiehlt

Der Anspruch auf Pflegeberatung wird ausgeweitet auf Personen, bei denen ein Pflegebedarf nach SGB XI besteht oder in absehbarer Zeit eintreten könnte.

Kommentar:

Die Pflegeberatung sollte nicht nur die Funktion erfüllen, Leistungen nach SGB XI schneller und besser koordiniert zu ermöglichen, sondern auch Pflegebedarfe zu reduzieren oder den Eintritt von Pflegebedarf zu verhindern.

B) Art. 1 § 92c PfWG-E.: Der quartiersintegrierte Pflegestützpunkt, ein ganz entscheidender Fortschritt

Die Pflegestützpunkte sind nicht nur wohnortnah sondern sogar quartiersintegriert konzipiert. Das ist für alte Menschen von besonderer Bedeutung! Das Konzept ‚Quartier‘ sollte flexibel gestaltet werden können. Die Pflegestützpunkte sind für die Vernetzung der verschiedenen Hilfen entsprechend dem gesamten individuellen Hilfebedarf von alten Menschen, weit über die Leistungszuständigkeit der Pflege- und Krankenkassen hinaus zuständig, denn die Aufzählung geht bis hin zu sozialen Hilfs- und Unterstützungsangeboten „einschließlich der Hilfestellung bei der Inanspruchnahme“ (in 2.). In 1. ist die Aufzählung offen mit „und sonstigen Hilfeangeboten“.

Empfehlungen

Es wird empfohlen, im Rahmen eines Implementationsprojekts Referenzregionen zu fördern, die bereit sind diese Aufgaben exemplarisch zu lösen, dazu voneinander zu lernen und für andere Regionen eine *Vorbildfunktion* zu übernehmen.

Zusätzlich wird empfohlen, diese neuen Konzepte unter Bezug auf ihre *Wirkung, (inklusive Qualität) und ihre Kosten auch gesundheitsökonomisch* zu evaluieren im Vergleich zu traditionellen Versorgungsformen.

Ein „neuer Vertragstyp“ der wohnortnahen Versorgung soll realisiert werden. Dazu sollte in der *Begründung ergänzt werden*: „...auch mit dem Ziel die ambulante und stationäre Altenhilfe sowie andere professionelle Institutionen sowie Selbsthilfe und Ehrenamt zusammen zu führen.“

Kommentar

„Die Pflegekassen haben darauf hinzuwirken“, dass Altenhilfe, Sozialhilfe, Pflegeeinrichtungen, Unternehmen der privaten Kranken- und Pflegeversicherung ... sich an diesen Verträgen beteiligen. „Die Vertragsparteien sollen Mitgliedern von Selbsthilfegruppen, Ehrenamtliche und sonstige zum bürgerschaftlichen Engagement bereite Personen und Organisationen in die Tätigkeit des Pflegestützpunktes einbinden und sie können sich externer Stellen bedienen.“ – Dies ist ein für die Qualität, die Effizienz und Wirtschaftlichkeit der Organisationen der Hilfen entscheidender Anspruch, der aber auch an die Vertragsgestaltung sowie das effiziente Management der Pflegestützpunkte hohe Ansprüche stellt einschließlich der Personalführung, z. B. die enge Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen sowie die Einbeziehung und Förderung der Selbsthilfe sowie bürgerschaftlicher und ehrenamtlicher Helfer: Hier geht es nicht um wechselseitige Dominanzbestrebungen sondern um Kooperation entsprechend dem Bedarf und den Bedürfnissen der Hilfeempfänger.

In der Begründung, Allgemeiner Teil, II., 1. „Stärkung der ambulanten Versorgung nach persönlichem Bedarf“ erfolgen konzeptionelle Ausführungen zum Konzept der Pflegestützpunkte sowie der Pflegeberatung, z. B. „...auf der Wohnort nahen Ebene vorhandene Versorgungsangebote zu vernetzen, so dass eine abgestimmte Versorgung und Betreuung im jeweiligen Wohnquartier ermöglicht wird“ (Vgl. auch 2. Absatz; auf der individuellen Ebene durch die Pflegeberater und auf der institutionellen Ebene durch den Pflegestützpunkt.)

C) „Ambulant vor stationär!“ - die finanziellen Anreize fördern weiter stationär vor ambulant!
Auch im Referentenentwurf wird das Credo des Vorrangs ambulanter vor stationärer Versorgung hoch gehalten, doch führt die Struktur der unterschiedlichen Leistungen zu Anreizen in Richtung stationärer und teilstationärer Hilfe. Die Entscheidungsfreiheit über die Wohnform wird dadurch eingeschränkt (vor allem bei hohem Hilfebedarf).

Empfehlung (geht über ein „Weiterentwicklungsgesetz“ hinaus)

Die Höhe der Leistungen sollte konsequent vom Leistungs-Ort entkoppelt und ausschließlich am individuellen Pflegebedarf orientiert werden.

Dieses System sollte mit einer „Konvergenzphase“ eingeführt werden.

Entscheidend ist, dass die Politik nicht nur die Versorgungsziele definiert, sondern auch die Rahmenbedingungen inkl. Finanzierung so gestaltet, dass die verschiedenen Akteure die politisch gesetzten Ziele verfolgen, auch wenn sie sich an ihrem betriebswirtschaftlichen Eigeninteresse orientieren.

Kommentar

Zum Ziel „ambulant vor stationär“ findet bisher eine zielgerichtete Steuerung nicht statt. Die Leistung folgt dem Geld, aber folgt das Geld der richtigen Leistung?

D) Gesetz zur Förderung der Pflege naher Angehöriger (Pflegezeitgesetz – PflegeZG)

Art. 3, § 2 kurzzeitige Arbeitsverhinderung

Bezahlte Pfl egetage sind der richtige Weg, um Selbstbestimmung und Selbsthilfe zu fördern. Auf diese Weise können mehr pflegebedürftige Menschen mit Unterstützung in der eigenen Wohnung bleiben. Bei akuten Erkrankungen und aktuellen Schwierigkeiten kommen alte Menschen oft gegen ihren primären Wunsch in ein Heim, weil niemand in der Lage ist, kurzfristig erforderliche Hilfen im eigenen Haushalt zu übernehmen oder zu organisieren.

Schnelle Hilfe von Angehörigen bei unvorhergesehen Ereignissen ist notwendig.

Genau wie Kinder können alte Menschen plötzlich erkranken oder aus anderen Gründen zusätzlicher Hilfe bedürfen.

Angehörigen kommen dabei besondere Aufgaben zu, ob es darum geht

- alten Menschen den Weg vom oder zum Arzt oder Krankenhaus zu ermöglichen
- erforderliche Hilfen zu organisieren oder neue Hilfskräfte einzuweisen
- bei akuter Erkrankung die erforderliche Unterstützung zu leisten.

Bei der Freistellung von Eltern zur Pflege ihrer erkrankten Kinder haben sich bereits unbürokratische Wege bewährt.

Die Pflegeversicherung hilft nur bei langfristigen Pflegebedarfen (voraussichtlich über 6 Monate). Eine Angleichung der Freistellungsmöglichkeiten ist daher wünschenswert und folgerichtig. Bei der kurzfristigen Hilfe sind Angehörige besonders geeignet, weil sie oft die Situation am besten kennen und die richtigen Maßnahmen ergreifen können.

E) Verschiedenes

1. Psychiatrische Institutsambulanz gemäß § 118 SGB V berücksichtigen:

- in Art 6., 8., zu § 12, b) Abs. 2, bb) in dem angefügten Satz nach **“...Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten“ ergänzen:“ und Psychiatrischen Institutsambulanzen“**
- in Art. 6, § 119b **Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen (falls Institutsambulanzen nicht in der Formulierung ‚oder andere Kooperationsverträge‘ enthalten ist)**

Gerade für Menschen mit psychischen Erkrankungen einschließlich Demenz ist die entsprechende fachärztliche Behandlung (in Kooperation mit dem Hausarzt) von zentraler Bedeutung. Mit dem verwendeten Begriff **“niedergelassene Ärzte“** sind auch Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie/Nervenärzte

berücksichtigt, nicht jedoch die Psychiatrischen Institutsambulanzen der Fachkrankenhäuser und der Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern (§ 118 SGB V). Deren Kooperation mit den Einrichtungen der Altenhilfe zur ambulanten fachärztlichen Behandlung im Zusammenhang mit der Klinik-Behandlung ist sehr wichtig, wenn keine Beziehung zu einem niedergelassenen Facharzt schon besteht.

2. Zur Erstausbildung für Pflegeberater:

Wir empfehlen, die Aufzählung der in Frage kommenden Erstausbildungen zu ergänzen um „**Diplom-Sozialarbeiter/Diplom-Sozialpädagoge**“ und die Aufzählung **nicht abschließend** zu formulieren.

3. Der Vorrang von Behandlung und Rehabilitation zur Minderung des Pflegebedarfs soll durch finanzielle Anreize gefördert werden. Der Versuch ist zu begrüßen, wird aber allein vermutlich eine ausreichende Anreizwirkung nicht ausüben. Systematisch zu überprüfen wäre, in wie weit SGB XI-Regelungen dem SGB IX angepasst oder die Geltung des SGB IX auch auf das SGB XI ausgedehnt werden sollten.

Erkennbar ist das Bemühen, Pflege und Teilhabe sauberlich voneinander zu trennen statt ihre ergänzende Wirkung, auch unter dem Gesichtspunkt besserer Effizienz, systematisch zu ermöglichen.

Begrüßt werden:

- **Versorgungsmanagement bei Entlassung aus dem Krankenhaus (Art. 6 Nr. 3, § 11 Abs. 4 SGB V)**
- **Förderung ehrenamtlicher Strukturen sowie der Selbsthilfe (Art 1 Nr. 30, Nr. 49)**
- **Verbesserten Rahmenbedingungen für neue Wohnformen (Art. 1 Nr. 17, § 36 PFWG-E)**
- **§ 45 a Abs. 1 Satz 2 PFWG-E Artikel 1 Nummer Seite 26 - 29**

Leistungen für Menschen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, anderen psychischen Erkrankungen sowie geistigen Behinderungen werden verbessert durch zusätzliche Betreuungsleistungen für Pflegebedürftige der Stufe 0 bei allgemeinen Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf.

Siehe auch ‚spezielle Begründung‘

Eine wesentliche Anforderung besteht darin, die Potenziale für Eigenverantwortung, Eigeninitiative und gegenseitige Hilfe zu stärken.

Eingeräumt wird, dass bisher eine Konzentration auf körperliche Probleme oder einzelne Episoden besteht bei Vernachlässigung psychischer und sozialer Belange sowie einer ganzheitlichen und auf Dauer ausgerichteten Gesamtversorgungsstruktur.