



Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit
Frau Vorsitzende Dr. Martina Bunge, MdB
11011 Berlin

per Mail: ma01.pa14@bundestag.de

Dortmund, den 17.01.08

Öffentliche Anhörung am 21. und 23.01.2008 zu

- a) **Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz), BT-Drs. 16/7439**
- b) **Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Finanzielle Nachhaltigkeit und Stärkung der Verbraucher – Für eine konsequent nutzerorientierte Pflegeversicherung“, BT-Drs. 16/7136**
- c) **Antrag der Fraktion DIE LINKE „Für eine humane und solidarische Pflegeabsicherung“, BT-Drs. 16/7472**
- d) **Antrag der Fraktion der FDP „Für eine zukunftsfest und generationengerecht finanzierte, die Selbstbestimmung stärkende, transparente und unbürokratische Pflege“, BT-Drs. 16/7491**

Sehr geehrte Frau Dr. Bunge,

für die Einladung vom 15. 01. 2008 zur öffentlichen Anhörung am 21.01.2008 zum Themenblock „Stärkung der Versorgung, Pflegestützpunkte, Pflegezeit, Pflegebegriff und Demenzielle Versorgung“ bedanke ich mich herzlich. Wegen des kurzen terminlichen Vorlaufs möchte ich die erbetene schriftliche Stellungnahme kurz fassen und bitte hierfür um Verständnis. Dazu darf ich auf die ebenfalls kurzfristig zu erwartende Stellungnahme des Deutschen Städtetages bzw. der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände verweisen. Die in der kommunalen Familie seit Vorlage des Referentenentwurfs zum PFWG diskutierten Positionen, die hier aktuell noch einmal präzisiert werden, unterstütze ich grundsätzlich.

Dazu kann ich aus Dortmunder Sicht folgendes anmerken:

Die mit dem Reformvorhaben verknüpften Ziele zur Verbesserung der Versorgung pflegebedürftiger Menschen sind zu begrüßen. Gleichzeitig bedauere ich, dass es nicht möglich gewesen ist, die überfällige Neudefinition des **Pflegebedürftigkeitsbegriffs** zeitgleich abzuschließen. Insbesondere auch für den örtlichen Sozialhilfe- und Rehabilitationsträger ist von entscheidender fachlicher, sozialplanerischer, leistungsrechtlicher und fiskalischer Bedeutung, welche Personenkreise mit welchem Leistungsanspruch, beispielsweise primär geistig behinderte oder demenziell erkrankte Menschen, mit in die Pflegeversicherung einbezogen werden sollen. Bisher werden alle Personen, die nicht die aktuellen Zugangshürden erreichen, bekanntermaßen zu 100 % von den Sozialhilfeträgern bedarfsdeckend versorgt. Hierzu wurden in Dortmund, wie sicher andernorts auch, bereits vielfältige Angebots- und Leistungsstrukturen entwickelt. Eine fachlich konsistente, nachhaltige und auch wirtschaftliche Fortentwicklung dieser kommunalen Strukturen ist ohne eine vernünftige und klare systemische Harmonisierung zwischen Sozialhilfe und Pflegeversicherung nur schwer vorstellbar.

Die geplanten Regelungen zu **Pflegestützpunkten** (§ 92 c SGB XI- E) unterstütze ich inhaltlich voll und ganz. Es ist nur konsequent und auch überfällig, auf Bundesebene eine flächendeckende Verbesserung für pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige durch sinnvolle strukturelle Maßnahmen anzustoßen. Rolle und Funktion der Stützpunkte entsprechen dabei nach unseren aktuellen Erfahrungen den Erwartungen und Bedarfslagen der Zielgruppe. Ich kann das in dieser Deutlichkeit feststellen, da wir in Dortmund bereits über einschlägige Erfahrungen in unseren zwölf Seniorenbüros gemacht haben. Bereits im ersten Jahr des Regelbetriebes haben sich rd. 21 000 Menschen an unsere dezentralen, in den Wohnquartieren bzw. Stadtbezirken verorteten Büros gewandt, um

- eine qualifizierte Pflegefachberatung einschließlich einer übergreifenden Sozial- und Altenhilfeberatung zu erhalten oder Probleme im Rahmen eines Hausbesuches zu erörtern,
- um Leistungen eines Case-Managements zur Versorgungsplanung und -realisierung - auch in der eigenen Häuslichkeit- in Anspruch zu nehmen und
- um als ehrenamtlicher Akteur, Leistungserbringer oder in sonstiger Weise Involvierter an runden Tischen in den Netzwerken vor Ort mitzuwirken, an Verbesserungen der regionalen Angebotsstruktur mitzuarbeiten etc.

Festzuhalten dabei ist die Tatsache, dass diese Angebote von der Bürgerschaft auch deswegen hervorragend angenommen werden, weil die beteiligten städtischen Akteure sowie die als duale Träger eingebundenen örtlichen Verbände der freien Wohlfahrtspflege von einem **ganzheitlichen Ansatz** ausgehen, d. h., sämtliche Facetten aller denkbaren Angebote beziehen sich nicht nur auf den Ausschnitt „Pflege“ oder „SGB XI“ oder „SGB XII“ sondern folgen zwanglos einer langjährigen sozialhilferechtlichen und sozialpolitischen Tradition entsprechend dem Gesamtfallgrundsatz. Dies bedeutet, dass alte, kranke, behinderte und/oder pflegebedürftige Menschen in komplexen Lebenssituationen komplexe Lösungen und Antworten, Unterstützung, Begleitung und Hilfestellung benötigen. Teilleistungen reichen auch und gerade wegen der enormen Fortentwicklung des sozialen Sicherungssystems in Deutschland nicht aus. Wenngleich die o. a. Fachkräfte vor Ort über ein bemerkenswertes Spektrum an Kenntnissen und Fähigkeiten mit dem Schwerpunkt im SGB XI und SGB XII verfügen, ist es angesichts der nötigen Komplexität erforderlich, vertiefte oder spezielle Fragestellungen zu korrespondierenden Fragen der Rehabilitation, der Krankenversorgung, der Behindertenhilfe sowie etwaige sozialhilferechtliche Entscheidungen zu wirtschaftlicher Hilfe, zur Wohnberatung etcpp über eine Geschäftsprozessanbindung in Fachdienste der Sozialverwaltung (sog. Backoffice-Bereiche) zu transportieren.

Dieser Aspekt ist im Zusammenhang mit § 7a SGB XI-E ebenfalls von Bedeutung.

Essentiell bei alledem ist auch die Verortung der Angebote direkt im Wohnquartier und zusätzlich mit alternativ aufsuchendem Charakter. Umfang und Lage der Angebote lassen sich angesichts unterschiedlicher demografischer und lebensraumorientierter Gegebenheiten sicher nicht allgemein festlegen, variieren allein in den Dortmunder Sozialräumen bereits erheblich. Zielführend ist auch das Erfordernis, **kleinräumige Netzwerke** aufzubauen. Die sich dort entfaltenden Ideen und Maßnahmen sind teilweise höchst unterschiedlicher Natur. Bemerkenswert dabei ist wiederum, dass es trotz eines immer größer werdenden Pflegemarktes im Quartier gelingen kann, gut und konstruktiv miteinander für die Menschen zu arbeiten.

Nach alledem möchte ich die Brücke zu § 92 c SGB XI schlagen: Die Maßnahme an sich ist, wie die am Beispiel Dortmund vorstehend skizzierte Erfahrung belegt, richtig und notwendig, um die bereits erfolgreich geschaffenen kommunalen Angebote zu verbreitern und ggf. zu vertiefen. Problematisch dagegen erscheint es, die maßgebliche Verantwortung für die Realisierung der Stützpunkte den Pflegekassen zu übertragen. Es ist kein Zufall, dass das Dortmunder Modell im Kernbereich der Angebote ohne Beteiligung der Kranken- und Pflegekassen läuft. Bundesweit gibt es ca. 200 Kassen, vor Ort arbeiten wir in anderen fachlichen Bezügen immerhin mit rd. 60 Kassen zusammen, teilweise ohne dass die Kassen regional über Geschäftsstellen o. ä. vertreten wären. Es ist auch schwierig bis unmöglich, autorisierte Ansprechpartner in der Kassenfamilie zu finden, wenn es um die Verhandlung komplexerer Dinge geht. Ich möchte damit keinen Vorwurf verbinden, die organisatorischen Hintergründe sind hinreichend bekannt.

Die im Reformvorhaben vorgesehene Pflicht der Kranken- und Pflegekassen zu einheitlichem Handeln mit deutlichen regionalen Bezügen wird begrüßt, reicht m. E. aber nicht aus, um die Rolle und Funktion der Kommunen in diesem wichtigen Versorgungsbereich abzubilden.. Erfolg versprechend wäre es, wenn die jeweils kommunal gegebene Versorgungs- und Angebotsstruktur als Basis und Anknüpfungspunkt für die Verhandlungen der Kommune mit (einer zumindest auf Landesebene definierten und autorisierten) Kranken- und Pflegekasse genommen würde. Ziel muss es dabei sein, die unterschiedlichen gewachsenen Strukturen durch Einbezugnahme der Kranken- und Pflegekassenseite zu optimieren und gemeinsam fortzuentwickeln. Zusätzliche Kosten in größerem Umfang dürften im Prinzip nicht entstehen, da die involvierten Träger weiterhin jeweils die Kosten der eigenen Teilbereiche tragen. Für den Fall, dass bereits bedarfsdeckende und konzeptionell tragfähige kommunale Angebote bestehen, sollte die Option der Beauftragung bzw. die finanzielle Bezuschussung durch die Kassenseite (pflichtig) geschaffen werden. In jedem Falle wäre der Aufbau paralleler Strukturen fachlich wie wirtschaftlich unbedingt abzulehnen.

Zur neuen **Pflegeberatung** (§ 7a SGB XI-E) ist ähnliches festzustellen. Ausdrücklich begrüßt wird die Vertiefung der bereits in den einschlägigen Sozialgesetzbüchern formulierten Beratungspflichten der Kranken- und Pflegekassen. Pflegeberatung allein reicht wie bereits dargestellt aber nicht aus und erreicht auch nicht alle betroffenen Menschen (Nichtversicherte, Personen in sog. Pflegestufe 0, Behinderte) bzw. die realen Bedarfe vieler Versicherten und Leistungsbezieher. Außerdem werden die neu definierten Aufgaben der Pflegeberatung bereits, wie in Dortmund und anderen Städten, in kommunaler Verantwortung in hoher Qualität vorgehalten. Die ideale Lösung wäre wiederum, in geeigneten Kommunen diesen entweder zusätzliches (Kassen-) Personal zur Verfügung zu stellen (aus einem zumindest auf Landesebene einheitlichem Pool der Kassen/ durch eine beauftragte Kasse ?) oder den Weg der Beauftragung nach §§ 88 ff. SGB X mit entsprechendem finanziellen Ausgleich zu ermöglichen.

Schwierig bis unmöglich erscheint es dagegen, **Entscheidungsprozesse** (Leistungsentscheidungen in Verwaltungsverfahren nach SGB V, XI oder XII) vollständig auf die neuen „Pflegerater“ zu verlagern. Nach bisherigen Erfahrungen ist es eher zielführend und für die Kunden dennoch angenehm und schnell, wenn eine verbindliche und sichere technikgestützte Kommunikation und Workflow-Anbindung mit den zentralen Fachbereichen der - zumindest regelhaft involvierten – Sozialleistungsträger geschaffen wird. Auch insoweit kann zwanglos an bestehende kommunale Strukturen angeknüpft werden.

Mit freundlichen Grüßen

Gez. Pogadl