

Stellungnahme zu dem Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, BT-Drs. 16/7439)

Clemens Tesch-Römer, Daniela Sulmann, Anna Hokema, Christina Kühnemund
Deutsches Zentrum für Altersfragen, 15. Januar 2008

1. Vorbemerkung

Im folgenden kommentieren wir Teile des Gesetzentwurfs: Artikel 1 (Änderungen der § 113-115 SGB XI Qualität von Pflegeeinrichtungen, § 92c SGB XI Pflegestützpunkte, § 7a SGB XI Pflegeberatung), Artikel 3 (Gesetz über die Pflegezeit) sowie Artikel 15 (Änderung des Krankenpflegegesetzes) und Artikel 16 (Änderung des Altenpflegegesetzes). Dies bedeutet nicht, dass die von uns unkommentierten Teile des Gesetzentwurfs aus unserer Sicht unwesentlich sind.

2. Qualität von Pflegeeinrichtungen

Der zweite Bericht des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Qualität in der ambulanten und stationären Pflege hat gezeigt, dass es in einem erheblichen Teil der Pflegeeinrichtungen Mängel in der Ergebnisqualität sowie in einem noch größeren Teil der Pflegeeinrichtungen Mängel in der Prozessqualität gibt, selbst wenn festzustellen ist, dass sich die Qualität der Pflege gegenüber dem ersten Bericht insgesamt verbessert hat. Dies bedeutet, dass die Herstellung und Sicherung von Pflegequalität ein zentrales Thema in der Reform der Pflegeversicherung sein muss. Wir begrüßen, dass der Entwurf des Gesetzes eine Reihe von Maßnahmen zur Herstellung, Sicherung und Überprüfung der Qualität vorschlägt, denken aber, dass einige der Vorschläge verstärkt werden könnten und andere gestrichen werden sollten, um das angestrebte Ziel der Qualitätsverbesserung in ambulanten und stationären Einrichtungen zu erreichen.

(a) *Bezug auf die Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen:* Der Gesetzentwurf sieht vor, dass die Akteure im Feld Pflege Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Pflege sowie für die Entwicklung einrichtungsinternen Qualitätsmanagements abschließen. Dies ist zu begrüßen. Allerdings fehlt in den in diesem Zusammenhang spezifizierten Anforderungen (§ 113, Absatz 1, Punkte 1 bis 3) der Hinweis auf die Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen. Aus unserer Sicht sollte im ersten Punkt aufgenommen werden: „1. an die verbindliche Berücksichtigung der Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen“. In der Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen sind in verständlicher und konkreter Form die Ergebnisse guter Pflege beschrieben. Daher sollte sie auch als Richtschnur für die Entwicklung von Qualitätsstandards herangezogen werden. In der Begründung des Gesetzentwurfs heißt es, dass das „Leitbild der Pflegeversicherung ... jetzt und in Zukunft eine menschenwürdige Pflege“ ist und dass in diesem Zusammenhang „besonders die im Rahmen des Runden Tisches Pflege erarbeitete Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen hervorzuheben“

ist, die sich an alle richtet, die in der Pflege Verantwortung tragen. Die Verpflichtung, Qualitätssicherung auf der Grundlage der Charta zu gestalten, würde diesen Anspruch noch deutlicher machen.

(b) *Veränderung und Ausbau der Prüfungen durch den MDK*: Die Orientierung an der Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen bedeutet auch, dass das Prüfverfahren des MDK bei den Qualitätsüberprüfungen der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen überarbeitet werden sollte. Der Prüfkatalog sollte sich in komplementärer Weise an der Charta orientieren. Angesichts der Tatsache, dass die Pflegequalität in Deutschland noch keineswegs in allen Einrichtungen als ausreichend bezeichnet werden kann, sollten die Prüfungen des MDK auch ausgeweitet werden. Wir schlagen vor, zum jetzigen Zeitpunkt keine Qualitätsprüfung außerhalb der Zuständigkeit des MDK zu ermöglichen. Dies bedeutet, dass im § 114 Absatz 3 die Sätze 2 bis 3 gestrichen werden („Das Gleiche gilt ... veröffentlicht werden“). Eine einheitliche, regelmäßige Überprüfung aller Pflegeeinrichtungen durch den MDK würde auch bedeuten, dass diese Informationen für Verbraucher geeigneter sind als Qualitätsberichte, die von unterschiedlichen Gutachtern vorgelegt werden. Dies würde das in § 115 (1a) neu eingeführte Transparenzgebot stärken. Im Sinne des Verbraucherschutzes ist eine Veränderung der Prüfungen des MDK in Anlehnung an die genannte Charta sowie ein quantitativer Ausbau der Qualitätsprüfungen hin in Richtung regelmäßiger, flächendeckender Überprüfungen aus unserer Sicht sinnvoll und dem erreichten Stand der Pflegequalität in Deutschland angemessen.

(c) *Expertenstandards*: Grundsätzlich begrüßen wir, dass Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege systematisch eingeführt werden sollen. Allerdings denken wir, dass die in § 113a (2) und (3) getroffene Festlegung zur Erstellung von Expertenstandards um folgende Punkte erweitert bzw. konkretisiert werden sollte: (i) Die Wirksamkeit der in Expertenstandards aufgeführten pflegefachlichen Maßnahmen sollte durch empirische Studien evidenzbasiert vorliegen und zwar bevor eine unmittelbare Verbindlichkeit zur Umsetzung festgelegt wird. Ebenso sollte in Modellversuchen nachgewiesen worden sein, dass die Einführung von Expertenstandards in ambulanten und stationären Einrichtungen die Pflegequalität verbessert. (ii) Nicht nur in der Begründung sondern auch im Gesetzestext sollte festgestellt werden, dass die Expertenstandards sowohl monoprofessionell als auch multidisziplinär ausgerichtet sein können. (iii) Bei der Festlegung von Anforderungen der Expertenstandards sollten die Vertragsparteien die Operationalisierbarkeit und Praktikabilität in Zukunft mehr als bisher berücksichtigen.

(d) *Pflegeausbildung*: In den Artikeln 15 (Änderung des Krankenpflegegesetzes) und 16 (Änderung des Altenpflegegesetzes) wird die Möglichkeit der akademischen Erstausbildung auf der Ebene von Hochschulen eröffnet. Diese Veränderung begrüßen wir. Allerdings möchten wir darauf hinweisen, dass mit dieser Erweiterung der Ausbildungsmöglichkeiten unter anderem folgendes Problem verbunden sein könnte: Mit hoher Wahrscheinlichkeit wird neben der akademischen Erstausbildung in der Pflege auch die berufliche Erstausbildung in der Pflege bedeutsam bleiben (bislang sind hier dreijährige und zweijährige Ausbildungen vorgesehen). Daneben werden auch weiterhin angelernte und ungelernete Kräfte für bestimmte Aufgaben in der Langzeitpflege tätig sein. Die Frage, wie angesichts eines

größer werdenden Mixes an Berufsqualifikationen eine durchgehend hohe Qualität in Pflege und Betreuung erreicht werden kann, ist aus unserer Sicht offen.

3. Pflegestützpunkte und Pflegeberatung

Da aus unserer Sicht die Themenkomplexe Pflegestützpunkte (§ 92c) und Pflegeberatung (§ 7a) aufeinander bezogen sind, möchten wir im folgenden zunächst die geplanten Pflegestützpunkte und dann die Pflegeberatung behandeln.

3.1 Pflegestützpunkte

Grundsätzlich begrüßen wir die Einführung von Pflegestützpunkten und Pflegeberatung, da damit dem Wohl pflegebedürftiger Menschen gedient werden kann, indem integrierte, auf die Bedarfe der betroffenen Menschen zugeschnittene Versorgungsangebote möglich gemacht werden. Gleichwohl sehen wir einige Punkte, die bei der Überarbeitung des Entwurfs bedacht werden sollten und die aus unserer Sicht zu einer Veränderung (und Verbesserung) der gesetzlichen Grundlagen führen könnten.

(a) *Zentrale Rolle der Kommunen:* Aus unserer Sicht sind die Kommunen entscheidende Akteure bei der Ausgestaltung einer erfolgreichen Einführung und Implementierung der Pflegestützpunkte, und zwar auch mit Blick auf die zunehmende Relevanz quartiersbezogener Versorgung und des Einbezugs bürgerschaftlichen Engagements. Insbesondere sollte bei dem Aufbau eines Netzes von Pflegestützpunkten geprüft werden, wie bereits bestehende Beratungs- und Informationsstellen in den verschiedenen Regionen in den Aufbau von Pflegestützpunkten einbezogen werden können, um den Aufbau von Doppelstrukturen zu verhindern und um von bereits bestehendem Wissen und Erfahrungen zu profitieren.

(b) *Verträge als Grundlage der Pflegestützpunkte:* Grundlage der geplanten Pflegestützpunkte sind Verträge zwischen Pflege- und Krankenkassen (§ 92c, Absatz 1), wobei der Gesetzgeber wünscht, dass weitere Akteure an den Verträgen beteiligt werden, insbesondere Sozialhilfeträger, Pflegeeinrichtungen sowie Unternehmen der privaten Kranken- und Pflegeversicherung. Es ist zu begrüßen, dass damit die integrierte Versorgung im Bereich Pflege möglich gemacht wird. Allerdings möchten wir darauf hinweisen, dass die Grundlage für diese Form der integrierten Versorgung im Gesetz nur schwach vorkonturiert ist. Es kommt auf die Ausgestaltung der Verträge an, wie stark die Pflegestützpunkte durch die Vertragsparteien gemacht werden, und es bleibt allein dem Verhandlungsgeschick der Pflegekassen überlassen, welche Akteure sich an den Verträgen beteiligen. Zu bedenken ist, dass nicht der Aufbau einer neuen Bürokratie, sondern verbesserte Leistungen für pflegebedürftige Menschen das Ziel sind. Es besteht zudem die Gefahr von erheblichen regionalen Unterschieden, die neben einer passgenauen Ausgestaltung integrierter Versorgung auch zu nicht intendierten Ungleichheiten in der pflegerischen Versorgung führen kann. Es ist zu überlegen, mit welchen Anreizen eine möglichst umfassende Beteiligung an den Pflegestützpunkten gefördert werden kann und ob gegebenenfalls Sanktionen aufgrund unzureichender Vertragsverhandlungen verhängt werden können.

(c) *Leistungspakete für die integrierte Versorgung:* Ziel der Pflegestützpunkte ist es, die wohnortnahe Beratung, Versorgung und Betreuung der Versicherten zu verbessern. Dies soll erreicht werden (i) durch verbesserte Auskunft und Beratung nicht allein zum SGB XI, sondern auch zu anderen Sozialleistungen und Hilfeangeboten, (ii) durch Koordinierung aller zur Verfügung stehenden relevanten Hilfs- und Unterstützungsangebote sowie (iii) durch Bereitstellung aufeinander abgestimmter pflegerischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote. Diese Aufgaben der Pflegestützpunkte erfordern nicht nur, dass jene Personen, die in den Pflegestützpunkten arbeiten werden (insbesondere Pflegeberater/innen) eine gute Kenntnis des Sozialrechts sowie der lokal verfügbaren Versorgungsangebote haben, sondern dass es die Möglichkeit gibt, Leistungspakete der integrierten Versorgung anzubieten, die individuellen Bedarfen angepasst werden können. Aus unserer Sicht wäre es außerordentlich sinnvoll, wenn zur Vorbereitung der Pflegestützpunkt-Verträge Multimorbiditätsprofile oder typische Problemkonstellationen beschrieben würden. Zudem sollten pflegewissenschaftliche und medizinische Empfehlungen erstellt werden, wie eine optimale Versorgung mit Leistungen von Pflege- und Krankenversicherung sowie gegebenenfalls weiterer Leistungsträger zu erstellen soll. Eine solche vorbereitende Arbeit, für die sich empirische Analysen der kombinierten Daten von Pflege- und Krankenkassen anbieten, könnte zu Bausteinen der integrierten Versorgung führen, die ausgerichtet auf die jeweilige pflegebedürftige Person von Pflegeberater/innen unbürokratisch kombiniert werden können. An dieser Stelle bietet es sich an, das Gesetz genauer zu formulieren.

(d) *Erfolgskriterien und Erfolgsmessung:* Mit dem Aufbau von Pflegestützpunkten im ganzen Bundesgebiet wird ein neues Instrument eingeführt, das dem Ziel einer besseren und effizienteren Versorgung pflegebedürftiger Menschen dienen soll. Allerdings findet sich im Entwurf keine explizite Definition eines „Erfolgskriteriums“ für die Pflegestützpunkte und kein Hinweis auf die empirische Überprüfung des Erfolgs der Pflegestützpunkte. Aus unserer Sicht sollten allerdings sowohl Erfolgskriterien als auch Erfolgsmessung in das Gesetz aufgenommen werden. Als Erfolgskriterien sollten nicht allein die zuvor benannten Aufgaben der Pflegestützpunkte genannt werden (Beratung, Koordinierung, Bereitstellung von Versorgungsangeboten), sondern Kriterien, die sich auf eine Verbesserung der Versorgung beziehen (z.B. Pflegequalität, Lebensqualität der Menschen mit Pflegebedarf) oder die eine Effizienzsteigerung der pflegerischen und gesundheitlichen Versorgung betreffen (z.B. Gesamtausgaben, Ausgaben pro Versicherten). Eine Definition der Erfolgskriterien sollte zudem gekoppelt sein an eine Überprüfung des Erfolgs sowie an die Festlegung von Konsequenzen, falls sich das Instrument der Pflegestützpunkte als erfolglos erweist. Idealerweise sollte eine solche Überprüfung mit der Feststellung des Status quo beginnen (also vor Einführung des Gesetzes).

(e) *Multidisziplinäre Besetzung:* Zentral für die sachgemäße Arbeit der Pflegestützpunkte sind die Pflegeberater/innen, über deren Qualifikation es einige Hinweise im Gesetzentwurf gibt. Allerdings möchten wir darauf hinweisen, dass es sinnvoll ist, die Pflegestützpunkte nicht allein mit Sozialversicherungsfachangestellten oder mit Pflegekräften oder mit Sozialarbeiter/innen zu besetzen. Vielmehr erscheint es uns sinnvoll, wenn die Pflegestützpunkte multidisziplinär besetzt werden, so dass sich medizinisch-pflegerische, sozialrechtliche und weitere Kompetenzen ergänzen und nur so eine optimale Beratung und Versorgung gesichert werden kann.

(f) *Zahl der Pflegestützpunkte*: Wenn wir richtig gerechnet haben, so soll die Zahl der Pflegestützpunkte in Deutschland etwa 4.000 betragen. Wenn diese Zahl stimmt, sollte überlegt werden, ob durch die Zusammenfassung bzw. Vernetzung von Pflegestützpunkten deren Effektivität und Effizienz erhöht werden könnte. Allerdings hätte eine Zusammenlegung von Pflegestützpunkten den Nachteil, dass die räumliche Dichte der Versorgung, der ein Vorteil der Stützpunkte sein soll, wieder gefährdet werden könnte.

3.2 Pflegeberatung

Wir begrüßen die Einführung der Pflegeberatung als Leistung im SGB XI, die im Rahmen der Pflegestützpunkte angeboten werden soll. Wir denken, dass der Anspruch auf persönliche, kontinuierliche Beratung sowie auf die Erstellung eines Versorgungsplans dabei helfen kann, Pflege und Betreuung zu verbessern. Allerdings sehen wir einige Punkte, die bei der Überarbeitung des Entwurfs bedacht werden sollten und die aus unserer Sicht zu einer Veränderung (und Verbesserung) der gesetzlichen Grundlagen führen könnten.

(a) *Aufgaben*: Die Aufgaben von Pflegeberater/innen bestehen in der Beratung und Hilfestellung für Personen mit Pflegebedarf. Personen, die keine Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, werden nicht berücksichtigt. Aus unserer Sicht besteht diesbezüglich Regelungsbedarf. Darüber hinaus möchten wir dafür plädieren, dass die Pflegeberatung als zugehende, aktive Beratung realisiert werden sollte, um insbesondere jene Menschen zu erreichen, die selbst nicht in der Lage sind, die Pflegestützpunkte aufzusuchen.

(b) *Entscheidungsbefugnisse*: Zentral für die Arbeit der Pflegeberatung ist die Erstellung eines Versorgungsplans, der die erforderlichen Sozialleistungen sowie alle relevante Hilfs- und Unterstützungsangebote umfasst (§ 7a, Absatz 1). Dabei ist das Ergebnis der Begutachtung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen zu berücksichtigen. Stellvertretend für die Probleme, die bei der Erstellung des Versorgungsplans entstehen könnten, möchten wir im folgenden die Integration medizinischer Leistungen („präventive, kurative, rehabilitative oder sonstige medizinische Hilfs- und Unterstützungsangebote“) in den Versorgungsplan hervorheben. Wir sind der Meinung, dass es im Sinne der integrierten Versorgung unerlässlich ist, neben pflegerischen Leistungen auch medizinische Leistungen in dem Versorgungsplan zusammenzufassen. Allerdings entsteht die Frage, ob Pflegeberater/innen entscheiden können (und sollen), welche medizinischen Leistungen angemessen sind. Wenn sie dies tun sollen, benötigen sie die entsprechenden Kompetenzen und Berechtigungen, dies zu tun. Wenn sie auf die Entscheidungen anderer Akteure (Hausärzte, Fachärzte) zurückgreifen sollen, so entstehen eine Reihe von Fragen, die zu klären sind. (Um nur einige zu nennen: Sollen Pflegeberater/innen Arztbesuche vorschlagen, wenn dies sinnvoll erscheint? Wie wird der Kontakt zu möglicherweise zahlreichen Haus- und Facharztpraxen bzw. Krankenhäusern aufrechterhalten? Können Pflegeberater/innen ohne Einverständnis der pflegebedürftigen Person Informationen von Pflege- und Krankenkasse zusammenführen?). Schließlich ist darauf hinzuweisen, dass die Zuständigkeiten der Pflegeberater/innen in hohem Maß von der Stärke des jeweiligen Pflegestützpunkts abhängt. Soll-

te die Konstruktion des Pflegestützpunkts schwach sein, so werden die Pflegeberater/innen nur wenig Einfluss auf die Sicherstellung einer guten Versorgung nehmen können.

(c) *Ausbildung und Qualifikation*: Angesichts der Komplexität, die mit den Aufgaben der Pflegeberatung verbunden ist, erscheint uns eine gute Qualifikation der geplanten Pflegeberater/innen eine notwendige Voraussetzung für deren erfolgreiche Implementation. Die in den Erläuterungen genannten Qualifikationen (Sozialversicherungsfachangestellte/r, Altenpfleger/in, Krankenpfleger/in) sollten ergänzt werden (z.B. Sozialarbeiter/in). Allerdings möchten wir noch einmal darauf hinweisen, dass es uns sinnvoll erscheint, die Pflegestützpunkte multidisziplinär zusammenzusetzen, so dass mindestens ein/e Pflegeberater/in pro Pflegestützpunkt über medizinisch-pflegerischer Kompetenz und mindestens ein/e Pflegeberater/in pro Pflegestützpunkt über sozialrechtliche Kompetenz verfügt.

(d) *Aufsicht*: Dem Entwurf ist bislang nicht zu entnehmen, wer die Aufsicht über die Pflegeberater/innen hat und wer für die Qualität ihrer Arbeit Verantwortung trägt. Sollten es die Pflegekassen sein, so ist sicherzustellen, dass die Pflegeberater/innen im Sinne der ihnen anvertrauten Menschen mit Pflegebedarf tätig sind. Zudem ist es notwendig, dass die Aufsicht der Pflegeberater/innen qualifiziert erfolgt.

(e) *Erfolgskriterium und Erfolgsmessung*: Wie oben bereits mit Bezug auf Pflegestützpunkte ausgeführt, findet sich im Entwurf keine explizite Definition eines „Erfolgskriteriums“ für die Pflegeberatung. Es wird in den Erläuterungen darauf verwiesen, dass „die Erfahrungen [mit dem Instrument der Pflegeberatung] kurzfristig evaluiert werden“ sollen (S. 114). Allerdings halten wir diesen knappen Hinweis nicht für ausreichend. Aus unserer Sicht sollten sowohl Erfolgskriterien als auch die Verpflichtung zu qualifizierter Erfolgsmessung in das Gesetz aufgenommen werden. Als Erfolgskriterien sollten nicht allein die zuvor benannten Aufgaben der Pflegeberatung genannt werden (Beratung, Erstellung eines Versorgungsplans), sondern Kriterien, die sich auf eine Verbesserung der Versorgung beziehen (z.B. Pflegequalität, Lebensqualität der Menschen mit Pflegebedarf) oder die eine Effizienzsteigerung der pflegerischen und gesundheitlichen Versorgung betreffen (z.B. Ausgaben pro Versicherten). Eine Definition der Erfolgskriterien sollte zudem gekoppelt sein an eine Überprüfung des Erfolgs sowie der Festlegung von Konsequenzen, falls sich das Instrument der Pflegeberatung als erfolglos erweist. Idealerweise sollte auch hier eine solche Überprüfung mit der Feststellung des Status quo beginnen (also vor Einführung Gesetzes).

4. Pflegezeit

Grundsätzlich wird von uns die Einführung einer sowohl kurzfristigen als auch langfristigen Pflegezeit (Artikel 3 PfWG) begrüßt, um die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege zu verbessern. Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer erhalten hierbei die Möglichkeit, bis zu sechs Monate vollständig oder teilweise von der Arbeitsleistung freigestellt zu werden. Da die Pflegezeit von Angehörigen zumeist länger als sechs Monate ist, sollte es bei der hier ausgeführten Pflegezeit eher darum gehen, die Organisation der Pflege zu gewährleisten und nicht um die Gewährung von Zeit für eine direkte Pflegeübernahme.

Dafür sollte die Möglichkeit eröffnet werden, die Gesamtdauer der Pflegezeit auch in mehreren Abschnitten in Anspruch zu nehmen, um auf häufig eintretende Veränderungen eingehen zu können. Außerdem ist es erst möglich eine Pflegezeit zu beantragen, wenn eine Einstufung von Pflegebedürftigkeit vorliegt. Dies ist bedauerlich, da besonders die frühzeitige Organisation von Hilfe- und Pflegeleistungen den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit ermöglicht oder den Heimeinzug aufschiebt.

Da zu einem sehr hohen Maße die informelle Pflege von Frauen geleistet wird, ist es zu bedauern, dass keine Anreize dazu geschaffen worden sind, Männer stärker zu ermuntern, diese wichtige gesellschaftliche Aufgabe zu übernehmen. Da vorwiegend Frauen informelle Pflegeaufgaben übernehmen, könnte sich eine geschlechterbedingte Benachteiligung am Arbeitsmarkt ergeben. Abschließend möchten wir darauf hinweisen, dass die Pflegezeit wahrscheinlich nicht von allen betroffenen Personengruppen gleichermaßen in Anspruch genommen werden kann. (a) Da die Pflegezeit finanziell nicht abgesichert ist, schließt sie Bürgerinnen und Bürger aus, die sich einen längeren Verdienstausschlag nicht leisten können. (b) Weiterhin werden Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer ausgeschlossen, die bei Arbeitgebern mit weniger als fünfzehn Mitarbeiter/innen beschäftigt sind. Die Einführung der Pflegezeit sollte dringend mit einer Evaluation verbunden werden, um zu überprüfen, welche Wirkungen diese Maßnahme hat.

5. Pflegebegriff

Der vorliegende Gesetzentwurf sieht keine Änderung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des Begutachtungsverfahrens zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit vor. Es ist bekannt, dass die im SGB XI bestehende Definition von Pflegebedürftigkeit nicht die tatsächlichen Hilfebedarfe z.B. in den Bereichen Kommunikation, Teilhabe und Unterstützung bei der Alltagsbewältigung abbildet. Auch das Begutachtungsverfahren des MDK zur Einstufung der Pflegebedürftigkeit sowie die Messung des Pflegebedarfs über Zeitwerte werden den realen Hilfebedarfen der Menschen weder gerecht noch werden notwendige Maßnahmen der Prävention ausreichend erschlossen.

Mit einem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff könnten Weichen für die zukünftige Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen gesetzt werden. Der Pflegebedürftigkeitsbegriff sollte unter gesundheits-, pflegewissenschaftlichen und pflegepolitischen Gesichtspunkten entwickelt werden und operationalisierbar sein. Daher sollten eine sorgfältige Entwicklung gewährleistet sein. Der Zeitplan, bis November 2008 einen Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein erprobtes Messinstrument fertig zu stellen, erscheint unter dem Gesichtspunkt der erforderlichen sorgfältigen wissenschafts-methodologischen Herangehensweise fragwürdig. Zudem sollte der Pflegebedürftigkeitsbegriff vor der Entwicklung eines Begutachtungsverfahrens bekannt sein.

Das Begutachtungsinstrument sollte unter anderem folgende Kriterien erfüllen: Es sollte ressourcenorientiert und auf Prävention ausgerichtet sein und den Bedarf an Betreuung, Beaufsichtigung und Anleitung, Kommunikation und sozialer Teilhabe abbilden. Für die Erfassung umwelt- und personenbezogener Kontextfaktoren bietet sich eine Anlehnung an international bewährte Instrumente an, etwa

die *International Classification of Functioning* (ICF). Die Begutachtungsinstrumente des MDK sollten in die Überarbeitung einbezogen werden. Die erhobenen Ergebnisse sollten in die Pflegeplanung übertragen werden können. Sie müssen für die betroffenen Personen zugänglich und verständlich sein. Es sollte eine Zuordnung der Beurteilungsergebnisse zu Leistungsansprüchen möglich sein. Diese sollten so differenziert und umfassend dargestellt werden, dass eine individuell angepasste Versorgungsmöglichkeit mit Alternativen gegeben ist.

6. Demenzielle Versorgung

Es ist zu begrüßen, dass der vorliegende Gesetzentwurf viele Ansatzpunkte enthält, um besser auf die Bedürfnisse demenziell erkrankter Menschen und ihrer Angehörigen einzugehen. Allerdings ist es bedauerlich, dass der Gesetzentwurf hinsichtlich des Pflegebedürftigkeitsbegriffs keine grundsätzliche Änderung enthält, die vor allem im Hinblick auf eine bessere Versorgung von demenziell erkrankten Menschen nötig gewesen wäre (vgl. Punkt 5 unseres Kommentars).

Die Erhöhung der Leistungsbeiträge für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (§§ 45a, 45b SGB XI) sowie die Erweiterung des Kreises der Leistungsberechtigten durch die Einbeziehung bzw. Berücksichtigung der „Pflegestufe 0“ begrüßen wir. Dieser erweiterte Leistungsbetrag für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz ist allerdings vor dem Hintergrund der Novellierung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs als Zwischenlösung anzusehen. Anzumerken ist, dass auch die Personengruppe, die über keine Einstufung in die Pflegestufe I erreicht wird („Pflegestufe 0“), und die oftmals Personen „mit eingeschränkter Alltagskompetenz“ umfasst, die Pflegeberatung und Pflegestützpunkte in Anspruch nehmen können sollte. Eine dadurch ermöglichte frühzeitige Beratung und Intervention könnte den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit unterstützen.

Das in § 36 angedachte „Poolen“ von Leistungen (gemeinsame Inanspruchnahme von Pflege- und Betreuungsleistungen sowie hauswirtschaftliche Versorgung als Sachleistung) ist zum einen zu begrüßen, da dadurch eine Flexibilität ermöglicht werden könnte, die den besonderen Bedürfnissen demenziell erkrankter Menschen entspricht (z.B. im Bereich neuer Wohn- und Versorgungsformen). Zum anderen ergeben sich bei dieser Regelung Schnittstellenprobleme zur Hilfe zur Pflege und zur Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach SGB XII. Es stellt sich auch die Frage, wie die Leistungserbringung beim „poolen“ der Leistungen kontrolliert werden soll.

Die in § 41 vorgesehene Stärkung der Tages- und Nachtpflege ist zu befürworten, da der Ausbau von flexiblen Versorgungsformen als ein wichtiger Baustein innerhalb der Versorgungsstruktur für pflegebedürftige Menschen – und vor allem innerhalb der Versorgung demenziell erkrankter Personen – anzusehen ist. Die bisherige Finanzierung ist unzureichend und verhinderte eine entsprechende Nutzung. Eine Erhöhung der Nutzung von Tagespflegeangeboten ist als wichtiger Beitrag zur Stärkung der Pflege- und Unterstützungsstruktur besonders für demenziell erkrankte Menschen anzusehen, da sie zum einen den längeren Verbleib des pflegebedürftigen Menschen in der eigenen Häuslichkeit ermöglichen sowie zum anderen zu einer Entlastung der pflegenden Angehörigen beitragen kann.