

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – PFWG)

Referentenentwurf, Stand 10. September 2007



DGGG



DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR GERONTOLOGIE UND GERIATRIE e.V.

I. Allgemeines

Die Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie hat sich bereits im Vorwege der Erarbeitung des Referentenentwurfes intensiv mit Fragen der nachhaltigen Pflegesicherung im Rahmen der Pflegeversicherungsreformen, die in der Koalitionsvereinbarung angekündigt wurden, auseinandergesetzt. Diese mündeten in ein Prüfpunkte-Papier zur nachhaltigen Sicherung der Pflege, das im September 2006 auf der Jahrestagung unserer Gesellschaft in Freiburg vor und zur Diskussion gestellt wurde. Es wurde in einem internen Konsultationsprozess weiterentwickelt und ist dieser Stellungnahme in Anlage beigefügt. Diese Prüfpunkte beleuchten Reformoptionen und Notwendigkeiten aus unterschiedlichen disziplinären Perspektiven und führen sie zusammen. Die multi- und interdisziplinäre Befassung mit Fragen der Pflegesicherung scheint aus der Sicht der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie konstitutiv für eine erfolgreiche und auf Nachhaltigkeit angelegte Reform.

In dem vom Bundesgesundheitsministerium vorgelegten Referentenentwurf werden zahlreiche Fragen behandelt und aufgegriffen, die auch Gegenstand des Prüfpunkte-Papiers unserer Gesellschaft sind. Dazu zählt der Aufbau von Case Management-Strukturen, die Vernetzung von Leistungsträgern, Leistungserbringern und unterschiedlichen Berufsgruppen insbesondere auf der örtlichen Ebene, die Stärkung zivilgesellschaftlicher und bürgerschaftlicher Ressourcen im Zusammenhang mit der Sicherung von Pflege durch die Förderung ehrenamtlicher Strukturen, die Stützung der Familienpflegebereitschaft durch die Einführung einer Pflegezeit und die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung durch die explizite Bezugnahme auf systematische Erkenntnisstände in der Pflegewissenschaft.

Auch wenn die Reform weder den Begriff der Pflegebedürftigkeit noch das Begutachtungsverfahren zum Gegenstand hat, noch eine Entscheidung enthält über die nachhaltige Finanzierung der Pflegeversicherung, wird die Initiative zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz begrüßt und sieht die Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie wesentliche Fragen künftiger Pflegesicherung aufgegriffen und dies in einer Weise, die neue Strukturen insbesondere auf kommunaler Ebene anstoßen kann.

Was kritisch angemerkt wird ist die Konzentration der Fachdiskussion auf die pflegfachliche und pflegwissenschaftliche Perspektive: Pflege im Sinne von Caring ist ein interdisziplinäres und koproduktives Geschehen, das sowohl das Zusammenwirken unterschiedlicher Berufsgruppen voraussetzt als auch das mit Familien und Freiwilligen. Die Pflegesicherung lebt auch in Deutschland von ihrer subsidiären Anlage und setzt auf Familienpflegebereitschaften und soziale Netzwerke, die in der Zukunft nicht mehr in gleicher Weise wie früher vorausgesetzt werden können. Die alleinige Konzentration, insbesondere auch bei den Expertenstandards auf die pflegfachliche Perspektive ist im Sinne einer Unterstützung der Professionalisierung der Pflege zwar nachvollziehbar, greift aber wesentlich zu kurz, wenn es um die Sicherung von Pflege im Sinne von Caring geht. Die Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie hat sich in den vergangenen Jahren intensiv auch um die Professionalisierung der Pflege bemüht und sie versucht zu unterstützen. Insofern werden die Elemente in der Reform, die die Professionalisierung der Fachpflege unterstützen begrüßt.

Gleichwohl darf die Reform der Pflegeversicherung, die im Wesentlichen auch einen familienpolitischen Inhalt kennt, nicht überlagert werden von pflegefachlichen Professionalisierungsanliegen.

Ebenso ist anzumerken, dass in dem offenbaren Bemühen, das Gesetz zustimmungsfrei zu halten, die Rolle der Länder und Kommunen strukturell nicht in der Weise berücksichtigt wird, wie es ein Sicherungskonzept der Pflege an sich verlangt. Dies führt zu einer im Pflege-Weiterentwicklungsgesetzesentwurf angelegten Dominanz der Pflegekassen als Akteuren der Pflegeversicherung. Die notwendige Stärkung der Kommunen und Länder als eigenständige Akteure künftiger Pflegesicherung wird dadurch vernachlässigt.

Schließlich wäre im Rahmen einer grundsätzlichen Bemerkung darauf hinzuweisen, dass die Reformüberlegungen in einem korporatistischen Politikansatz verhaftet sind, der die etablierten Trägerstrukturen festigt, wenngleich er sie auch in Kooperationsbeziehungen „treibt“. Neue Pflegearrangements und autonomieorientierte Gestaltungsformen der Pflege werden auf diese Weise weniger gewürdigt und die strukturellen Probleme des bisherigen Leistungserbringungsrechts vernachlässigt.

Die Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie hofft, dass im Gesetzgebungsverfahren die angesprochenen Fragen aufgegriffen und die Bedenken ernst genommen werden. Sie bietet ausdrücklich an, die Erkenntnisse aus den unterschiedlichen Disziplinen, die in der DGGG zusammen arbeiten, in den Gesetzgebungsprozess einzubringen und für die Qualifizierung der insgesamt nachvollzogenen und unterstützten Regelungsanliegen zur Verfügung zu stellen.

II. Stellungnahme zu Einzelregelungen

a) **Pflegebegleitung**

Hieß es in den Eckpunkten zur Reform der Pflegeversicherung im Juni noch Fallmanagement spricht der Referentenentwurf von der Pflegebegleitung, wenn es um die flächendeckende Implementierung von Case Management-Angeboten und Strukturen geht. Insgesamt wird genau dieser Schritt sehr begrüßt, da er doch alle Pflegebedürftigen in die Lage versetzt, suffiziente Unterstützung in unterschiedlichen Arrangement-Typen zu erlangen. Auch wird erkennbar auf Prinzipien des Fallmanagements zurück gegriffen, wenngleich semantisch Distanz gewahrt wird. Der Begriff der Pflegebegleitung muss fallen gelassen werden: Man kann nicht auf der einen Seite ehrenamtliche Strukturen fördern wollen und gleichzeitig den mit dem Begriff des Pflegebegleiters im Entstehen befindliche Strukturen und „Marken“ für ehrenamtliches Engagement im Pflegekontext vereinnahmen respektive entwerten oder umetikettieren. Dieser „Namensklau“ geht nicht in Ordnung. Es kann ein anderer Name gefunden werden, der Anglizismen vermeidet, aber die Aufgabe auch deutlicher macht und in Bezug zu Case Management-Anliegen und Erfahrungen herausstellt.

Die alleinige Ansiedlung des in §7a formulierten Case Managements bei den Pflegekassen begegnet aus verschiedenen Gründen Bedenken. Auf der einen Seite ist es sicherlich richtig und notwendig, den Pflegekassen im Rahmen der Pflegeberatung und -koordination eine bedeutsame Rolle zuzuweisen. Auch kann nicht überall auf kommunale Strukturen zurück gegriffen werden, die suffizient genug sind, eine Pflegekoordination und -beratung überall sicherzustellen. Gleichwohl kann insbesondere von den Pflegekassen nicht erwartet werden, dass sie eine komplexe Fallsteuerung im Sinne des Case Managements übernehmen. Selbstverständlich können sie, bei entsprechender personeller Ausstattung und Qualifikation, das was sie in der Vergangenheit so nicht getan haben, Pflegeberatungsaufgaben übernehmen. Wobei hier etablierte lokale und sublokale Strukturen mit zu berücksichtigen wären. Die

Erfahrung im Case Management lehrt, dass auf der Fallebene Aufgabendifferenzierungen und Falltypen zu unterscheiden sind, wie das auch im Fallmanagement im Rahmen des SGB II geschehen ist. Hieran fehlt es bisher. Auch verlangt das Case Management eine Organisation des „Managements der Fälle“, auf das sich die Akteure in dem Feld verständigen. Schließlich setzt das Case Management auf eine sektorenübergreifende Beratung und Fallsteuerung, die sich nicht alleine konzentriert auf Fragen sozialleistungsrechtlicher und pflegfachlicher Art. Dies aber dominiert beim Aufgabenkonzept des „Pflegebegleiters“. Insofern verdient bei aller Zustimmung, Case Management-Strukturen flächendeckend einzuführen, das Konzept des „Pflegebegleiters“ auf verschiedenen Ebenen der Qualifizierung, wenn es die bisherigen Erfahrungen im Case Management, die durch mannigfache Modellprojekte gesammelt wurden, aufgreifen will und auf Wirksamkeit hin angelegt sein soll. Das Konzept enthält aber wichtige Anknüpfungspunkte und bietet interessante Grundlagen, für die Entfaltung und den Aufbau eines suffizienten Case Management-Konzeptes.

b) Dynamisierung

Als Signal in eine eher signativ gestimmte Pflegelandschaft ist die Dynamisierung der Leistungen zu begrüßen. Die Dynamisierung ist in den letzten Jahren ausgeblieben, was für die Pflegedienste und –einrichtungen einen enormen ökonomischen Druck erzeugt hat. Dass die Dynamisierung auf Dauer angelegt wurde, zeigt das Bekenntnis zum weiteren Ausbau des Pflegeversicherungssystems. Wie sie gegen zu finanzieren ist bleibt eine offene Frage. Die Dynamisierung erfolgt überdies ohne eine systematische Analyse der Wirksamkeit der Leistungen sowohl auf der Sachleistungs- als auch auf der Geldleistungsebene. Dies begegnet wiederum durchaus Bedenken. Die vorsichtigen Korrekturen im Leistungserbringungsrecht vermögen die strukturellen Defizite dort nur begrenzt zu kompensieren. Die Frage, ob auch das Pflegegeld dynamisiert werden muss, sollte durchaus offen diskutiert werden: Die Verknüpfung von unterstelltem Pflegeaufwand mit einer als Gratifikationsleistung für Angehörige im Wesentlichen konzipierte finanzielle Transferleistung widerspricht im Prinzip einem subsidiär angelegten Sicherungssystem wie der Pflegeversicherung. Auch wenn die Diskussion über eine Weiterentwicklung des Pflegegeldes politisch nicht sehr attraktiv ist, scheint sie doch gleichwohl geboten zu sein. Die Dynamisierung im stationären Bereich stärkt insbesondere die höheren Pflegestufen, wengleich sie den ökonomischen Fehlsteuerungen im Segment der Pflegestufe I nur begrenzt begegnet und dabei offenbar die Bedenken der Heime und Sozialhilfeträger aufgreift.

c) Zusätzliche Leistungen für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz

Es ist pflegepolitisches Ziel, insbesondere den Menschen mit Demenz Leistungen der Pflegeversicherung zu erschließen respektive sie zu verbessern. Dass das bisherige Leistungsrecht, insbesondere der Pflegebedürftigkeitsbegriff, in diskriminierender Weise selektiv wirkte, wird gesehen. Vor einer Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes und des Pflegebegutachtungsverfahrens die Personengruppe der Menschen mit Demenz in dieser Weise mit neuen Leistungen auszustatten begegnet trotz der Zustimmung einer Leistungsverbesserung für diesen Personenkreis Bedenken. Es wäre sicherlich zu begrüßen (gewesen), Leistungsanpassungen und –verbesserungen respektive der Begegnung von Diskriminierung bestimmter Pflegebedürftigkeitsgruppen bei der grundlegende Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes Rechnung zu tragen. Der Ansatz, die zusätzlichen Leistungen für Menschen mit Demenz und andere Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz nicht auf pflegfachliche Leistungen zu konzentrieren, wird begrüßt. Gerade die Öffnung der Leistungen in Richtung Hauswirtschaft und Betreuung verlangt aber einer stärkere

interdisziplinäre Ausrichtung der Pflegeversicherung sowohl im Bereich der Beratung als auch im Feld der Qualitätssicherung.

d) Ehrenamtliche Strukturen

Die Pflegesicherung lebt von der Familiensolidarität und der Bereitschaft, im nachbarschaftlichen, ehrenamtlichen und bürgerschaftlichen Bereich Solidarität zu üben. Insofern ist es begrüßenswert, dass diese wichtige Sicherungsdimension der Pflege aufgegriffen wird. Dabei ist es an sich Aufgabe der kommunalen Daseinsvorsorge, dafür Sorge zu tragen, dass es suffiziente Strukturen bürgerschaftlichen Engagements auf für Pflegebedürftige gibt. Es wäre sicherzustellen, dass die Ressourcen, die von den Pflegekassen für den Aufbau ehrenamtlicher Strukturen aufgewendet werden, systematisch verschränkt werden mit den kommunalen und landesrechtlich vorgesehenen Förderstrategien. Es ist zu hoffen, dass die vorgesehene Leistungen und die Ausrichtung der Leistungen die Anstrengungen der Länder unterstützt und „provoziert“, in diesem Bereich ihre Anstrengungen beizubehalten bzw. weiter zu entwickeln. Die im stationären Bereich für die Arbeit mit ehrenamtlichen vorgesehen Zuschläge zu dem Pflegesatz sind auf der einen Seite zu begrüßen, werden auf der anderen Seite aber auch als systemfremd qualifiziert. Die Pflegeversicherungskonzeption hat sich verabschiedet von kostenbezogenen Pflegesatzgestaltungen. Damit wird gerade hier die Förderung ehrenamtlicher Strukturen in seinen Kosten berücksichtigungsfähig und damit als Additum zum Pflichtprogramm der Pflegeheime behandelt. Dies ist vom Ansatz her falsch, mag in der Praxis aber gleichwohl dazu führen, dass der Bedeutung des Ehrenamtes ein anderes Gewicht beigemessen wird und entsprechende Kompetenzstrukturen geschaffen werden. Denkbar wäre auch hier gewesen, wie etwa bei den Pflegestützpunkten, die Förderung ehrenamtlicher Strukturen in der Aufbauphase zu unterstützen.

e) Pflegestützpunkte

Zu begrüßen ist der Ansatz, wohnortnahe Versorgungsstrukturen zu befördern und auf ihre Integration hinzuwirken. Hier werden die organisatorischen Dimensionen des Case Managements aufgegriffen und strukturelle Voraussetzungen dafür geschaffen, dass Beratung und fallorientiertes Case Management wirksam entfaltet werden können. Der Ansatz der Pflegestützpunkte ist voraussetzungsreich, da jeweils im Landesrahmen auf örtliche Strukturen zurück gegriffen werden muss. Zur Implementierung von Pflegestützpunkten bedarf es erheblicher Anstrengungen und auch Kompetenzen. Dies gilt in besonderer Weise dort, wo auf integrierte Versorgungsstrukturen hin gearbeitet werden muss, sowohl im SGB V-Bereich als auch in einem nicht technischen Sinne integrierter Versorgung auf kommunaler Ebene. Ob die Pflegekassen sich als treibende Kraft zur Entwicklung von Pflegestützpunkten bewähren, wird mit einiger Skepsis befragt, da sie bisher auf der kommunalen Ebene wenig präsent und schon gar nicht kooperativ zusammen gewirkt haben. Die Federführung für den Aufbau wohnortnaher Strukturen sollte gegebenenfalls optional nach Landesrecht auch den Kommunen übertragen werden können. Dies läge im Übrigen nahe, wenn man sich die subsidiäre Anlage der Pflegesicherung vor Augen führt.

f) Persönliche Budgets und Flexibilisierung von Sachleistungen bei gemeinsamer Inanspruchnahme

Es wird auf der einen Seite begrüßt, dass an dem Ansatz der Pflegebudgets festgehalten wird und eine weitere experimentelle Erprobung ermöglicht werden soll. Zu beklagen ist allerdings, dass die bisher vorliegenden Erfahrungen aus dem Modellprojekt Pflegebudget nur in summarischer Weise aufgegriffen werden: Pflegebudgets werden als solche als interessante

Perspektive verstanden. Die Einbindung von Pflegebudgets in korporatistische Strukturen vor Ort widerspricht in vieler Hinsicht den Erfahrungen aus dem Modellprojekt Pflegebudget. Auch wird unterschätzt, welche Probleme eine dezentrale Implementierung von Pflegebudgets aufwirft, wenn es doch bei den Experimenten auch darum gehen soll, zu prüfen, ob neue Leistungsformen in der Fläche eingeführt werden sollen. Ebenso wie beim Thema Pflegebegleiter zeigt sich beim Thema Pflegebudget, dass entgegen den Vorgaben des § 8 Abs. 3 SGB XI bei der Reform der Pflegesicherung nicht systematisch auf die Erfahrungen aus den Modellprojekten zurück gegriffen und ihre Erkenntnisse systematisch genutzt werden.

g) Qualitätssicherung

Das Thema Qualitätssicherung ist im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz wiederum ein prominentes. Die vorgesehenen Regelungen greifen einige rechtliche Bedenken auf was die Kompetenznorm für den MDK bei den Qualitätssicherungsaufgaben anbelangt. Sie schaffen einen expliziten Bezug zu systematischen Wissensbeständen, beschränken dies allerdings auf die Pflegewissenschaft. Dies widerspricht in eklatanter Weise den zwischen dem BMG und dem BMFSFJ abgesprochenen Bemühungen um die Entwicklung interdisziplinärer Qualitätsstandards und unterstreicht die Gefahr der Überlagerung dieser Pflegereform durch monodisziplinäre Professionalisierungsbemühungen. Es ist nicht nachvollziehbar, dass all die Bemühungen des BMFSFJ korrespondierend zu den Anstrengungen um die Entwicklung nationaler Expertenstandards in der Pflege in diesem Gesetzesentwurf nicht aufgegriffen werden und dies ohne nähere oder weitere Begründung.

Auf Einzelheiten der Qualitätssicherungsregelungen kann nicht eingegangen werden.

Gleichwohl sollen Bedenken hinsichtlich des vorgesehenen Modus der Verbindlichkeitserklärungen geäußert werden. Auch ist die Aufgabe und Funktion der Schiedsstelle infrage zu stellen. Grundsätzlich muss gerade aus der Perspektive der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie als eine wissenschaftliche Gesellschaft angemerkt werden, dass systematische Wissensbestände sich in einem von Unabhängigkeit geprägtem Diskurs in entsprechenden Institutionen herausbilden. In der Medizin wäre ein vergleichbares Verfahren nicht denkbar. Alternative Vorschläge für eine Struktur und eine Institutionalisierung der Qualitätssicherung in Pflege und Betreuung liegen vor.

h) Pflegezeit

Die Aufnahme von Pflegezeitregelungen wird begrüßt, insbesondere auch in Verbindung mit den vorgesehenen begrenzten Transferleistungen für diejenigen, die keine Lohnfortzahlungen erhalten. Gerade die österreichischen Erfahrungen legen nahe, Personengruppen, die über ein nicht ausreichendes Einkommen verfügen, die Möglichkeit zu geben, die Pflegezeit in Anspruch zu nehmen. Hier wären jenseits der Lohnfortzahlungsersatzregelungen kompensatorische Zahlungen ausgesprochen wünschenswert, wenn die Pflegezeit nicht wie in Österreich im Wesentlichen von denen in Anspruch genommen wird, die es sich „leisten“ können.

i) Ärztliche Versorgung und Förderung der Rehabilitation

Sehr begrüßt wird es, dass systematischer als bisher und folgenreicher Rehabilitationserfordernisse festgestellt, weiter gegeben und verfahrensrechtlich abgesichert werden sollen. Auch die Verbesserung der ärztlichen Versorgung über integrierte Versorgungskonzepte, neue Kooperationsformen und die Möglichkeit der Ermächtigung von Heimärzten wird im Prinzip begrüßt. Letzteres sollte allerdings die absolute Ausnahme bleiben: Heime dürfen sich nicht in Richtung kleiner Kliniken entwickeln. Es ist hier auf eine Weiterentwicklung der Kooperationsformen und Vernetzung zu setzen.

j) Berufsrechtliche Stärkung der Fachpflege

Grundsätzlich wird sehr begrüßt, dass die Fachpflege gestärkt wird und experimentell auch zur heilkundlichen Tätigkeit zugelassen werden soll. Das Konzept von Extended Nursing, wie wir es aus Australien etwa kennen, ist angesichts der künftigen Entwicklungen von Bedarfskonstellationen in der medizinischen Versorgung bedeutsam. Gleichwohl überraschen die Regelungen im Pflegeversicherungsrecht. Dass sie sich dort finden unterstreicht die Verkoppelung von Professionalisierungsbemühungen in der Pflege mit dem Sicherungsanliegen der Pflegesicherung im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz. Die Professionalisierung der Pflege wird auch von der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie begrüßt und unterstützt. Der Artikel 12 des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes zeigt aber, dass weniger familienpolitische Hintergründe, weniger ein breit angelegtes Care-Verständnis bei der Pflegereform leitend ist, als eine pflegfachliche Perspektive.

III. Schlussbemerkung

Die Stellungnahme ist keineswegs abschließend, markiert allerdings einige wichtige Anliegen, die sich aus der Diskussion der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie ergeben. Ausdrücklich wird noch einmal auf das Prüfpunkte-Papier zur nachhaltigen Sicherung der Pflege verwiesen. Weiterhin werden gegebenenfalls Ergänzungen folgen.

Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz reflektiert in der Anlage der Reform zu wenig die Bedeutung sozialer Netzwerke und der erforderlichen Kompetenzstrukturen für ihre Stabilisierung, zu wenig die Bedeutung der Länder und Kommunen in der Ausgestaltung der Infrastruktur und zu wenig die Bedeutung anderer Berufsgruppen neben der der Pflege. Pflege ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die in Zeiten des sozialen Wandels besondere Aufmerksamkeit verlangt für den Wandel von Solidaritäts- und Netzwerkstrukturen.

Prof. Dr. Thomas Klie
Präsident

Anlage



Prof. Dr. Thomas Klie

Ev. Fachhochschule • Hochschule f. Soziale Arbeit, Diakonie und Religionspädagogik
Bugginger Str. 38 • 79114 Freiburg

Ergänzende Stellungnahme zum Entwurf eines Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes

I. Allgemeines

Gegenüber dem Referentenentwurf vom 10.9.2007 wurde der Gesetzentwurf der Bundesregierung vom 7.12.2007 an einer Reihe von Stellen überarbeitet. Einige seien benannt:

- § 7a, die Pflegeberatung: Sie wird nicht mehr Pflegebegleitung genannt, das wird begrüßt. Aber auch die Bezeichnung Pflegeberatung trifft nicht die dank der Einflussnahme des BMFSFJ inzwischen präziser beschriebenen Aufgaben, bei denen es sich um Case Management handelt.
- § 92 c Pflegestützpunkte: Hier wurden die Länder und Kommunen stärker berücksichtigt, allerdings der Prämisse folgend, das Gesetz zustimmungsfrei zu halten. Die alleinige Steuerungsverantwortung für das Case Management den Pflegekassen zu übertragen ist verfehlt. Es ist bedauernswert, dass die Bundesratsvorschläge von der Bundesregierung zurückgewiesen wurden.
- § 92 d Budget: Der Streichung der Vorschrift die eine weitere Erprobung der Pflegebudgets vorsah wird zugestimmt. Dass dem 16:0 Votum des Bundesrates zur Streichung des § 35a nicht gefolgt wird ist unverantwortlich: Dadurch werden die Implementationschancen des trägerübergreifenden Budgets behindert und Wohngruppen in geteilter Verantwortung fast unmöglich gemacht.

Insgesamt bestätigt der Gesetzesentwurf der Bundesregierung die Einschätzung aus der Stellungnahme vom September 2007: Es werden wichtige und durch die einschlägige Fachdiskussion als bedeutsam anerkannte Themen aufgegriffen. Das wird begrüßt. Die Reform bleibt jedoch in einem hohen Maße im Ressortdenken gefangen. Das ist zwar politisch nachvollziehbar, begrenzt allerdings die Reichweite der Reform. Es ist zu hoffen, dass bei dem notwendigen und verbindlich in Aussicht gestellten nächsten Schritt der Weiterentwicklung des Pflegeversicherungsrechts von vorne herein ein Politikansatz gewählt wird, der die Länder und die Kommunen in ihrer Verantwortung und ihren Gestaltungsmöglichkeiten mit einbezieht.

II Nachfolgend werden einige zentrale Reformbausteine ausführlicher kommentiert:

1. Pflegeberatung / Pflegestützpunkte / Beratungsbesuche

- Die §§ 7a, 92c und 37 Abs. 3 SGB XI stehen in einem engen inhaltlichen Zusammenhang. Sie berühren die verschiedenen Bausteine und Facetten eines Case Managements auf der Fall-, System- und Organisationsebene. Dazu sollte sich der Gesetzgeber bekennen und auch die Referenz des entsprechenden Fachdiskurses verbindlich aufnehmen. Das was in medizinisch-pflegerischer Hinsicht durch die Expertenstandard der Pflege geschehen soll,

die Verbindlichmachung von Wissensbeständen für die Praxis der Pflege, muss auch entsprechend für Fragen der Beratung und des Case Managements gelten, wenn diese dann ihre Wirkungen im Sinne der Intention und Zielsetzung der Pflegeversicherung entfalten sollen. Sonst droht der Pflegeberatung und den Pflegestützpunkten das vielerorts zu beobachtende Schicksal des unzureichend eingeführten Fallmanagement im SGB II. Es wird in diesem Zusammenhang auf die Expertise der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management verwiesen, in der konsentiert durch die Case Management-Experten in Deutschland bezogen auf die Case Management-Aufgaben im Kontext der Pflege und Pflegeversicherung die Voraussetzungen für eine wirksame Unterstützung bei Pflege beschrieben, die unterschiedlichen Intensitätsstufen des Case Managements dargelegt und Qualifikationsniveaus differenziert beschrieben werden. Die unterschiedlichen Ansiedlungsoptionen, die sich aus dem § 92c ergeben, werden dort exemplarisch entfaltet. Auf diese Expertise verweist die Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie voll inhaltlich.

- Zu § 7a wird im Detail folgendes angemerkt: Aus verschiedenen, auch aus fiskalischen Gründen wurde die Pflegeberatung als Sozialleistung konstruiert. Das ist nachvollziehbar aber durchaus auch problematisch. Die Ziffer 5 in Abs. 1 reflektiert nicht hinreichend die Aufgaben und methodischen Implikate des Case Managements in komplexen Fallkonstellationen. Diese beschränken sich nicht auf die Auswertung und die Dokumentation. Auch insofern wird auf die Expertise der DGCC verwiesen. Größten Bedenken begegnet die Regelung, nach der die Pflegekassen Richtlinien für die erforderliche Anzahl und Qualifikation erlassen sollen. Case Management ist eine Kooperationsaufgabe. Dies gilt ins besonderer Weise auch für die Pflegeberatung. Hier sollte die Regelungstechnik von Empfehlungen respektive Qualitätsvereinbarungen gewählt werden. In der Konstruktion des § 7a zeigt sich das problematische Ressortdenken: Unterstützung bei Pflege beginnt nicht erst bei der Pflegestufe 1, soll sie präventiv wirken und integrativ angelegt sein. Auch die Ressourcen, die auf kommunaler Ebene mit Unterstützung der Länder entwickelt wurden, werden auf diese Weise nicht hinreichend nutzbar.
- Zu § 37, Abs. 3: Es wird begrüßt, dass anerkannte Beratungsstellen die Pflegeberatungsbesuche nun auch durchführen können sollen. Gleichwohl wird auch mit der Neufassung des § 37 Abs. 3 nicht auf eine integrierte Unterstützung und Beratung hingearbeitet sondern letztlich Parallelstrukturen behalten: Hier Pflegeberatung, dort anerkannte Pflegedienste mit Beratungsaufgaben, dort Beratungsstellen. Ein Pflegebedürftiger, der im Rahmen einer komplexen Fallkonstellation durch die Pflegeberatung begleitet wird braucht keinen weiteren Pflegekontroll- und Beratungsbesuch. Es zeigt sich hier die gewisse Inkonsistenz im Beratungskonzept des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes.
- Zu § 92c, Pflegestützpunkte: Den Pflege- und Krankenkassen sollte zumindest die Gelegenheit gegeben werden auf Landesebene mit den Ländern und kommunalen Spitzenverbänden Empfehlungen für die Vertragsgestaltung zu formulieren, um systematisch die spezifischen Rahmenbedingungen und infrastrukturellen Voraussetzungen auf Landesebene berücksichtigen zu

können und einen Wildwuchs respektive unterkomplexe Pflegestützpunkte zu verhindern.

In Ziffer II des Absatzes 1 wären dringend neben den rehabilitativen auch die palliativen Hilfs- und Unterstützungsangebote mit einzubeziehen.

Das Bestimmungsrecht der Landesverbände der Pflegekassen kann sich nur auf das Verhältnis der Pflege- und Krankenkassen untereinander beziehen. Es sollten Mechanismen vorgesehen werden, dass Verträge regelhaft unter Einbeziehung der ansonsten in § 92c benannten Partner zustande kommen und den anderen Partnern auch das Recht eingeräumt wird, entsprechende Verträge mit auszuhandeln und in sie einzutreten. Dies könnte über Empfehlungen respektive Rahmenverträge auf Landesebene geschehen. Die „Hinwirkungspflicht“ der Pflegekassen reicht in diesem Zusammenhang nicht aus. Zu den in Satz 5 aufgelisteten potenziellen Vertragspartnern sollten in jedem Fall die nach Landesrecht eingerichteten Beratungsstellen aufgenommen werden.

Pflegestützpunkte dienen ganz wesentlich dem Aufbau von tragfähigen Kooperationsstrukturen und einem leistungsfähigen Welfare-Mix. Diese Aufgaben können regelhaft nicht von Pflegekräften wahrgenommen werden. Insofern sind in Ziffer 1 des Abs. 7 die Fachkräfte der Sozialen Arbeit mit zu benennen.

Hingewiesen wird auf die Friktion der Regelungslogiken zwischen § 92 b und c: Während die Integrierte Versorgung wettbewerblich ausgerichtet ist müssen die Pflegestützpunkte wettbewerbsneutral aufgebaut werden und arbeiten. Diese Friktion wird nicht hinreichend bearbeitet.

Die in Absatz 2 vorgesehene Einwohnerzahl sollte zugunsten einer allgemeinen wohnortnahen Versorgung fallen gelassen werden, da sie als Richtwert nicht taugt. Dass die vorgesehene Anschubfinanzierung und Förderung in keinem Fall reicht, um alle Stützpunkte zu fördern ist bekannt und gehört offenbar zur Konzeption des Gesetzgebers. Mit dem so provozierten „Windhundrennen“ werden ggf. besonders strukturschwache und problematische Regionen noch einmal benachteiligt und in ihrer Entwicklung gerade nicht gefördert. Insofern kann die Art der Förderung die regionale Disparität hinsichtlich der Versorgungsqualität eher stärken. Beklagt wird, dass die Evaluation der Pflegestützpunkte nicht mehr systematisch vorgesehen wird. Hier sollte die ursprüngliche Regelung dringend wieder aufgenommen werden. Die nun vom BMG mit dem KDA vorgesehene Förderung von Modell-Pflegestützpunkten begegnet fachlich erheblichen Bedenken, da weder die Parameter klar sind noch Eckpunkte für die Entwicklung von Pflegestützpunkten verbindlich zur Grundlage gemacht wurden. Damit werden in den vergangenen Jahren erarbeitete Wissensbestände und Kompetenzstrukturen in der Bundesrepublik systematisch nicht miteinbezogen. Dies ist auch hinsichtlich der mit dem Gesetz verfolgten Zielsetzung unverantwortlich.

2. Pools und Budgets

Der Gesetzgeber erkennt die Notwendigkeit der Flexibilisierung von Leistungen der Pflegeversicherung durch die Möglichkeit zum Poolen an. Er berücksichtigt in besonderer Weise die in Wohngruppen gesammelten Erfahrungen, in denen Leistungsansprüche kumuliert und faktisch nicht nur für verrichtungsbezogene Pflegeleistungen eingesetzt werden sondern für die Gesamtversorgung der Wohn-

gruppenbewohnerinnen und -bewohner. Durch das Poolen wird für eine von einem ambulanten Pflegedienst betriebene Wohngruppe die bisherige Praxis legalisiert. Die sozial- und gesellschaftspolitisch besonders bedeutsamen Wohngruppen in „geteilter Verantwortung“, unter Einbeziehung von Angehörigen und Dritter Sektor Organisationen, werden dadurch in ihrem Betrieb behindert respektive verhindert. Hier werden Leistungserbringer tätig, die nicht zu den zugelassenen gehören. Die nach den Prinzipien der geteilten Verantwortung arbeitenden Wohngruppen haben sich in der „Hamburger Erklärung“ (s. Anlage) auf die Forderung verständigt, dass in Wohngruppen entweder Budgets experimentiert oder aber im Rahmen der Integrierten Budgets regelhaft zugelassen werden sollen. Dem haben sich die Bundesländer einhellig angeschlossen. Durch das Poolen wird rechtsdogmatisch problematisch das Sachleistungsprinzip verteidigt, eine Flexibilisierung hinsichtlich der Leistungen und der Leistungserbringer jedoch in folgenreicher Weise behindert. Auf diese Weise werden neue Geschäftsfelder für Pflegedienste eröffnet, was auch durchaus zustimmungsfähig wäre. Genau darum geht es aber nicht primär bei den Wohngruppenideen und den mit ihnen geförderten neuen Formen der Hilfe. Auch hier muss beklagt werden, dass die Erkenntnisse aus entsprechenden Modellprojekten nicht hinreichend berücksichtigt werden, wenngleich nicht verkannt wird, dass in dem Poolen die Dilemmata, die in den Wohngruppen der Projekte auftraten, immerhin aufgegriffen wurden. Hingewiesen wird darauf, dass die so genannten „Betreuungsleistungen“ inhaltlich nicht bestimmt wurden und es systematisch größte Schwierigkeiten gibt, Betreuungsleistung von Teilhabeleistung abzugrenzen. Auf den Begriff der Betreuungsleistungen sollte aus diesem Grunde verzichtet werden. Er ist zu unbestimmt. Das zeigen auch die höchst differenten inhaltlichen Füllungen von Betreuungsleistungen in den Rahmenverträgen für die sog. soziale Betreuung in § 43. Die Flexibilisierung der Leistungen kann wirksam durch die regelhafte Einführung von Budgets erfolgen. Dabei geht der Gesetzgeber nachvollziehbar nicht den Weg, das Pflegebudget (noch nicht) zur Regelleistung zu erheben, wenngleich das Pflegebudget in den Ergebnissen der Evaluation darauf hinweist, dass es prekäre Pflegearrangements deutlich qualifizieren kann, Lebenszufriedenheit stärkt und die Heimunterbringungsquoten absenkt. Die Einführung des Pflegebudgets hätte gleichwohl Implikation für eine Neustrukturierung des Leistungsrechts insgesamt, die im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz so nicht auf der Agenda steht. Es spricht aber nichts gegen die regelhafte Einführung des sog. „Integrierten Budgets“, d.h. der Koppelung zwischen dem trägerübergreifenden Budget gemäß § 17 SGB IX und den Pflegesachleistungen als Budget. Eine Überinanspruchnahme ist auszuschließen, insbesondere durch die strenge Zweckbindung und die notwendige Verknüpfung mit den Regularien des trägerübergreifenden Budgets. Insofern wird dringend empfohlen, dem Votum des Bundesrates hinsichtlich der Aufgabe der Gutscheinelösung zu folgen.

3. Die Förderung bürgerschaftlichen Engagements

Die Förderung bürgerschaftlichen Engagements ist essentiell für die Weiterentwicklung der Sicherung der Pflege und ihrer gesellschaftlichen Verankerung. Ordnungspolitisch gehört jedoch die Aufgabe der Förderung des bürgerschaftlichen Engagements nicht zu den Sozialleistungsträgern sondern zu den Ländern und Kommunen. Insofern wäre auch hier anzustreben gewesen, diese Aufgaben als Landesaufgaben zu sehen, an denen sich die Pflegekassen ggf. beteiligen können.

Die Pflegekassen als Akteure in der Förderung bürgerschaftlichen Engagements zu etablieren erscheint ordnungspolitisch nicht richtig, wenn auch fiskalisch erwünscht. Es wäre in jedem Fall sicherzustellen, dass auf die auch durch das Familienministerium angestoßenen Infrastrukturen auf der kommunalen Ebene, seien es Mehrgenerationenhäuser oder Anlaufstellen für die Förderung bürgerschaftlichen Engagements, strukturell zusammengearbeitet und auf eine integrierte Infrastruktur- und Kulturentwicklung hingearbeitet wird. Bei einem nächsten Reformschritt wären diese Aufgaben als Aufgaben der Länder und Kommunen deutlicher zu beschreiben und zu verschränken mit den landesrechtlichen Förderinstrumenten.

4. Qualitätssicherung

Die Vorschläge zur Weiterentwicklung der Qualitätssicherung im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz greifen einige Defizite aus dem Pflegequalitätssicherungsgesetz auf. Zurückgewiesen werden muss die dominante Stellung des Medizinischen Dienstes der Pflegekassen. Zurückgewiesen werden muss auch die Konzeption der allgemeinen Verbindlichkeitserklärung von Expertenstandards. Die Unabhängigkeit der wissenschaftlichen Fachdisziplinen darf nicht durch eine derartige staatliche Vereinnahmung in Frage gestellt werden. Aus der Sicht der Gerontologie ist dringend zu fordern, dass die Maßstäbe für die Qualität sich nicht allein auf das medizinisch-pflegerische beziehen, sondern multidisziplinär angelegt sind. Insofern verweist die Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie vollinhaltlich auf die Stellungnahme der BUKO-QS.

5. Berufsrechtliche Regelungen zugunsten der Pflegefachberufe

Begrüßt werden die Schritte in Richtung eigenverantwortliche Übertragung von heilberuflichen Aufgaben an Pflegefachkräfte. Auf diese Weise werden Erfahrungen aus dem Ausland aufgenommen und faktisch vorfindlichen Arbeitsteilungen sowie künftigen Entwicklungen hinsichtlich der Ressourcen für eine ärztliche Versorgung der pflegebedürftigen Bevölkerung vorsorgend Rechnung getragen. Die Bedenken der organisierten Ärzteschaft werden aus der Sicht der Geriatrie nicht geteilt, wenngleich eine sorgfältige und qualitätsgesicherte Kooperation zwischen Ärzten und Pflegefachkräften sicherzustellen ist.

Zu anderen Fragen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes wird nicht ausführlich schriftlich Stellung genommen.

III Perspektiven

Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz ist ein Schritt auf einem Weg zur grundlegenden Reform der Pflegesicherung. Der nächste Reformschritt muss bei der Bewertung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes mitgedacht und in gewisser Weise vorweg genommen werden, um eine auch politisch und pragmatisch adäquate Einschätzung vornehmen zu können. Die Bearbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, die Etablierung eines neuen Begutachtungsverfahrens und die Verschränkung dieses mit Case Management-Aufgaben bietet die Grundlage für eine Struktur-

reform, in der denn auch weitergehende leistungsrechtliche Fragen aufgegriffen werden müssen. Basis für eine nachhaltige Pflegepolitik ist sowohl eine solide Finanzierung als auch ein auf Effizienz hin ausgerichtetes Leistungsrecht, das die der Pflegeversicherung zugrunde liegende Subsidiarität ernst nimmt. Andernfalls ist das Konzept der Pflegeversicherung grundlegend in Gefahr. Ein auf Nachhaltigkeit angelegtes Konzept gelingt nur mit den Ländern und den Kommunen gemeinsam, die in einem nächsten Reformschritt wesentlich stärker miteinbezogen werden müssen.

Prof. Dr. Thomas Klie
- Präsident-

Anlage:

Hamburger Erklärung

Prüfsteine für eine nachhaltige Reform der Pflegesicherung

Vorbemerkung

Die Einführung der Pflegeversicherung war ein Meilenstein auf dem Weg zur sozialstaatlichen Verantwortungseinlösung für pflegebedürftige Menschen. Sie hat dazu beigetragen, dass sich die öffentliche und die politische Diskussion viel stärker diesem allgemeinen Lebensrisiko angenommen hat. Das Thema Pflege ist in der Mitte der Gesellschaft angekommen. Bei allen Erfolgen, bei aller positiven Resonanz in der Bevölkerung auf die Pflegeversicherung und der - wenngleich moderaten- Infrastrukturentwicklung muss angesichts des demografischen aber auch des sozialen Wandels und der fachlichen Erkenntnisse im Feld der Pflege das Konzept der Pflegeversicherung einer Revision unterzogen werden. Aktuell wird eine Pflegeversicherungsreform im Kontext der Gesundheitsreform diskutiert. Angesichts des demografischen Wandels in den nächsten Jahrzehnten und der Erkenntnis über die Wirkungsweise der Pflegeversicherung wird eine grundlegende Reform der sozialstaatlichen Pflegesicherung in Deutschland unabwendbar sein. Sie rechtzeitig vorzubereiten, die aktuellen Reformschritte auf absehbare Entwicklungen auszurichten, ist eine gemeinsame Aufgabe von Politik, von Berufsgruppen, Unternehmen und der Wissenschaft. Dazu dienen die hier formulierten und begründeten Prüfsteine einer nachhaltigen Sicherung der Pflege. Damit will die Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie einen Beitrag zur Diskussion um eine nachhaltige Sicherung der Pflege leisten, die auch bereit ist, bestehende Strukturen und Konzepte aber auch Finanzierungsstrategien weiter zu entwickeln.

Prüfstein I:

Inwieweit wird im Rahmen einer Reform der Pflegesicherung ein pflegewissenschaftlich basierter und an andere Bedarfslagen anschlussfähiger Pflegebedürftigkeitsbegriff verwendet bzw. erarbeitet?

Der Pflegebedürftigkeitsbegriff des SGB XI ist nicht pflegewissenschaftlich hergeleitet. Er bildet selektiv Pflege- und hauswirtschaftliche Bedarfe ab und legt im Wesentlichen in dem von der Pflegeversicherung verfolgten Konzept der Teilleistung für Teilbedarfe, Voraussetzungen für die sozialrechtlich verbrieften Transferleistungen fest. Er ist nicht in der Lage, den gesamten Pflegebedarf abzubilden und dient auch nicht als Grundlage für die Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses. Faktisch führt er zur Vernachlässigung sowohl fachlich als auch subjektiv relevanter Pflege- und Betreuungsbedarfe und in Verbindung mit dem geltenden Sachleistungsprinzip zu einer Unterstützung eher somatisch orientierter Pflege zu Lasten anderer Dimension von Pflegebedürftigkeit. Es steht außer Frage, dass auf der Ebene einer versicherungsbasierten Pflegesicherung eine vollständige Abdeckung des Pflegerisikos weder finanziell möglich, noch kulturell wünschenswert ist. Insofern wird man auf die ein- oder andere Weise die sozialstaatlichen Leistungen selektiv auszugestalten haben: Entweder durch einen: Selektiven Pflegebedürftigkeitsbegriff oder aber durch andere Mechanismen, die auf einer Limitierung von Sozialleistungen und ihre Nachfrage ausgerichtet sind. Gleichwohl wird man um dem Anspruch einer State of the Art Pflege gerecht zu werden und den professionellen Anspruch der Pflegekräfte in die Praxis umsetzen zu können, auch sozialrechtlich einen pflegewissenschaftlich fundierten Pflegebedürftigkeitsbegriff zu verwenden haben. Jede Bürgerin und jeder Bürger, der pflegebedürftig ist, hat ein Anspruch darauf, dass all das, was fachlich geboten ist auch erkannt, dass entsprechende Leistung angeboten und bei Beachtung einer subsidiären Sozialstaatlichkeit, zumindest bei Mittellosigkeit, auch sozialstaatlich garantiert wird.

Prüfstein II:

Inwieweit erfolgt die Feststellung der Hilfebedarfe im Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit im Rahmen von interdisziplinären Assessmentinstrumenten?

Assessmentinstrumente dienen dazu, auf der Basis gesicherter Wissensbestände den Gesundheitszustand für die Lebensqualität relevante soziale Gesichtspunkte systematisch abzubilden, und Hilfebedarfe und Unterstützungsnotwendigkeiten sichtbar werden zu lassen. Die Feststellung der Pflegebedürftigkeit erfolgt heute auf der Grundlage von Begutachtungsrichtlinien, die stark am Konzept des sozialrechtlichen Pflegebedürftigkeitsbegriffes orientiert sind. Für die Zukunft wird es darauf ankommen, die unterschiedlichen Hilfebedarfe im Zusammenhang mit der Pflegebedürftigkeit aufeinander bezogen festzustellen und nach Möglichkeit ebenso aufeinander bezogene Hilfen mit den Pflegebedürftigen und seinen Angehörigen auszuhandeln und zu vereinbaren. Die Assessmentinstrumente müssen hinreichend sensibel sein, um lebensweltlich bedeutsame Bedarfsausprägungen aber auch Lebensgewohnheiten und Präferenzen abzubilden. Sie dienen dazu, eine an pflegebedürftigen Patienten ausgerichtete Hilfe zu gewährleisten. An verschiedenen Stellen wird an der Entwicklung und an der Erprobung von Assessmentinstrumenten im Zusammenhang von Pflegebedürftigkeit gearbeitet. Insbesondere im geriatrischen Bereich liegen Erfahrungen mit multi- oder interdisziplinär entwickelten Assessmentinstrumenten vor. Sie verbindlich in das Leistungsgeschehen einer Pflege-sicherung einzubeziehen ist Grundlage einer am Individuum ausgerichteten und fachlich fundierten Gestaltung der Pflege und Betreuung. Es wird in der Zukunft darum gehen, derartige Instrumente zu entwickeln, zu erproben und zu implementieren. Sie lassen sich verbinden mit der rechtlich erheblichen Feststellung von Hilfebedarfen und der Vermittlung von Leistungsansprüchen. Sie sind eng mit der professionellen Gestaltung von Pflegeprozessen verbunden und können sicherstellen, dass auch interprofessionelle Zusammenarbeit gelingt. Sie bieten darüber hinaus dem Pflegebedürftigen und seinem Angehörigen die Möglichkeit, sich selbst ein angemessenes Bild von der gesundheitlichen Situation in relevanten Bedarfssituationen zu machen und bilden die Grundlage für einen Aushandlungsprozess über das, was an Hilfen zu den Leistungen ausgehandelt werden soll.

Prüfstein III:

Inwieweit werden Funktionen und Methoden des Case Management in der Pflege sichergestellt und in ihrer Entwicklung unterstützt?

Die Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen, die Unterstützung in der Gestaltung der Pflegearrangements, das situativ-advokatorische Eintreten für Pflegebedürftige sowie die Gestaltung und Eröffnung von Hilfe- und Leistungsoptionen sind für die Bewältigung von Pflegebedürftigkeit wichtige Aufgaben und Bausteine. Die Beratung Pflegebedürftiger heute kann nicht überzeugen. Das Case Management, in seinen unterschiedlichen Lesarten, hat international aber inzwischen auch in Deutschland seine Methoden und Funktionen etabliert mit einem eigenen professionellen Handlungsmodus, der in hohem Maße angemessen erscheint für die Begleitung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen. Case Management Erfahrungen im Kontext mit Pflegebedürftigkeit weisen überdies darauf hin, dass es dazu beiträgt, unnötige Heimaufnahmen zu verhindern, Überforderungssituationen abzumildern und zu einer angemesseneren Hilfestellung einen wichtigen Beitrag zu leisten. Case Management ist überdies eine wichtige Grundlage, um das Zusammenwirken familiärer Unterstützung, professioneller Pflege, bürgerschaftlich angebotener Hilfen sowie anderer beruflicher Dienstleistungen produktiv miteinander zu verschränken. Von einer nachhaltigen Pflegesicherung wird man nur dann sprechen können, wenn es gelingt, Case Managementfunktionen und -methoden im Gesundheits- und Pflegewesen verbindlich aber auch infrastrukturell zu verankern.

Prüfstein IV:

Inwieweit gelingt es, allen Pflegebedürftigen unabhängig von der Ausgestaltung des Pflegearrangements die Fachlichkeit insbesondere im Sinne der Pflegeprozessgestaltung verbindlich anzubieten und sicherzustellen?

Das geltende Leistungsrecht der Pflegeversicherung legt sehr viel Wert auf Pflegefachlichkeit sowie die Instrumente der Qualitätssicherung. Sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich ist die Pflegedienstleistung sowohl an Struktur- als auch an Prozessqualitätsmerkmale gebunden. Es wird eher rudimentär auf Aspekte der Ergebnisqualität geachtet. Dort wo Pflegebedürftige ausschließlich von Familienangehörigen oder anderen informellen Netzwerken versorgt werden oder aber sich anderer Hilfen außerhalb des zugelassenen Systems der Pflegedienste bedienen, fehlt es weithin an Angeboten von Pflegefachlichkeit, wenn man einmal von den Pflegeberatungsbesuchen (gem. § 37 Abs. 3 SGBXI) absieht. Hier fehlen Verbindungen zwischen einem verbindlichen Assessment im Rahmen der Feststellung der Pflegebedürftigkeit und einem entsprechenden Monitorings mit einer pflegefachlich ausgerichteten Pflegeprozessplanung und Aushandlung des Pflegearrangements. Unabhängig davon, welches Regime der Pflegesicherung und der Pflegeleistung gewählt wird, muss dem Anspruch der Pflegeversicherung, Pflegefachlichkeit zu garantieren, Rechnung getragen werden. Ein solches Verständnis von pflegefachlicher Begleitung setzt einerseits ein verändertes, bzw. anders akzentuiertes Qualifikationsprofil der Pflegefachkräfte voraus und eine andere sozialrechtliche Ausgestaltung der Leistungsansprüche versus Infrastrukturverantwortung in der Pflegesicherung. Genau dies scheint unabdingbar zu sein, um den künftigen Bedarfen und der Entwicklung von Dienstleistungsmärkten, im Kontext von Pflege Rechnung, zu tragen. Dabei lassen sich unterschiedliche Optionen der Sicherstellung der Pflegefachlichkeit denken: sie können eng verbunden sein mit der gesamten Gestaltung der Dienstleistung im Kontext von Pflege und Betreuung. Sie können auch selbst gestaltete Pflegearrangements verbindlich begleiten.

Prüfstein V:

Inwieweit sind die Leistungsarten und Leistungsformen sozialstaatlicher Pflegeversicherung in der Lage, flexibel auf spezifische Bedarfsausprägungen zu reagieren, sich mit anderen Hilfen zu ergänzen und abzustimmen und lebensweltlich geprägte Arrangements zu sichern?

Das bisherige Leistungsrecht der Pflegeversicherung kennt auf der einen Seite eine ganze Reihe unterschiedlicher Leistungen und Leistungsarten. Die Pflegeversicherung sieht dabei auch Kombinationsleistungen vor, etwa zwischen Pflegegeld und Pflegesachleistung. Gleichwohl ist das geltende Pflegeversicherungsrecht sehr stark mit dem Sachleistungsprinzip verbunden und engt damit mögliche Flexibilisierungen der Leistungserbringung deutlich ein. Dies begünstigt Bedarfsverfehlungen und Formen brauchbarer Illegalität in der Leistungserbringung. Die effiziente Nutzung der begrenzten Mittel der Pflegeversicherung wird eher behindert. Insofern sollte sowohl bei den Leistungsarten als auch bei den Leistungsformen eine stärkere Flexibilisierung zugelassen werden, die drei unterschiedliche, aber auch nebeneinander auszugestaltende Varianten kennt: Zum einen sollte es gelingen, medizinisch-pflegerische, rehabilitative und pflegerisch-betreuerische Leistungen integriert zu erbringen. Hierzu können die Ansätze der integrierten Versorgung wichtige Beiträge leisten, insbesondere dann, wenn es sich um eine Pflegebedürftigkeitssituation mit einem hohen medizinisch-pflegerischen Aufwand etwa nach Krankenhausaufenthalt oder in palliativen Situationen handelt. Gerade dann sind integrierte Versorgungsformen in hohem Maße angemessen. Eine zweite Variante liegt in der flexiblen Ausgestaltung von Leistungspaketen durch Leistungserbringer, die freigestellt sind von einer strengen Beachtung, des heute noch geltenden Verrichtungsbezuges. Basierend auf dem Assessment und den so zugewiesenen Geldbeträgen könnten Dienstleister in die Lage versetzt werden, flexible Leistungspakete anzubieten und aus einer Hand zu erbringen. Eine dritte Variante liegt in der Leistungsform von Budgets, die stärker autonomieorientierten Pflegearrangements die Möglichkeit geben, eigenständig ihr Pflegearrangement zu gestalten und entsprechende

Leistungen einzukaufen. Sowohl das trägerübergreifende Budget im Rahmen des SGB IX aber auch das aktuell erprobte Pflegebudget im Rahmen des SGB XI zeigen auf, wie derartige Budgetlösungen im Einzelfall ausgestaltet sein können. Gerade das Nebeneinander der unterschiedlichen Varianten wird helfen, einen produktiven Wettbewerb zu entfalten.

Prüfstein VI:

Inwieweit wird die Generierung von gesicherten Wissensbeständen zu dem State of the Art in der Pflege gefördert und eine multidisziplinäre und interprofessionelle Qualitätssicherung unterstützt?

Im medizinischen Bereich liegen inzwischen über 900 Leitlinien vor, die Wissensbestände fachgebietsbezogen auf unterschiedlichen Evidenzniveaus zugänglich machen und Entscheidungskorridore für die behandelnden Ärzte bieten. Im Bereich der Pflege liegen vier nationale Standards als monodisziplinäre vor, die Wissensbestände der Fachpflege in besonders relevanten Aufgabenfeldern der Pflege in konsentierter Form zusammenfassen und der Praxis zugänglich machen. Die interdisziplinär angelegten Qualitätsniveaus der BUKO-QS bemühen sich zunächst für den stationären Bereich und zu besonders relevanten Themenstellungen, evidenzbasierte Qualitätsindikatoren vorzulegen, die ein interprofessionell abgestimmtes Handeln für die Pflegebedürftigen erwartbar machen. Diese unterschiedlichen Anstrengungen um Qualitätsentwicklung laufen bisher weithin nebeneinander her. Unabhängig davon, wo und durch wen ein Pflegebedürftiger gepflegt wird, hat er Anspruch darauf, dass Kenntnisse über gute Pflege ihm zugute kommen. Dies gilt im Übrigen auch und gerade dort, wo Nicht-Professionelle und wo nicht zugelassene Pflegedienste an der Pflege beteiligt sind. Um eine so verstandene Qualitätsentwicklung zu verstetigen, bedarf es eine entsprechende Institutionalisierung der Erarbeitung und Implementierung der unterschiedlichen Instrumente der Qualitätssicherung. Diese darf in ihrer Zielrichtung nicht alleine auf die Sozialleistungen hin ausgerichtet sein, sondern muss auch andere Akteure als Adressaten kennen. Von daher bietet es sich an, eine unabhängige Institution zu schaffen, etwa ein Deutsches Institut für Qualitätsentwicklung in Pflege und Betreuung, das in der Lage ist derartige Aufgaben zu übernehmen.

Prüfstein VII:

Unterstützt die Pflegesicherung eine bessere Vereinbarkeit von Erwerbsarbeit und Pflege, eine verträgliche Familienpflegebereitschaft und setzt sie die vorhandenen Mittel für diese Zwecke effizient ein?

Der größte pflegerische Anteil wird weiterhin in den Familien geleistet. Überwiegend werden Pflegeaufgaben in Deutschland von Partnerinnen und Partnern sowie den Kindern und Schwiegerkindern übernommen. Dabei spielen Frauen die dominante Rolle. Ohne die historisch in dieser Weise unbekannte Pflegebereitschaft, in qualitativer und quantitativer Hinsicht, wäre die Pflegeversicherung finanziell schon längst am Ende. Die Pflegebereitschaft ist von dem Gesetzgeber der Pflegeversicherung unterschätzt worden. Diese für die Zukunft in angemessener Weise zu erhalten, zu unterstützen und den Kreis derer, die sich in den informellen Netzwerken für Pflegeaufgaben mitverantwortlich fühlen können zu erweitern, wird eine der zentralen Aufgaben künftiger Pflegepolitik sein. Die Pflegeversicherungsreformdiskussion bezieht sich zu stark auf den institutionellen Sektor der Heime und Pflegedienste. Die derzeitigen Instrumente zu einem breiteren Pflegesicherungskonzept reichen von der Gewährung eines Pflegegeldes, von Unterstützungsleistungen für pflegende Angehörige, bis hin zu Steuererleichterungen und arbeitsrechtlichen Veränderungen im Beamten- und Arbeitsrecht. Sie können konzeptionell noch nicht in jeder Hinsicht befriedigen. Das zentrale sozialversicherungsrechtliche Instrument der Unterstützung der Familienpflegebereitschaft, das Pflegegeld, wird in der Bevölkerung positiv aufgenommen und dankbar angenommen. Inwieweit es zur Erhaltung der Pflegebereitschaft beiträgt und Impulse zur fachlich angemessenen Pflege leistet, bleibt dabei weithin unbekannt. Sicher ist allerdings, dass nicht immer von einer zweckentsprechenden

Verwendung des Pflegegeldes ausgegangen werden kann: Sie dient für viele Familien als Sicherung eines bestimmten Einkommensniveaus und Lebensstandards. Es wird eingesetzt, um selbst beschaffte Pflegekräfte zu bezahlen ohne dass es sich um Angehörige und Ehrenamtliche handelt, wie es der Gesetzgeber vorgesehen hat. Im Bereich des Sozialhilferechtes wird auf indirekte Weise das Assistenzmodell auf Arbeitgeberbasis mit dem Pflegegeld in Verbindung gebracht. Diese Anzeichen für eine inkonsistente Konzeption einerseits und nicht unbedingt zweckentsprechender Verwendungen des Pflegegeldes andererseits, geben Anlass, das Konzept des Pflegegeldes zu überprüfen. Auch bei der Pflegesicherung mit begrenzten sozialstaatlichen Ressourcen wird man stärker als in der Vergangenheit auf eine zielgenaue Verwendung von Sozialleistungen acht geben müssen, es sei denn, man nimmt weiterhin den ökonomisch nicht bestreitbaren Grenznutzen informaler Bewältigungsstrategien und Schattenwirtschaften in Kauf. Die Gratifikationsfunktion des Pflegegeldes muss nicht abhängig sein von der Intensität der Pflegebedürftigkeit. Insofern ließe sich auch ein Pflegegeld-kindergeldbasiert denken, das nachweisfrei Verwendung finden kann. Soll das Pflegegeld dazu dienen, die Pflegebereitschaft und –fähigkeit von Personen zu stärken, die erwerbstätig oder zumindest –fähig sind, wäre die Gewährung eines Pflegegeldes mit Lohnersatzfunktion, ähnlich dem Erziehungsgeld, angemessen. Solche Lösungen wären etwa bei Personen zu bedenken, die auf Erwerbsarbeit verzichten, diese einschränken oder zeitweise aufgeben. Eine Gewährung des Pflegegeldes wäre aber auch für Personen denkbar, die arbeitssuchend sind. Das Pflegegeld für Personen zu gewähren, überzeugt unter dem Gesichtspunkt der gezielten Unterstützung der Pflegebereitschaft nicht. Eine Revision des Konzeptes des Pflegegeldes und anderer Maßnahmen zur Unterstützung der Pflegebereitschaft, wäre ein Beitrag zur nachhaltigen Sicherung der Pflege. Die Diskussion darüber, ist im Rahmen der Pflegereform zu eröffnen.

Prüfstein VIII:

Unterstützt eine Reform der Pflegesicherung neue Versorgungsformen, die sich abheben von der strikten Trennung zwischen ambulant und stationär?

Das Pflegeversicherungsrecht geht bislang von einer strikten Trennung zwischen stationären Versorgungsregimen und ambulanten aus. Die stationäre Finanzierung folgt ganz eigenen Regeln: sie folgt immer noch dem Konzept des All-inclusive-Modells aus dem Krankenhaussektor. Die groß angelegten Bemühungen um Pflegereferenzmodelle sind strikt stationär ausgerichtet. Es ist unbestritten, dass es auch und gerade in der Zukunft stationäre Versorgungsformen für pflegebedürftige Menschen geben muss und wird. Diese sind zu diversifizieren und mit Formen gesundheitlicher Versorgung zu verschränken, insbesondere in der letzten Lebensphase. Es besteht aber in doppelter Hinsicht eine Gefahr: Zum einen kann angesichts der demographischen Entwicklung und der sozialen Wandlungsprozesse die Nachfrage nach Heimplätzen deutlich steigen, in einer Weise dass sie die Leistungsfähigkeit des Sozialstaates überschreiten kann. 1,9 Millionen Heimplätze im Jahr 2050 wären ein solches "Datum". Vor allem besteht weiterhin die Gefahr der sozialen Exklusion von Personengruppen, die in Heimen leben. Insofern scheint es als bedeutsam, Deinstitutionalisierungsprozesse zu unterstützen, Prinzipien der geteilten Verantwortung auch in stationären Settings möglich zu machen, und andere kollektive Formen der Versorgung Pflegebedürftiger wohnortnah auch rechtlich zu ermöglichen und zu unterstützen, um den Prinzipien Welfare-Mix basierter Versorgungskonzepte Raum zu geben. Will man solche Entwicklungen befördern, wird es darauf ankommen, die sozialstaatlichen Leistungen zwischen ambulant und stationär durchlässiger zu gestalten. Vor allem wird es darum gehen, ökonomische Anreize zu vermeiden, die eine stationäre Versorgung befördern. Schließlich wird es vom Patienten aus gedacht, auch darum gehen müssen, seine Rolle in kollektiven Versorgungssettings, insbesondere in Heimen, zu stärken, ihn gegebenenfalls mit Hilfe von außenstehenden Dritten zu empoweren. Dazu reichen die bisherigen Konzepte, die im Heimgesetz vorgesehen sind, alleine nicht aus. Es müssten wirkungsvolle Mitgestaltungs- und Verantwortungsformen sein, die durch revidierte

Prinzipien der Leistungsgewährung (etwa auch Teilbudgets in Heimen) stärker unterstützt würden als es bislang der Fall ist.

Prüfstein IX:

Inwieweit löst sich die Finanzierung der Pflegesicherung von einer allein Lohnnebenkosten basierten und erschließt weitere Finanzierungsoptionen?

Die Diskussion um die zukünftige Finanzierung der Pflegeversicherung steht im Vordergrund der aktuellen Diskussion um die Zukunft der Pflegeversicherung. Hier ist vergleichsweise kurzfristig Handlungsbedarf gegeben, da die Reserven der Pflegeversicherung aufgebraucht werden. Bisherige Maßnahmen und Überlegungen: erhöhte Beiträge für Kinderlose, Einbeziehung der Rücklagen der privaten Pflegeversicherungen sind nicht dazu angetan, eine nachhaltige Pflegesicherung zu garantieren. Man wird neue Finanzierungsquellen erschließen müssen, um eine wirksame soziale Pflegesicherung, auch für die Zukunft, aufrechterhalten zu können. Es kommen unterschiedlichen Optionen in Betracht: eine Erhöhung des Beitragssatzes, gesonderte Fonds, finanziert aus Abgaben. Auch steuerfinanzierte Beiträge kommen in Betracht. Die Umstellung der Pflegeversicherung auf ein kapitalgedecktes System erscheint, angesichts der mittelfristig zu erwartenden demographischen Entwicklung, als kaum zielführend. Die Finanzierungsvarianten sollten auch unter dem Gesichtspunkt geprüft werden, inwieweit sie in der Lage sind, eine Umstellung der Leistungen der sozialen Pflegesicherung zu unterstützen. Verzichtet man etwa auf das Pflegegeld in der bisherigen Höhe, würde dieses zu einer stärkeren Inanspruchnahme anderer Leistungen der Pflegesicherung führen, der durch Co-Payments vorgebeugt werden müsste. Die Personengruppen, die nicht zu Co-Payments in der Lage sind, bedürften entsprechender nachrangiger Absicherungen, die regelmäßig steuerfinanziert wären. Auch infrastrukturelle Vorkehrungen verlangen nach Elementen einer Strukturreform der Pflegesicherung, die je nach Finanzierungsstrategie, unterschiedliche Partner einbeziehen könnte und müsste. Insofern wird dafür plädiert, die Frage der künftigen Pflegesicherung, niemals unabhängig von einer Revision des Leistungsrechtes und der Leistungsformen zu diskutieren. Dass eine vollständige Übernahme des Pflegerisikos einkommensunabhängig nicht in Betracht kommt, dürfte allen Beteiligten klar sein. Dies sagt allerdings nichts über die Höhe der sozialstaatlichen Leistungen. Dabei wird es bei der Höhe der Leistungen sowohl auf den politischen Konsens ankommen, als auch darauf, wie sich eine unterschiedlichen ökonomischen Ansprüchen genügende Infrastruktur aufrechterhalten und finanzieren lässt: für die Haushalte erschwinglich, betriebswirtschaftlich erträglich und volkswirtschaftlich möglich. Dass bei der Frage der Finanzierung „moralökonomische“ Gesichtspunkte eine Rolle spielen, ist gerade bei der Pflegesicherung besonders evident: Es geht dort auch um die Frage der Einlösung von Solidaritätsnormen und ihre Anpassung an veränderte Werthaltungen aber auch demographische Konstellationen.

Prüfstein X:

Wieweit unterstützt die Reform der Pflegesicherung die soziale Teilhabe pflegebedürftiger Menschen?

Pflegebedürftigkeit ist ein besonderer Bedarfszustand infolge von Krankheit und/oder Behinderung. Pflegebedürftige sind auch immer Menschen mit Behinderung. Im Sinne der ICF wird Behinderung im Wesentlichen verstanden als ein Integrations-, und Teilhabedefizit. Dabei gibt es immer mehrere Interaktionspartner. Pflegebedürftige, auch sterbende Menschen, sind Teil der Gesellschaft. Ihre Würde wird auch dadurch konstituiert, dass sie erlebt werden als Mitmenschen und sich selbst als solche erleben können. Die Hospizbewegung unterstreicht dies mit ihren Bemühungen, ebenso wie etwa die Deutsche Alzheimergesellschaft mit ihren vielfältigen Aktivitäten. Es besteht die ernst zu nehmende Gefahr, dass hochbetagte Pflegebedürftige, aber auch andere Gruppen von Menschen mit schweren Behinderungen, gesellschaftlich ausgegrenzt und exkludiert werden. Eine Pflegesicherung, die sich als Teil eines subsidiär angelegten Sozialstaatskonzeptes versteht und somit auf die Solidaritätsbereitschaft von Familien setzt aber auch bürgerschaftliche

Formen der sozialen Teilhabesicherung berücksichtigt, wird sich dazu veranlasst sehen, ihre Leistungen und die geförderten Institutionen danach zu beurteilen, inwieweit sie (auch) der sozialen Teilhabe Pflegebedürftiger dienen. Weder professionelles Selbstverständnis, etwa von Pflegekräften, noch die verbreitete Konzeptionen von vollstationären Einrichtungen sind dazu in der Lage. Auch traditionelle Familienideologien und die Unterstützung dyadischer Beziehungen zwischen Pflegebedürftigen und Hauptpflegeperson, durch die Pflegeversicherung, sind geeignet, die soziale Teilhabe in diesem Sinne systematisch zu befördern. Eine insofern auch nachhaltig orientierte Pflegepolitik, sollte sowohl in den Ausbildungskonzeptionen, Berufsgruppen Konzepten und ihren Aufgabenverteilungen und Zuschreibungen als auch in den Leistungsformen auf die soziale Teilhabesicherung besonderen Wert legen. Dies gelingt nicht durch additive Förderung etwa bürgerschaftlichen Engagements und Ehrenamt, sondern durch eine strukturelle Verankerung ihrer Mitverantwortung. Immerhin liegt in der Bewältigung der Pflegebedürftigkeit in den nächsten Jahrzehnten eines der zentralen, kulturellen Herausforderungen unserer Gesellschaft. Die programmatisch verkündete gemeinsame Verantwortung der Gesellschaft gilt es, bei einer Reform der Pflegesicherung, stärker als bislang ernst zu nehmen und konzeptionell auszugestalten.

Prüfstein XI:

Inwieweit werden die Einflüsse auf die Wirtschaftlichkeit der Leistungsgewährung und Leistungserbringung wahrgenommen und einer transparenten Systematik zugeführt?

Das bestehende Gesetz enthält Annahmen, dass einzelne Bausteine wie das Pflegegeld und der Angebotsvergleich Steuerungswirkungen auf eine Akzentuierung (Minimierung) der Inanspruchnahme von Leistungen und auf eine effiziente Leistungserbringung haben. Es gilt bei einer Revision des Gesetzes, diese Annahmen zu überprüfen und Wechselwirkungen aufzuzeigen. Gegebenenfalls sind weitere Untersuchungen erforderlich, auf jeden Fall sollten alle gegenwärtigen Studien zu Pflegebudget und alternativen Wohnformen noch einmal gezielt auf ihre Aussagefähigkeit zu wirtschaftlichem Verhalten der Beteiligten ausgewertet werden können.

Zentrale Fragen sind: Welche Souveränität darf den Leistungsnehmern zugerechnet werden, so dass sie als Kunden auftreten können, und wo müssen andere Institutionen aus Gründen der Gleichheit, Sicherheit oder Qualität Entscheidungen übernehmen oder überprüfen? Wo ist Wettbewerb unter den Leistungserbringern tatsächlich der geeignete Weg, um Effizienz auf dem jeweils aktuell erreichbaren Niveau zu initiieren und wo stellen Sicherung der Infrastruktur, der Vorhaltung, der Versorgungs-Gleichmäßigkeit etc. höhere Güter dar? Wer übernimmt die Aufsicht, dass neue flexiblere Leistungspakete die Wirtschaftlichkeit erhöhen - was sie sicher können - aber so, dass diese Wirkungen nicht z.B. durch Intransparenz überkompensiert werden? Stellt eine starke Position der Kassen auf aktuellen Basis von Regulierungspotential die Wirtschaftlichkeit sicher oder könnte deren Entscheidungs- und Überblicksposition in anderer Weise besser genutzt werden? Sind einzelne der Bereiche medizinisch-pflegerisch, Wohnen, Essen, Haushalt durch eine Trennung besser für marktwirtschaftliche Bearbeitung aufzuschließen und in welchen Fällen verursachen Trennungen wegen der Interdependenzen mehr Schaden als Nutzen?

Das große Ziel der Wirtschaftlichkeit muss im Sektor Pflege, der weder ganz der freien Wirtschaft überlassen werden kann, noch in rein parastaatliches Handeln zurückgeführt werden soll, durch das Zusammenspiel diverser Steuerungsmechanismen gesichert werden. Diese gilt es zu benennen, zu überprüfen, teils zu erforschen und zu begutachten, um sie fundiert ins Gesetz aufnehmen zu können. Zudem sollten sie in dynamischer Form integriert werden, damit sie sich veränderten Bedingungen anpassen können. Damit werden auch Implikationen zur Wirtschaftlichkeit in anderen Prüfsteinen dieses Papiers aufgenommen und in Beziehung gesetzt.

Prof. Dr. Thomas Klie
Stand 25.9.2006

Arbeitsgruppe
Prof. Dr. Heinz Rothgang
Prof. Dr. Thomas Klie
Prof. Dr. Johannes Zacher

Hamburger Erklärung

zum Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (PfWG)¹

Im Februar 2005 wurde das Freiburger Memorandum verabschiedet, das ein gemeinsames Selbstverständnis, die Bedeutung und auch die Implikationen von „Wohngruppen in geteilter Verantwortung“ herausgearbeitet hat. Das Freiburger Memorandum ist auf breite Resonanz gestoßen. Es ermöglichte Differenzierungen zwischen Wohngruppen oder -gemeinschaften, die als Sonderform im Rahmen der stationären Versorgung geführt werden und Wohngruppen in der Hand von Pflegediensten einerseits, zu Wohngruppen in geteilter Verantwortung, die gemeinsam von Angehörigen, Freiwilligen und professionellen und beruflich Tätigen verantwortet werden andererseits. Letzterer Ansatz erscheint paradigmatisch interessant und wird auch von der Politik mit Interesse verfolgt. Dementsprechend haben bereits einige Erfahrungen aus den verschiedenen Wohngruppen-Projekten die politische Ebene erreicht, sowohl die Landespolitik – die sich um eine Neukodifizierung des Heimrechts jeweils auf Landesebene bemüht –, als auch die Bundespolitik – die unter anderem derzeit mit dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz (PfWG) befasst ist.

Auf einem Treffen im September 2007 in Hamburg haben sich Vertreter von „Wohngruppen in geteilter Verantwortung“ vor dem Hintergrund dieses gemeinsamen Verständnisses zu den geplanten und auch zu darüber hinausgehenden notwendigen Reformen im Heim- und Pflegeversicherungsrecht geäußert. Die Unterzeichnenden möchten mit der Hamburger Erklärung die aktuelle Diskussion begleiten und Hinweise geben, wie die Gründung und der Betrieb von Wohngruppen, Wohngemeinschaften und anderen Versorgungs- und Hilfeformen in geteilter Verantwortung sinnvoll befördert werden können, gerade auch im Hinblick auf die notwendige Qualitätssicherung und eine größtmögliche Selbstbestimmung von Bewohnern und Bewohnerinnen sowie deren Angehörige.

1. „Poolen“ reicht nicht

Eines der leistungsrechtlichen Probleme in Wohngruppen und Wohngemeinschaften besteht darin, dass die Bewohnerinnen und Bewohner jeweils einen individuellen Leistungsanspruch gegenüber den Kostenträgern geltend machen, der auch ihnen als Einzelperson gegenüber erbracht werden muss. Nun sieht der Referentenentwurf eines PfWG die Möglichkeit vor, dass Leistungsansprüche „gepoolt“ – also zusammengefasst und gemeinsam von den Berechtigten genutzt werden können. Die durch Synergien freigesetzten Ressourcen sollen für Betreuungsaufgaben Verwendung finden. Mit diesem „Poolen“ wird die Praxis in Wohngruppen, die von Pflegediensten betrieben werden, legalisiert: Die gemeinsame Inanspruchnahme von Sachleistungen durch mehrere Personen mit Pflege- und Hilfebedarf soll zugelassen werden. Damit wird zwar die gängige Praxis in Wohngruppen bestätigt, es werden aber keine Innovationsimpulse gegeben. Vor dem Hintergrund der vorliegenden Erfahrungen in den Wohngruppen müssen außerdem Zweifel angemeldet werden, ob durch das „Poolen“ tatsächlich Effizienzreserven erschlossen werden können. Wohngruppen in geteilter Verantwortung, die auch mit nicht zugelassenen Diensten arbeiten (z. B. im Rahmen der Erprobung persönlicher Budgets), wird durch das „Poolen“ überhaupt nicht geholfen, vielmehr wird ihre Praxis in Frage gestellt, vor allem dann, wenn Modellprojekte auslaufen.

2. Erhöhte Betreuungsleistungen verringern Benachteiligung von Wohngruppen gegenüber stationären Einrichtungen

Im Referentenentwurf zum PfWG ist vorgesehen, die zusätzlichen Betreuungsleistungen für

¹ Die Erklärung wurde erarbeitet auf der Grundlage des Referentenentwurfs vom 10.09.2007.

Menschen mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf, insbesondere für Menschen mit Demenz, deutlich zu erhöhen, und zwar bis auf € 200,- pro Monat. Diese Leistung kann, wenn schon nicht für alle, so doch für einige Bewohnerinnen und Bewohner in Wohngruppen genutzt werden, so dass dieser Betrag dazu beitragen kann, die Differenzen der Pflegeversicherungsleistungen für den stationären Bereich einerseits und den ambulanten Bereich andererseits zu reduzieren. Damit werden sozialhilferechtliche Hürden für Wohngruppen und Wohngemeinschaften abgebaut. Das eigentliche Problem, die unterschiedliche Höhe der Finanzierungsleistungen im stationären und ambulanten Bereich, wird jedoch dadurch nicht behoben.

3. Wohngruppen setzen auf bürgerschaftliches Engagement

Bürgerschaftliches Engagement in Pflege und Betreuung spielt im Entwurf zum PFWG eine große Rolle, was prinzipiell den paradigmatischen Ansatz der Wohngruppen unterstützt. Bürgerschaftliches Engagement verlangt, das zeigen die Erfahrungen in den Wohngruppen, nach einer verlässlichen Begleitung. Der Aufbau und die Förderung von Strukturen, die Wohngruppen in geteilter Verantwortung ermöglichen, umfasst zum Beispiel die Moderation von Aushandlungsprozessen zwischen Angehörigen, Ehrenamtlichen und professionell / beruflich Tätigen oder auch die Schulung von Ehrenamtlichen und Angehörigen. Diese Aufgaben sollten im PFWG eigens als solche benannt werden, so dass Fördermittel der Pflegeversicherung gezielt für Wohngruppen in geteilter Verantwortung eingesetzt werden können. Konzepte einer unabhängigen Moderation und Begleitung von Angehörigen und Engagierten sollten auf Landesebene und mit Unterstützung der Länder erstellt und umgesetzt werden.

4. Budgets zulassen

Der erste Referentenentwurf vom September 2007 sah noch eine weitere experimentelle Erprobung von „Persönlichen Pflegebudgets“ in den Bundesländern vor. Diese Vorschrift ist inzwischen gestrichen worden, da die vorliegenden Erfahrungen mit dem Pflegebudget als ausreichend angesehen werden. Budgets für Wohngruppen allerdings sind noch nicht systematisch erprobt.

Die Unterzeichnenden können aufgrund ihrer bisherigen Erfahrung mit Wohngruppen in geteilter Verantwortung konstatieren, dass durch Budgets Angehörige und Bürgerschaftlich Engagierte befähigt werden, die finanzielle Komplexität eines Wohngruppen-Betriebs zu bewältigen sowie auf Augenhöhe mit den entsprechenden Fachkräften die Lebens-, Arbeits- und Betreuungsbedingungen in der Wohngruppe auszuhandeln. Diese Budgets müssten transparent sein, flexibel auch für nicht zugelassene Anbietern einsetzbar sein und als Geldleistung zur Verfügung stehen.

Das „Poolen“ dagegen stellt Modell-Wohngruppen in geteilter Verantwortung, die Kooperationen auch mit nicht zugelassenen Anbietern von Pflege- und Betreuungsleistungen aufgebaut haben (z. B. vielfach von Alzheimer-Gesellschaften) vor das Aus. Insofern wird dringend gebeten, die Erprobung von Wohngruppenbudgets im Zusammenhang mit dem PFWG zu ermöglichen. Der in der Gesetzesbegründung gegebenenfalls zu dokumentierende politische Wille würde ausreichen, da der Experimentierraum des §8 Abs. 3 SGB XI die Erprobung zulässt.

5. Case Management-Strukturen stärken Wohngruppenansätze

Unterstützung in der Pflege ist ein wichtiges Thema und es wird sehr begrüßt, dass im PFWG der Case Management-Ansatz aufgegriffen und in Pflegestützpunkte und Pflegeberatung umgesetzt wird. Dabei wird es sehr darauf ankommen, wie diese Case Management-Strukturen aufgebaut und strukturiert werden. Aus Sicht der Erfahrungen der Wohngruppen ist es von besonderer Bedeutung, dass auch bislang an der Leistungserbringung nicht beteiligte Akteure eine Chance haben, ihre Innovationen auf lokaler Ebene verwirklichen zu können. Eine zu starke Einbindung von innovativen Ansätzen in korporatistische Strukturen, so wie dies in der Konzeption der Pflegestützpunkte vorgesehen ist, kann Wohngruppen-

Initiativen, die zum Teil ja gerade außerhalb des etablierten Trägerspektrums entstehen, be- und verhindern. Insofern muss sichergestellt werden, dass Pflegestützpunkte strukturell offen sind für neue Ansätze und Case Management sich ausdrücklich auf die Begleitung von Menschen in innovativen Hilfeeinrichtungen bezieht.

In dieser Weise kann Case Management erheblich zur Sicherung der Qualität auf struktureller wie auf individueller Ebene beitragen. Dabei gilt es vielfältige Schnittstellen zu definieren und zu gestalten: auf der Organisations- und Netzwerkebene z. B. die Koordination aller beteiligten Stellen in einem Landkreis, während in der individuellen Fallsteuerung durch Assessment, Hilfeplan und stetige Begleitung im Alltag Qualität auf der subjektiven Ebene hergestellt wird. Diese Aufgaben können an qualifizierte und mit dem Feld vertraute Kräfte ausgelagert werden. Sollen durch das Case Management Moderations- und Entwicklungsaufgaben im Hinblick auf die Arbeit von Angehörigen und Bürgerschaftlich Engagierten übernommen werden, ist der zugrunde liegende Case Management Ansatz entsprechend auszu-differenzieren.

6. Wohngruppen verantwortlich begleiten

Wohngruppen sind nicht per se gut, sie garantieren nicht aus sich heraus und immer Qualität. Von daher sind die Bemühungen um Qualitätskriterien für Wohngruppen ebenso zu begrüßen wie die Anstrengungen der Länder, durch eigene Heim- bzw. Einrichtungen- und Dienstegesetze Wohngruppen zwar zu ermöglichen, aber nicht aus der Verantwortung zu entlassen. Gerade wenn - was die Wohngruppen Erfahrungen nahe legen - auch nicht zugelassene Leistungserbringer in Wohngruppen tätig sein sollen, bedarf es staatlicher Supervision, flexibler Anwendung ordnungsrechtlicher Vorgaben und Unterstützung sowie Beratung bei der Suche nach verantwortlichen Lösungen für die Erfüllung ordnungsrechtlicher Vorgaben bzw. deren Modifizierung. Da zu gehört es, die Lebens-, Arbeits-, Pflege- und Betreuungsqualität für jeden Einzelnen sowie für die Institution als Ganzes sicherzustellen.

Den Unterzeichnenden ist bewusst, dass Innovationen in der Betreuung, Versorgung und Pflege von Menschen mit Demenz dem allgemeinen gesellschaftlichen Wandel entspringen. „Pflege neu denken“ kann nicht per Gesetz verordnet werden. Dennoch sollte das PFWG geeignete Rahmenbedingungen schaffen, um es auch schwach institutionalisierten, innovativen Akteuren im Feld der Pflege und Betreuung zu ermöglichen, neben den etablierten Wohlfahrtsstrukturen neue Ideen zu verwirklichen.

Unterzeichnende:

Ernst Boltner, Alzheimer-Gesellschaft Marburg-Biedenkopf e.V.

Anke Buhl, Kiel

Gerhard Kiechle, Wohngruppe Adlergarten, Eichstetten (Mitglied im Freiburger Modell e. V.)

Birgit Leuderalbert, Europäische Seniorenakademie, Ahaus

Ulrike Petersen, Hamburger Koordinationsstelle für Wohn-Pflege-Gemeinschaften

Annette Schwarzenau, Verein Selbstbestimmtes Wohnen im Alter e.V., Berlin

Christina Stettin, Wohngemeinschaft Dreihausen, LK Marburg-Biedenkopf

Thomas Klie, Ev. Fachhochschule Freiburg

Birgit Schuhmacher, Arbeitsschwerpunkt Gerontologie und Pflege an der Ev. FH, Freiburg

V.i.S.d.P.:

Prof. Dr. Thomas Klie
Kontaktstelle für praxisorientierte Forschung
an der Ev. Fachhochschule Freiburg
Buggingerstr. 38
79114 Freiburg