

Prof. Dr. Hugo Mennemann

Münster, 14.01.2008

Katholische Fachhochschule Nordrhein-Westfalen

Dekan der Abteilung Münster

Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management e.V. (DGCC)

Piusallee 89

48147 Münster

h.mennemann@kfhnw.de

0251/41767-22

**Stellungnahme zur Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 21.+23. Januar 2008 zum Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz)
BT-Drucksache 16/7439**

Hier: Stellungnahme zu

- § 7a Pflegeberatung und zu
- § 92c Pflegestützpunkte

Die deutlich erkennbaren und benannten **Ziele des Gesetzentwurfes**,

- eine neutrale Pflegeberatung, die adressatenbezogen auf das ortsnahe Versorgungsgefüge zurückgreifen und die Angebote in diesem auf den Einzelfall hin koordinieren kann sowie
- der gemeinschaftliche Ausweitung und Pflege des regionalen Versorgungssystems in Zusammenarbeit und Trägerschaft von Pflegestützpunkten seitens der Kommunen, der Pflegekassen, der Leistungsanbieter und weiterer Gruppen vor Ort

sind zur notwendigen Weiterentwicklung des SGB XI erforderlich und uneingeschränkt zu begrüßen. In methodischer Hinsicht wird folgerichtig Case Management als das umzusetzende Handlungskonzept genannt. Im Bereich der Pflegeberatung ist überwiegend von „Fallmanagement“ die Rede.

An diese im Gesetz formulierten (hier grob genannten) Zielperspektiven sind die vorgeschlagenen Gesetzesänderungen zu messen.

Aus fachlicher Sicht ist hierzu folgendes festzustellen:

1. Die Trägerschaft des Pflegeberaters bei den Pflegekassen und die Trägerschaft der Pflegestützpunkte in Initiative der Pflegekassen unter Beteiligung weiterer Träger trennt den Bereich der Einzelfallebene auf der einen Seite von den Bereichen der Organisations- und der Netzwerkgestaltung (organisationsübergreifend) auf der anderen Seite bzgl. der Trägerschaft. Diese gehören im Case Management unbedingt zusammen. Die angedachte Zielperspektive droht hiermit zu scheitern:
2. In der Pflegeberatung - ausschließlich in Trägerschaft der Pflegekasse - droht die Funktion des gate-keepings überbetont zu werden; den Pflegekassen als Kostenträger muss es wesentlich auch um die Wirtschaftlichkeit und die Regelung der finanziellen Zuwendungen gehen. Von einer unabhängigen Beratung oder „Neutralität“ im Sinne einer primären Orientierung an dem Bedarf der Adressaten kann mit Blick auf die alleinige Trägerschaft der Pflegekassen keine Rede sein.
Richtig ist die finanzielle Beteiligung der Pflegekassen an der Pflegeberatung und an den Pflegestützpunkten, kontraproduktiv ist jedoch die alleinige Trägerschaft des Pflegeberaters und die dominante Stellung der Pflegestützpunkte seitens der

Pflegekassen.

Zudem ist die notwendige autorisierte Stellung des Pflegeberaters im regionalen Versorgungsgefüge, um die Dienste auf den Einzelfall hin steuern zu können, nicht gesichert. Das in den derzeitigen Pflegeberatungsstellen (z.B. Beratungs- und Koordinationsstellen in Rheinland Pfalz [BeKo], Koordinierungsstellen in Berlin, Ahlener System, Home Care Nürnberg u.a.) erreichte Beratungsniveau würde entscheidend gemindert und der Schwerpunkt der Beratung würde deutlich verschoben.

Es gibt sogar die Gefahr eines Missbrauchs des bisherigen Zwecks einer Pflegeberatung für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen zu einem primär im Sinne der Pflegekassen wirtschaftlichen Steuerungsinstrument. Der Gesetzentwurf liefert kein zwingendes Korrektiv gegen eine derartige Entwicklung, obwohl eine andere Zielperspektive klar benannt ist. Ein „gut gemeinter“ Entwurf könnte so scheitern und sogar kontraproduktiv sein – auch für die verantwortlichen Politiker.

3. Die genannten Berufsausbildungen für die Pflegeberater entsprechen beide im Kern nicht den Grundanforderungen an die Ausübung eines Case Managements nach den Richtlinien der DGCC. Diese Weiterbildung baut in der Regel auf ein Hochschulstudium auf.

Angesichts der Anforderungen an die Pflegeberatung ist zudem fachlich vollkommen unverständlich, warum beispielsweise Diplom

SozialpädagogInnen/SozialarbeiterInnen nicht genannt werden. Diese stellen nach einer bundesweiten online-Befragung, deren Ergebnisse dem VdaK (resp. BMG) vorliegen, mit Abstand die in den Beratungsstellen am meisten vertretene Berufsgruppe dar (vgl. z.B. auch die BeKo-Stellen in Rheinland Pfalz).

4. Zur näheren Bestimmung der Qualifikation der Pflegeberater werden seitens des Gesetzgebers keine konkreten Vorschläge oder Rahmen genannt. Vielmehr wird die Verantwortung auf den Bund der Pflegekassen übertragen. Dies ist aus fachlicher Sicht mit Blick auf existierende Curricula im Case Management bzw. im Fallmanagement und angesichts der Interessenkollision der Pflegekassen als Kostenträger unzureichend.
5. Angesichts der alleinigen Trägerschaft der Pflegekassen für die Pflegeberater sowie die im Gesetzentwurf genannten Berufsgruppen und die dahinter stehenden Eingruppierungen drohen die im Bundesgebiet erfolgreich eingesetzten Pflegeberatungsstellen auf z.T. hohem Niveau zerstört zu werden. Erste Gespräche auf Länderebene beispielsweise in Rheinland-Pfalz scheinen diese Befürchtung zu bestärken.
6. Die Zuständigkeit für die Weiterentwicklung und die Pflege des regionalen Versorgungsgefüges als Aufgabenbereich der Pflegestützpunkte sind weder mit Ressourcen versehen, noch eindeutig geklärt. Der Wille, an den Pflegestützpunkten in der Trägerschaft nicht nur die Pflegekassen zu beteiligen, ist erkennbar. Die Umsetzung einer Kooperation ist allerdings nicht abgesichert und Ressourcen werden nicht zur Verfügung gestellt. Es drohen so eine äußerst heterogene Trägerschaft von Pflegestützpunkten in Deutschland und auch die alleinige Trägerschaft von Pflegekassen: diese könnten das regionale Versorgungsgefüge nicht als integrative Form der Zusammenarbeit sicherstellen. Die Verknüpfung zur Sozialplanung ist zwar möglich, aber nicht ausreichend abgesichert.
7. Die Begriffe sind im Gesetzestext, in der Begründung und im spezifischen Teil weder einheitlich noch fachlich eindeutig verwandt, obwohl man sich an die Begriffsdefinitionen von Fachgesellschaften (z.B. Case Management von der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management) eindeutig anlehnen könnte. Zudem gibt es mit Ausnahme der Dominanzstellung der Pflegekassen wenig

verpflichtende, sondern häufig empfehlende („soll“, „kann“ oder unverbindliche Beispielnennungen) Inhalte. Dies beinhaltet eine große Gefahr. Die Interpretationsspielräume und die fehlenden Vorschriften können zu gänzlich anderen Ergebnissen in der Praxis führen als diese in der Zielperspektive des Gesetzentwurfes genannt sind.

Aus der Stellungnahme ergeben sich **Forderungen**, die in die Gesetzgebung einfließen sollten, wenn die geplanten Stützpunkte und Pflegeberater zu den von der Regierung beabsichtigten Zielen führen sollen:

1. Die Trägerschaft für die Pflegeberater ist den Pflegestützpunkten zu geben.
2. Die Trägerschaft der Pflegestützpunkte muss zwingend bei mehreren Trägern liegen: Pflege- und Krankenkassen, Kommunalen Träger, Dienstleistern vor Ort (hierfür gibt es auch Trägermodellbeispiele, z.B. „Ahleener System“).
Die Gesetzgebung sollte entsprechende Rahmenbedingungen oder Standards der Pflegestützpunkte als Voraussetzung zur finanziellen Unterstützung nennen. Hierzu zählt auch die verpflichtende Erarbeitung eines Konzepts der finanziellen und personellen Sicherstellung der Netzwerkarbeit. Unterschiedliche regionale Modelle sollten trotzdem möglich bleiben.
3. Die Begrifflichkeit des Case Managements ist einheitlich zu nennen und fachlich zu binden an die Vorgaben der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management (verabschiedete Leitprinzipien und auch Qualitätsstandards; diese sind in einer gesonderten Datei beigefügt)
4. Die Ausbildung der Pflegeberater ist an die Voraussetzungen zum Case Management nach den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management zu binden. Hierzu zählt auch ein Hochschulabschluss. Pflegeberatung sollte darüber hinaus von unterschiedlichen Berufsgruppen durchgeführt werden können.