



Kuratorium
Deutsche Altershilfe

Stellungnahme

zum

Referentenentwurf eines
Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen
Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften
(Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II)

Köln, 07.07.2015

Kontakt

Kuratorium Deutsche Altershilfe
Wilhelmine-Lübke-Stiftung e.V.
An der Pauluskirche 3, 50677 Köln

Der Referentenentwurf des PSG II setzt im Kern die Neuregelung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes und eines neuen Begutachtungsinstrumentes um. Wir begrüßen es sehr, dass dieser längst überfällige Schritt nun vollzogen wurde und so die Voraussetzungen für einen Paradigmenwechsel in der Pflege geschaffen wurden. Darüber hinaus vereinfacht der Referentenentwurf die bisherige Gesetzgebung und fasst bisher getrennte Inhalte sinnvoll zusammen.

Nachfolgend nehmen wir zu einigen wesentlichen Aspekten des Referentenentwurfs Stellung.

Pflegebedürftigkeitsbegriff und NBA

Bereits im Januar 2009 hatte der Beirat zur Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs unter Beteiligung des KDA die Beschreibung der Pflegebedürftigkeit in fünf Pflegegraden auf Basis von acht Modulen vorgeschlagen. Danach hat es jedoch noch eines zweiten Expertenbeirates und mehrerer wissenschaftlicher Untersuchungen bedurft, um eine konsensfähige Umsetzung des Konzepts zu entwickeln. Wir begrüßen es sehr, dass nun endlich die Pflegebedürftigkeit umfassend und mit einer einheitlichen Systematik erfasst wird.

Die Anwendung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes wird zu einem Perspektivwechsel in der Pflege führen. Erstmals sind nun psychische und kognitive Bedarfe den physischen Bedarfen gleich gestellt. Die Frage zur Beurteilung der Pflegebedürftigkeit lautet nun: Welche Ressourcen sind vorhanden, beispielsweise um sich zu bewegen, um sich selbst zu versorgen oder um den Alltag gestalten zu können? Damit einher geht die Abkehr vom Minutenzählen bei der Ermittlung des Pflegebedarfs. Aus Sicht des KDA ist dies ein wichtiger Impuls für die Pflege. Schon vor seiner Einführung hat der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff Maßstäbe gesetzt. So basiert die entbürokratisierte Pflegedokumentation schon heute auf dem neuen NBA.

Die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist ein wegweisender Schritt, den wir ausdrücklich begrüßen. Nun wird es darauf ankommen, in den nächsten Jahren auch die Leistungen der Pflegereform auf diese neue Sicht auszurichten und sich von starren Leistungsbereichen mehr und mehr zu lösen.

Leistungsanpassung und Übergangsregelungen

Die Umsetzung der neuen Pflegegrade in der Höhe der Leistungen orientiert sich im ambulanten Bereich erfreulicherweise an den oberen Vergleichswerten der heutigen Pflegestufen. So entsprechen die ambulanten Leistungen der Pflegegrade 2 und 3 jeweils den heutigen Leistungen der Pflegestufen I bzw. II, inkl. der verbesserten Leistungen für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz. Die Leistungen der heutigen Pflegestufe III und der Härtetfallregelung entsprechen den Pflegegraden 4 und 5. Auch die Übergangsregelungen, die die Betroffenen der heutigen Pflegestufen automatisch in den jeweils höheren Pflegegrad überführen, stärken die ambulanten Strukturen.

Im stationären Bereich müssen die Betroffenen der Pflegegrade 2 und 3 jedoch niedrigere Werte im Vergleich zu den heutigen Pflegestufen I und II hinnehmen, während es in den Pflegegraden 4 und 5 zu höheren Leistungen im Vergleich mit der ambulanten Versorgung kommt. Damit werden nicht nur die Ergebnisse der wissenschaftlichen Studien von Rothgang et.al. berücksichtigt. Vor allem zeigt sich hierin ein Gestaltungskonzept, das gerade bei geringerem Pflegebedarf der ambulanten Versorgung den Vorzug vor der stationären gibt. Das KDA bewertet diese differenzierte Betrachtung positiv. Sie trägt einerseits der aktuell zunehmenden Herausforderung Rechnung, dass immer mehr Personen mit sehr hohem Pflegebedarf in ihrer letzten Lebensphase in eine stationäre Pflegeeinrichtung umziehen und

dort auf eine intensive Pflege und Betreuung im professionellen Umfeld angewiesen sind. Andererseits gibt die Staffelung der Leistungen Anreize, gerade bei weniger ausgeprägtem Pflegebedarf ambulante Strukturen zu stärken, wie sie u.a. im Quartier, mithilfe eines sorgenden Umfeldes und im Hilfe-Mix entwickelt werden können.

Für eine langfristige Stärkung der ambulanten Versorgung wird es notwendig sein, die bisher getrennten Sektoren der ambulanten, teilstationären und vollstationären Versorgung noch durchlässiger als schon jetzt zu gestalten. Vollstationäre Einrichtungen können die ambulante Versorgungsstruktur nachhaltig stärken, indem sie mithilfe der bei ihnen vorhandenen Infrastruktur solitär nicht wirtschaftliche Angebote flexibel nach Bedarf ins Quartier einbringen. Etwa durch die Öffnung nächtlicher Betreuungsangebote für ihre demenzerkrankten Bewohnerinnen und Bewohner auch für Personen aus der Nachbarschaft. Familiäre und informelle Unterstützung sollte auch in vollstationären Einrichtungen möglich sein - mit entsprechenden Abschlägen bei den Vergütungen.

Pflegequalität und Personal

Der Referentenentwurf folgt dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff konsequent beim Umfang der stationären Versorgung. Ausdrücklich gehört auch Betreuung zu den pflegebedingten Aufwendungen. Darauf müssen auch ein neues Pflegeverständnis und ein neuer Personalmix folgen. Die nach wie vor ausstehende Definition der Ergebnisqualität der Pflege wird so umso notwendiger. Das indikatorengestützte Verfahren zur vergleichenden Messung und Darstellung der Ergebnisqualität hat in den vergangenen Jahren bei umfangreichen Praxistests gezeigt, dass es als Messinstrument für Ergebnisqualität hilfreich ist. Es steht jedoch noch immer eine wissenschaftsbasierte und konsensfähige Definition von Pflegequalität aus. Zukünftig soll ein Qualitätsausschuss unterstützt werden durch eine qualifizierte Geschäftsstelle und ggf. beauftragte wissenschaftliche Einrichtungen und Sachverständige. Für einen breiten Konsens von Pflegequalität reicht dieses jedoch nicht aus. Wir setzen uns ein für den Aufbau eines unabhängigen Instituts für Pflegequalität, wie schon vor rund fünfzehn Jahren von der BuKo-QS gefordert wurde. Der Pflegebedürftigkeitsbegriff ist nun eine Chance, sich grundlegend mit der Weiterentwicklung der Pflegequalität zu befassen - losgelöst von den Interessen von Leistungserbringern und Kostenträgern.

Eine konsenterte Definition von Pflegequalität bietet darüber hinaus die Basis, über den notwendigen Personalbedarf in der Pflege zu verhandeln. Die Anforderungen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes werden neue Anforderungen an das Personal stellen. Nach wie vor fehlt es jedoch an schlüssigen Berechnungsgrundlagen. Daher setzen wir uns ein für einen versorgungsformbezogenes Personalbemessungsverfahren, das die Grundlage für faire Vergütungsverhandlungen schafft.

Einrichtungseinheitliche Eigenanteile

Die Ermittlung einrichtungseinheitlicher Eigenanteile für Bewohnerinnen und Bewohner der stationären Pflege stellt ebenfalls ein Novum in der Entwicklung der Pflegeversicherung dar. Wir sehen diese Entwicklung grundsätzlich positiv, da sie für die Pflegebedürftigen und deren Familien eine bessere Planbarkeit der Pflegekosten bedeutet. Es bedarf zukünftig jedoch evidenzbasierter Forschung der damit einhergehenden Effekte. So ist beispielsweise zu prüfen, inwieweit Bewohnerinnen und Bewohner der unteren Pflegegrade durch eine Subvention von Mehrleistungen für höhere Pflegegrade unangemessen benachteiligt werden. Wir bitten drüber hinaus zu prüfen, welche Konsequenzen dies für die Entwicklung von Präventionspotentialen in stationären Einrichtungen hat bzw. wie groß die Sogwirkung höherer Pflegegrade ist.

Angebote zur Unterstützung im Alltag, Entlastungsbetrag und Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen

Der Referentenentwurf fasst die bisherigen Betreuungs- und Entlastungsangebote zunächst sinnvoll zu „Angeboten zur Unterstützung im Alltag“ zusammen. Anschließend erfolgt jedoch eine Dreiteilung in „Betreuungsangebote“, „Angebote zur Entlastung von Pflegepersonen“ und „Angebote zur Entlastung im Alltag“. Viele der bisherigen und auch zukünftig benötigten Angebote lassen sich jedoch nicht einfach einer Kategorie zuteilen. Häufig dient ein Angebot sowohl der Entlastung der Pflegeperson als auch einer Entlastung im Alltag. Die umfassenden Erfahrungen des KDA in der Begleitung und Entwicklung von Versorgungsstrukturen, insbesondere im Themenfeld Demenz, zeigen, dass hier ein umfassender Oberbegriff ausreichend ist.

Vielmehr stellt sich die Frage, inwieweit zwischen ehrenamtlichen und erwerbsmäßigen Angebotsformen zu unterscheiden ist. Insbesondere angesichts der von uns geforderten Option, 40 Prozent der Pflegesachleistung für die Unterstützung im Alltag zu verwenden (nun richtigerweise direkt in § 45a geregelt), sind unseres Erachtens bundesweit einheitliche Maßstäbe für diese Angebote erforderlich. Es bedarf einer fachlichen Anleitung nicht nur für ehrenamtlich Tätige sondern auch für Beschäftigte bei gewerblichen Dienstleistern. Darüber hinaus bedarf es fachlicher Vorgaben, welche Qualifizierung bzw. Ausbildung für die in der Alltagsunterstützung Tätigen erforderlich sind. Schließlich sollte wissenschaftlich untersucht werden, inwieweit Verdrängungseffekte zwischen ehrenamtlicher Unterstützung und entgeltlicher Tätigkeit auftreten und ob hier in einem stark konkurrierenden Niedriglohnsektor ggf. die gesetzlichen Vorgaben des Mindestlohns unterlaufen werden. Je nach Ergebnis sind hier zukünftig bundeseinheitliche Vorgaben notwendig.

Die bisher zur Verfügung stehenden Betreuungs- und Entlastungsleistungen in Höhe von 104 bzw. 208 Euro sollen nun zukünftig in einem einheitlichen Entlastungsbetrag zusammengefasst werden. Auch dies ist eine logische Konsequenz aus dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff, die wir für richtig halten. Allerdings geht nach unserer Auffassung der Begriff des Entlastungsbetrags nicht weit genug. Bereits in unserer Stellungnahme zum PSG I haben wir dafür plädiert, alle Leistungen, die der Entlastung dienen, seien es Betreuung, Unterstützung im Alltag, Kurzzeitpflege, oder Verhinderungspflege in einem jährlich oder monatlich zur Verfügung stehendem Budget zusammen zu fassen. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen sind mit den komplexen Geld- und Zeitregelungen und den Verrechnungsmöglichkeiten zwischen Kurzzeit- und Verhinderungspflege häufig überfordert. Die zeitliche Beschränkung spielt in der Praxis überdies selten eine Rolle sondern der Geldbetrag ist der limitierende Faktor. An vielen anderen Stellen hat der Referentenentwurf Leistungen weiterentwickelt und Regelungen sinnvoll zusammengefasst. Wir wünschen uns, dass der Gesetzgeber nun auch an dieser Stelle mutig ist und auf die Kompetenzen und Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen vertraut, die für ihre Situation passenden Angebote auszuwählen.

Der Referentenentwurf stellt deutlicher als bisher klar, welche Angebote im Zuge der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen förderfähig sein können. Der langjährige Austausch des KDA mit verschiedenen Multiplikatoren im Themenfeld Demenz und auch aktuelle Evaluationen kommen zu dem Ergebnis, dass auf Landesebene installierte Fach- und Koordinierungsstellen einen entscheidenden Anteil an der Qualitätssicherung und Weiterentwicklung der (ehrenamtlichen) Versorgungsformen haben. In neun Bundesländern gibt es diese Stellen, etwa das Kompetenzzentrum Demenz in Schleswig-Holstein, die Informations- und Koordinierungsstelle der Landesinitiative Demenz-Service NRW, die Koordinierungs- und Clearingstelle für Niedrigschwellige Angebote in Sachsen-Anhalt oder die Trägerübergreifende Regie- und Koordinierungsstelle zum Aufbau von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten für Demenzkranke im Land Brandenburg. Ein Großteil von ihnen wurde bisher aus den Fördermitteln des § 45c finanziert. Die nun vorliegende Differenzierung der Fördermöglichkeiten schließt diesen wichtigen Beitrag zur Strukturentwicklung aus. Wir setzen uns dafür ein, dass

gesetzliche Formulierungen gefunden werden, die die erfolgreichen Initiativen in den Bundesländern langfristig stärken und deren Entstehung auch in weiteren Bundesländern möglich machen.

Entlastung pflegender Angehöriger

Pflegende Angehörige, insbesondere Frauen, tragen zu einem Großteil zur pflegerischen Versorgung bei. Angesichts des demografischen Wandels gilt es, diese wichtige gesellschaftliche Gruppe nachhaltig zu stärken. Der Referentenentwurf erkennt an, dass pflegende Angehörige sich auch in wechselnden Konstellationen um mehrere Pflegebedürftige kümmern. Unverständlich erscheint uns daher, warum pflegende Angehörige von Betroffenen des Pflegegrades 1 weder Anspruch auf Leistungen der Sozialen Sicherung noch der Unfallversicherung haben sollen (der Ausschluss von pflegenden Angehörigen von Pflegebedürftigen des Pflegegrades 4 bei der sozialen Sicherung ist vermutlich ein Versehen). Pflegende Angehörige sichern nachhaltig die ambulanten Versorgungssysteme und sollten daher umfassend unterstützt werden, auch am Beginn der Pflege.

Zur Unterstützung der pflegenden Angehörigen gehört auch ein eigenständiger Beratungsanspruch. Nach wie vor fokussieren die Auskunfts- und Beratungsvorgaben ausschließlich die Pflegebedürftigen. Pflegende Angehörige werden nur auf Wunsch der Pflegebedürftigen einbezogen. Dabei zeigen die langjährigen Erfahrungen des KDA sowohl aus der Evaluation der Tätigkeit von Pflegestützpunkten als auch im Rahmen der Landesstelle Pflegende Angehörige NRW, dass es zum einen in der Mehrzahl die pflegenden Angehörigen sind, die Beratungsstellen - für die Organisation der Versorgung der Pflegebedürftigen - nutzen. Zum anderen werden die spezifischen Beratungsbedarfe der Angehörigen, etwa zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf oder zur psychischen Entlastung, in den klassischen Beratungsangeboten kaum thematisiert. Wenn die Ressource der pflegenden Angehörigen für die Zukunft gesichert und ggf. sogar weiter ausgebaut werden soll, dann muss diese Zielgruppe auch verstärkt im Blick der Pflegeversicherung sein.

Beratung

Der Referentenentwurf fasst nun die Informations- und Beratungsangebote sinnvollerweise in den §§ 7 bis 7c zusammen und stellt mit neuen Begriffen die aktuelle Realität dar. Allerdings ergibt sich durch den Wechsel des Begriffes „Beratung“ zu „Auskunft“ eine Redundanz zu grundlegenden Regelungen des Sozialgesetzbuches. In § 15 SGB I ist bereits ein umfassender Anspruch auf Auskunft enthalten. Die genannten Anforderungen nach übersichtlichen Darstellungen der Angebote bedeuten daher eher eine Konkretisierung. Umso bedauerlicher ist es, dass selbst nach 20 Jahren Praxis der Pflegeversicherung die meisten Preisvergleichslisten im Internet unvollständig sind. Für Investitionskosten der stationären Angebote werden häufig entweder fiktive Durchschnittswerte benannt oder gar keine Werte angegeben. Auch die in einigen Bundesländern anfallenden Ausbildungsumlagen fehlen oft. Eine wirkliche Markttransparenz ist so für die ohnehin im Marktgeschehen strukturell benachteiligte Gruppe der Pflegebedürftigen (und deren Angehörige) nicht gegeben.

Die Evaluationserfahrungen des KDA und wissenschaftlicher Institute zeigen, dass der Erfolg von Beratungseinrichtungen maßgeblich an deren Neutralität und Kompetenz, einer daraus folgenden Akzeptanz sowie der Präsenz in der Öffentlichkeit abhängt. Fraglich ist, inwieweit hier die neu vorgesehene Pflegeberatungs-Richtlinie unter Regie der Pflegekassen und des MDS tatsächlich Fortschritte bringt. Die vorliegenden Evaluationsergebnisse der Pflegeberatung nach § 7a sowie der Pflegestützpunkte (bisher § 92c) geben deutliche Hinweise, worauf es bei einer Beratung, die sich an den Bedürfnissen der Betroffenen orientiert, ankommt. Diese gilt es als Maßstab zu setzen - und vor allem deren Einhaltung auch zu prüfen und Verstöße ggf. zu sanktionieren.