

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0204(36)
gel. VB zur öAnhörnung am 17.10.
2016_PSGIII
12.10.2016



Stellungnahme des Sozialverbands VdK Deutschland e. V.

zum Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III)

Sozialverband VdK Deutschland e.V.
Linienstraße 131
10115 Berlin

Telefon: 030 9210580-306
Telefax: 030 9210580-310
e-mail: christen@vdk.de

Berlin, den 11. Oktober 2016

1. Zu den Zielen des Referentenentwurfs und den Maßnahmen ihrer Umsetzung

Mit dem Dritten Pflegestärkungsgesetz soll jetzt die kommunale Ebene gestärkt werden, denn diese trägt im Rahmen ihrer Zuständigkeit maßgeblich zur Versorgung pflegebedürftiger Menschen bei. In den vergangenen Jahren hat sich mehr und mehr gezeigt, dass es Verbesserungspotenzial bei der Pflege vor Ort insbesondere in Bezug auf Koordination, Kooperation und Steuerung gibt. Kommunen stehen im Bereich der Pflege nur begrenzte Gestaltungsmöglichkeiten zur Verfügung.

Bereits im Koalitionsvertrag wurde daher die Einsetzung einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege beschlossen. Der Arbeitsauftrag der Bund-Länder-Arbeitsgruppe bestand darin, gemeinsam Empfehlungen zu erarbeiten. Schwerpunkt des Arbeitsauftrags war die Klärung, der Fragen,

- wie die kommunale Steuerungs- und Planungskompetenz für die regionale Pflegestruktur gestärkt werden kann,
- wie die Kommunen stärker in die Strukturen der Pflege verantwortlich eingebunden werden können und
- wie Sozialräume so entwickelt werden können, dass pflegebedürftige Menschen so lange wie möglich in ihrem gewohnten Umfeld verbleiben können.

Nur im engen Zusammenwirken von Bund, Ländern, Kommunen, Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen können die Versorgung pflegebedürftiger Menschen und die Unterstützung ihrer Angehörigen angemessen erfolgen. Gemeinsames Ziel ist es, so lange wie möglich den Verbleib in der vertrauten häuslichen und familiären Umgebung zu unterstützen und ein selbstbestimmtes Leben zu gewährleisten.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der Sozialverband VdK begrüßt grundsätzlich alle Maßnahmen, die dazu führen, dass die Rolle der Kommunen in der Pflege gestärkt wird. Die pflegerische Versorgung ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, der Ort der Versorgung sollte dabei immer der jeweilige Sozialraum sein. Der Wunsch pflege- und hilfebedürftiger Menschen ist es dabei auch, möglichst lange selbstbestimmt im vertrauten Umfeld zu leben. Gerade mit Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes durch das Pflegestärkungsgesetz II wird ein teilhabeorientiertes Verständnis von Pflege entwickelt. Hierfür benötigen pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen wohnortnahe Versorgungsstrukturen, die unter Berücksichtigung der regionalen und kommunalen Rahmenbedingungen gestaltet sein müssen. Schon von daher kommt den Kommunen eine ganz entscheidende Rolle in der Pflege zu. Allerdings gibt es heute zwischen den Regionen, Kreisen, Gemeinden und Quartieren erhebliche Unterschie-

de. Diese zeigen sich auch im Hinblick auf das Engagement der einzelnen Kommunen und prägen die Gestaltungs- und Handlungsspielräume derselben. Das hat auch direkte und indirekte Auswirkung auf die Lebenslagen und Lebensbedingungen der dort lebenden pflege- und hilfebedürftigen Menschen. Neben der Versorgung mit pflegerischen Dienstleistungen müssen hier auch das räumliche Umfeld, die örtliche Infrastruktur, die soziale Unterstützung, die Bildungsoptionen sowie die Wohnqualität in den Blick genommen werden. Vor diesem Hintergrund hätte sich der VdK von dem Referentenentwurf mehr Mut gewünscht. Letztlich wird nach unserer Einschätzung nur an kleineren Stellschrauben gedreht, die grundsätzlichen Schwierigkeiten bleiben bestehen.

Der VdK fordert in Bezug auf die Pflegeberatung mehr Eindeutigkeit in den Zielen und Absichten zur Pflegeberatung. Wir brauchen eine zentrale Anlaufstelle für die Pflegeberatung und keinen sogenannten „Bunten Teppich“ von verschiedenen Beratungsstellen. Diese Anlaufstelle kann nach unserer Auffassung nur der Pflegestützpunkt sein. Entsprechend lehnen wir eine Ausweitung der Beratungsgutscheinregelung im § 7b SGB XI ab. Sofern Pflegekassen darüber hinaus eigenständige Pflegeberatung anbieten, müssen für diese die gleichen inhaltlichen Vorgaben wie für Pflegestützpunkten gelten. In jedem Fall muss auch eine solche Beratung quartiersbezogen und wohnortnah sein. Damit wir überall die gleichen Pflegeberatungsstandards haben und die Zugänge für wirklich alle Bürger in jedem Ort in Deutschland gesichert werden können, sehen wir in Verbindung mit der Errichtung von Pflegestützpunkten noch weiteren gesetzlichen Handlungsbedarf. Insbesondere im § 7c müssen Aufgaben, Leistungen, Strukturen sowie die Finanzierung der beteiligten Träger klarer definiert werden, damit in den entsprechenden Verträgen zwischen Pflegekassen, Kommunen und Ländern Regelungen über Rechte und Pflichten der beteiligten Partner enthalten sein müssen. Auch die in den §§ 123 und 124 beschriebenen Modellversuche sind nicht ausreichend, um nach Beendigung der Modelle eine entsprechende Sogwirkung auf alle Kommunen entfalten zu können.

Aufgrund der weitgehenden Begriffsidentität zwischen dem Recht der Pflegeversicherung nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) und dem Recht der Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) sowie dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) ist sowohl die Sozialhilfe als auch die soziale Entschädigung nach dem BVG unmittelbar von der Entscheidung über einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein neues Begutachtungsinstrument betroffen. Dies umfasst sowohl die gesetzlichen Regelungen zu den Voraussetzungen von Pflegebedürftigkeit und dem neuen Begutachtungsverfahren NBA als auch die leistungsrechtliche Hinterlegung. Darüber hinaus enthält der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff Teilhabe-Elemente, die eine Abgrenzung der Leistungen der Hilfe zur Pflege zu den Leistungen der Eingliederungshilfe erfordern. Der Expertenbeirat hat in seinem Abschlussbericht darauf hingewiesen, dass sich an der Schnittstelle zu den Leistungen der Hilfe zur Pflege und der Eingliederungshilfe Verschiebungen der Leistungszuständigkeiten und deswegen Anpassungsbedarfe ergeben werden.

Mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff ist auch zukünftig keine Vollabsicherung des Pflegeisikos durch die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung beabsichtigt. Die Höhe der Versicherungsleistungen nach dem SGB XI ist auf gesetzlich festgesetzte Höchstbeträge begrenzt (Teilleistungssystem). Bei den Pflegebedürftigen kann daher auch nach Einführung

des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im SGB XI ein darüber hinausgehender Bedarf an Pflegeleistungen bestehen, der bei finanzieller Bedürftigkeit durch die Sozialhilfe im Rahmen der Hilfe zur Pflege gedeckt werden muss. Darüber hinaus werden die Kosten für Unterkunft und Verpflegung von der gesetzlichen Pflegeversicherung nicht übernommen, d. h. im Falle der finanziellen Bedürftigkeit der Pflegebedürftigen werden im Regelfall auch diesbezüglich die Kosten von den Trägern der Sozialhilfe zu tragen sein.

Die begrenzten Leistungen der sozialen Pflegeversicherung werden somit auch in Zukunft das ergänzende System der Hilfe zur Pflege erfordern, damit der pflegerische Bedarf von Pflegebedürftigen im Fall der finanziellen Bedürftigkeit umfassend sichergestellt ist. Sowohl rechtssystematisch als auch im Sinne der Pflegebedürftigen ist somit auch weiterhin eine (weitgehende) Identität der Pflegebedürftigkeitsbegriffe unabdingbar.

Der Sozialverband VdK hält die damit einhergehende Intention des Gesetzgebers, einen Gleichklang der Regelungen im Bereich des SGB XII mit den Regelungen des SGB XI herzustellen, für absolut richtig. Nicht nachvollziehen können wir an dieser Stelle allerdings, warum dieser Gleichklang an zahlreichen Stellen im SGB XII nicht bzw. nicht vollständig, umgesetzt wird. Wir fürchten diesbezüglich, dass sich aus den im Gesetzentwurf beschriebenen gesetzlichen Änderungen Nachteile für die Betroffenen ergeben könnten. Von daher fordern wir, dass die gesetzlichen Regelungen im Bereich der Hilfe zur Pflege den (Neu-)Regelungen des SGB XI entsprechen.

Beim Zusammentreffen von Leistungen der Pflegeversicherung und der Eingliederungshilfe sollte der Eingliederungshilfeträger nach den Regeln der Gesamtplanung unter Beteiligung der Pflegeversicherung den Umfang der Pflegeversicherungsleistung feststellen. Es sollte dann ermöglicht werden, dass der Träger der Eingliederungshilfe für die Deckung des Gesamtbedarfs zuständig bleibt und den Sachleistungsbetrag von der Pflegeversicherung erhält. Dann könnte ein Leistungserbringer, der eine Leistungs- und Vergütungsvereinbarung mit dem Eingliederungshilfeträger über die erforderlichen Leistungen hat, alle notwendigen Leistungen erbringen, ohne dass geklärt werden müsste, ob es sich bei einer notwendigen Unterstützungsmaßnahme um eine Leistung nach dem SGB IX Teil 2 oder SGB XI handelt und damit vom Träger der Eingliederungshilfe oder von der Pflegeversicherung zu erbringen ist. Darüber hinaus fordert der VdK, dass im Verhältnis von Eingliederungshilfe zur Hilfe zur Pflege die Eingliederungshilfe vorgeht.

2. Wesentlicher Inhalt des Gesetzentwurfs

2.1. Zu den Änderungen im Bereich Pflegeberatung

Kommunale Stellen erhalten zeitlich befristet bei finanzieller Beteiligung die Möglichkeit, Pflegestützpunkte zu initiieren, wenn die Länder dies vorsehen. Es werden verpflichtende Rahmenverträge zur Arbeit und Finanzierung der Pflegestützpunkte einerseits und zur Zuständigkeit für die Koordinierung der Arbeit und die Auskunftspflicht andererseits unter Einbeziehung der kommunalen Spitzenverbände verankert. Ferner wird eine Schiedsstelle für den Fall vorgesehen, dass Rahmenverträge nicht zustande kommen.

Das gesetzlich vorgegebene Aufgabenspektrum der Pflegestützpunkte wird um die Erbringung der Beratung nach § 7a SGB XI ergänzt. § 7c Absatz 2 SGB XI wird um "Einrichtungen in der Kommune", wie z.B. Seniorenbüros, Mehrgenerationenhäuser, Lokale Allianzen für Demenz, Freiwilligenagenturen ergänzt, denen eine Beteiligung an einem Pflegestützpunkt zu ermöglichen ist.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Wir benötigen in jeder Kommune ausreichend trägerunabhängige Beratungsstellen, die auch aufsuchende Beratung anbieten. Von daher begrüßen wir die Ergänzung in § 7c Absatz 2 um Einrichtungen in der Kommune ebenso wie die Erweiterung des Aufgabenspektrums der Pflegestützpunkte um die Beratung nach § 7a SGB XI. Gleichzeitig muss allerdings klar geregelt sein, wer „Träger“ und wer „Mitwirkender“ eines Pflegestützpunktes ist.

Die zwingenden Aufgabenbereiche der Pflegestützpunkte muss das Gesetz bestimmen. Danach haben die Pflegestützpunkte aber schon heute die Beratung, Versorgung und Betreuung der Versicherten zu leisten. Dazu zählt uneingeschränkt auch die Aufklärung nach § 7 SGB XI und die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI. Dies beinhaltet sowohl ein umfassendes Fallmanagement (Case Management) als auch ein Versorgungsmanagement (Care Management). Der VdK fordert diesbezüglich endlich auch die konsequente Umsetzung des Gesetzes. Nach Auffassung des Sozialverband VdK muss Pflegeberatung im Stützpunkt darüber hinaus mehr sein, als eine reine SGB XI-Beratung. Das gesamte Spektrum des Sozialgesetzbuches, aber auch darüber hinausgehende Fragestellungen müssen Grundlage der Beratung sein. Pflegeberatung muss sich zum Fallmanagement ausweiten. Pflegerisches Fallmanagement ist ein Prozess der interdisziplinären Zusammenarbeit über alle Sozialgesetzbücher und darüber hinaus. Hierbei werden die individuellen medizinischen und pflegerischen, physiologischen, psychologischen, sozialen und spirituellen Hilfe- und Unterstützungsbedarfe eines pflegebedürftigen Menschen vom pflegerischen Case Manager mit dem Pflegebedürftigen selbst und seinen Angehörigen eruiert und geplant. Case-Management bei multimorbiden und pflegebedürftigen Menschen setzt aber auch ein funktionierendes Care-Management voraus. Care Management (Versorgungsmanagement) zielt darauf ab, abgestimmte Versorgungsstrukturen zu implementieren, um insbesondere bei komplexen gesundheitlichen Problemen sektoren- und disziplinübergreifend Versorgungsabläufe zu rationalisieren. Damit soll die Kooperation zwischen den Akteuren der Gesundheits-, Sozial- und

Versicherungsinstitutionen, insbesondere bei komplexen gesundheitlichen Problemen, verbindlich und dauerhaft strukturiert werden. Dabei geht es um die Vermeidung von Unter-, Über-, und Fehlversorgung. Care Management hat die Optimierung der Versorgung im jeweiligen Bereich zum Ziel. Hierfür bedarf es nach Auffassung des VdK einiger Grundlagen:

- Die Größe des Einzugsbereichs eines Pflegestützpunktes ist so zu wählen, dass die Aufgabenwahrnehmung wohnortnah erfolgt und damit der Aufbau vernetzter Strukturen möglich wird.
- Eine Trennung von Pflege- und Sozialberatung widerspricht dem Charakter eines erfolgreichen Case- und Care Managements. Deswegen ist eine „Beratung aus einer Hand“ notwendig.
- „Beratung aus einer Hand“ begründet auch eine gleichberechtigte und gleichverantwortliche Aufgabenwahrnehmung durch Kranken/Pflegekassen, kommunalen Gebietskörperschaften und Ländern. Dies bezieht sich auch auf eine gemeinsame Kostenträgerschaft („Drittel-Finanzierung“).
- Der Aufbau mehrerer konkurrierender Pflegestützpunkte in einem Einzugsbereich ist kontraproduktiv und abzulehnen.
- Bei der Führung von Pflegestützpunkten sind eindeutige Organisations- und Verantwortungsstrukturen notwendig. Das muss bei einer gleichberechtigten und gleichverantwortlichen Aufgabenwahrnehmung durch Kranken- und Pflegekassen, Kommunen und Ländern klar geregelt werden.
- Pflegestützpunkte müssen finanziell abgesichert und unabhängig arbeiten können. Die Pflegeberatung muss kosten- und leistungsträgerneutral erfolgen.

Wir benötigen eine weitergehende Reform der Pflegeberatung als bisher. Wir fordern die konsequente und bedarfsgerechte Sicherstellung der Pflegeberatung „aus einer Hand“ als ein wesentliches Instrument zur Versorgungsoptimierung. Sie hilft den Betroffenen, die häusliche Pflegeversorgung zu sichern, sie entlastet und motiviert pflegende Angehörige und ermöglicht eine sachgerechte Versorgungssteuerung. Notwendig ist eine weiterführende gesetzliche Klarstellung der Aufgaben der Pflegestützpunkte im genannten Sinne. Der Sozialverband VdK hat diesbezüglich ein Konzept erarbeitet, das dieser Stellungnahme als Anhang beigefügt ist.

2.2. Zum Verhältnis Pflegeversicherung und Eingliederungshilfe

Im häuslichen Umfeld sollen die Leistungen der Pflegeversicherung nach dem SGB XI und der Hilfe nach dem SGB XII vorgehen, es sei denn bei der Erfüllung der Aufgaben der Eingliederungshilfe steht diese im Vordergrund. Außerhalb des häuslichen Umfelds gehen die Leistungen der Eingliederungshilfe vor.



Bewertung des Sozialverbands VdK

Die Abgrenzung von Leistungen der Eingliederungshilfe und den Leistungen zur Pflege danach vorzunehmen, ob sie innerhalb oder außerhalb des häuslichen Umfelds erbracht wird, scheint nicht sachgerecht. Dieselben Unterstützungsleistungen, die im häuslichen Umfeld Pflegeleistungen wären, wären beim, Besuch des Kindergartens oder am Arbeitsplatz Eingliederungshilfeleistungen. Abgrenzungsprobleme gäbe es dann bei der Frage, wann noch ein Bezug zum häuslichen Umfeld gegeben ist, wenn es z.B. um Einkäufe oder Spaziergänge geht. Folge dieses Nebeneinanders von Leistungen wäre, dass eine bisher praktizierte einheitliche Leistungserbringung durch einen hierfür qualifizierten Leistungserbringer in Zukunft in mehrere Bestandteile aufgesplittet würde, für die die Leistungsberechtigten dann unterschiedliche Leistungserbringer aus verschiedenen Leistungssystemen heranziehen müssten, was nach der Begründung des Gesetzentwurfs gerade vermieden werden soll. Im Einzelfall müssten also einheitliche Sachverhalte aufgesplittet werden, um den individuellen Bedarf nach Ziel und Zweck entweder der Pflegeversicherung oder der Eingliederungshilfe zuzuordnen.

Bei der Frage, welche Leistung zu erbringen ist, soll es des Weiteren darauf ankommen, ob die Leistungen der Eingliederungshilfe oder der Pflege im Vordergrund stehen. Wann die Aufgaben der Eingliederungshilfe oder mehr die Pflege im Vordergrund steht, ist gerade mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs noch deutlich schwerer als bisher zu entscheiden. Das Ziel des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes ist ja eben eine neue Teilhabeorientierung in der Pflege. Als Sozialverband VdK werden wir uns auch dafür einsetzen, dass dieser neue Pflegebegriff konkrete Auswirkungen im Leistungsgeschehen der Pflege hat und damit auch bei den Betroffenen die Möglichkeit entsteht, individuelle und passgenaue Pflegeangebote in der Häuslichkeit zu nutzen. Nur dann würde der bisherige Verrichtungsbezug der Pflege der Vergangenheit angehören. Diese absolut wünschenswerte Tatsache führt in der Folge aber zu Abgrenzungsproblemen. So stellt der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff in § 14 Abs. 2 Ziff. 6 auf die Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte sowie die Kontaktpflege zu Personen außerhalb des häuslichen Umfelds ab. Die Schwierigkeit der Abgrenzung wird auch deutlich, wenn konkret die definierten Lebensbereiche der Eingliederungshilfe bzw. die Module der Pflegebedürftigkeit betrachtet werden. Hier überschneiden sich mindestens die Bereiche Mobilität, Selbstversorgung, Kommunikation, Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte.

Zwar erlaubt das Regelungsmodell im vorliegenden Gesetzentwurf, dass Leistungen der Pflegeversicherung und der Eingliederungshilfe im Einzelfall nebeneinander erbracht werden können und sich damit ergänzen. Da das hierfür notwendige Verfahren im mindesten sehr aufwändig und sicherlich auch streitbefangen wäre, befürchtet der VdK, dass die Träger der Eingliederungshilfe grundsätzlich davon ausgehen werden, dass bei Menschen mit Behinderungen, die pflegebedürftig sind, das Ziel der pflegerischen Versorgung überwiegen werden. Für den behinderten Menschen ist diese Zuordnung von besonderer Brisanz. Zum einen ist bei der Hilfe zur Pflege die Kostenbeteiligung deutlich ungünstiger als bei der Eingliederungshilfe. Die betroffenen Menschen würden dann weiter im Fürsorgesystem bleiben. Zum anderen würden diese Menschen dann im häuslichen Umfeld von den weitergehenden Teilhabeleistungen der Eingliederungshilfe ausgeschlossen.

Der VdK fordert daher, dass im Verhältnis von Eingliederungshilfe zur Hilfe zur Pflege die Eingliederungshilfe vorgeht.

Beim Zusammentreffen von Leistungen der Pflegeversicherung und der Eingliederungshilfe sollte der Eingliederungshilfeträger nach den Regeln der Gesamtplanung unter Beteiligung der Pflegeversicherung den Umfang der Pflegeversicherungsleistung feststellen. Es sollte dann ermöglicht werden, dass der Träger der Eingliederungshilfe für die Deckung des Gesamtbedarfs zuständig bleibt und den Sachleistungsbetrag von der Pflegeversicherung erhält. Dann könnte ein Leistungserbringer, der eine Leistungs- und Vergütungsvereinbarung mit dem Eingliederungshilfeträger über die erforderlichen Leistungen hat, alle notwendigen Leistungen erbringen, ohne dass geklärt werden müsste, ob es sich bei einer notwendigen Unterstützungsmaßnahme um eine Leistung nach dem SGB IX Teil 2 oder SGB XII handelt und damit vom Träger der Eingliederungshilfe oder von der Pflegeversicherung zu erbringen ist.

Grundsätzlich befürchtet der Sozialverband VdK an dieser Stelle, dass gerade behinderte Menschen, die im häuslichen Umfeld leben, zukünftig benachteiligt werden. Zwar versucht der Gesetzgeber mit der neu aufgenommenen Besitzstandsschutzregelung für pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen in häuslicher Pflege in § 145 SGB XI diese Benachteiligung auszugleichen, doch gelingt das nach unserer Einschätzung nur bedingt. Zum einen ist die Regelung eben eine reine Besitzstandsschutzregelung und lässt damit zukünftig pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen, die in der eigenen Häuslichkeit leben wollen, außen vor und zum zweiten wird durch die Ausweitung der Regelungen der §§ 43a sowie 71 SGB XI auf eine Vielzahl von ambulant betreuten Wohngemeinschaften diese Möglichkeit für pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen stark eingeschränkt. Die Möglichkeiten, ambulant betreut zu leben, werden sich nach unserer Ansicht gerade für Menschen mit hohen Unterstützungsbedarfen dadurch erheblich verschlechtern. Dies steht aber im Widerspruch zu dem Grundsatz "ambulant vor stationär" und den Zielen des Gesetzgebers. Statt einer Einschränkung des ambulanten Grundsatzes fordert der VdK vielmehr eine Ausweitung ambulanter Wohn- und Betreuungsmöglichkeiten für pflegebedürftige, behinderte Menschen.

2.3. Zum Qualitätsausschuss

Die Beteiligungsrechte der auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen (Betroffenenorganisationen) bei den Beschlüssen und Vereinbarungen der Vertragsparteien nach § 113, die durch den Qualitätsausschuss nach § 113b erlassen bzw. getroffen werden, werden weiter gestärkt. Die Betroffenenorganisationen erhalten ein Antragsrecht, das über das bislang vorgesehene Mitberatungs- und Anwesenheitsrecht bei den Sitzungen des Qualitätsausschusses und der von ihm eingesetzten Gremien hinausgeht. Zur Sicherstellung der Mitwirkung der Betroffenenorganisationen bei allen Sitzungen des Qualitätsausschusses und der von ihm eingesetzten Arbeitsgruppen oder anderen Gremien sollen die Betroffenenorganisationen auch ehrenamtlich Tätige in die entsprechenden Gremien entsenden können. Diese ehrenamtlich Tätigen erhalten einen Anspruch auf Erstattung der ihnen in diesem Zusammenhang entstehenden Reisekosten.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK begrüßt diese Änderungen sehr. Schon in unserer Stellungnahme zum Pflegestärkungsgesetz II haben wir stark kritisiert, dass die maßgeblichen Organisationen nach § 118

SGB XI im Qualitätsausschuss nach § 113b SGB XI keine weitergehenden Beteiligungsmöglichkeiten erhalten sollen. Das nun zugestandene Antragsrecht ist tatsächlich eine Stärkung der Beteiligungsrechte der auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen. Allerdings kann dieses Antragsrecht nur der erste Schritt zu einer stärkeren Beteiligung sein. Vor dem Hintergrund des Teilkaskoprinzips in der Pflegeversicherung sind es vermehrt die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen selbst, die einen erheblichen zeitlichen wie finanziellen Aufwand tragen. Deswegen ist eine entsprechende Beteiligung – auch vor dem Hintergrund der öffentlichen Diskussionen um dieses sensible Thema – so bedeutsam. Der Sozialverband VdK fordert den Gesetzgeber diesbezüglich nachdrücklich auf, den Betroffenenverbänden auch im SGB XI mindestens gleiche Beteiligungsmöglichkeiten wie im SGB V zu ermöglichen. Hierzu gehört auch eine Regelung analog zur Stabsstelle Patientenbeteiligung im SGB V.

Eine ähnliche Bewertung müssen wir hinsichtlich des neu geschaffenen Anspruchs auf Reisekostenerstattung für von den Betroffenenorganisationen entsendeten ehrenamtlich Tätigen im Qualitätsausschuss aussprechen. Auch diese Neuregelung begrüßen wir sehr. Aber auch hier müssen wir anmerken, dass diese Regelung nur der erste Schritt sein kann. Um eine nachhaltige Betroffenenbeteiligung zu gewährleisten, fordert der VdK diesbezüglich eine absolute Angleichung der Erstattungsmöglichkeiten bei der Beteiligung der Betroffenenorganisationen des Elften Buches an die Erstattungsmöglichkeiten der Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten (Patientenvertretung) des Fünften Buches.

Wir begrüßen an dieser Stelle aber ausdrücklich den neu in das Gesetz aufgenommenen Auftrag an den Qualitätsausschuss, ein Konzept für eine Qualitätssicherung in neuen Wohnformen zu entwickeln und zu erproben, insbesondere Instrumente zur internen und externen Qualitätssicherung sowie für eine angemessene Qualitätsberichterstattung zu entwickeln und ihre Eignung zu erproben.

2.4. Zu den Modellvorhaben der §§ 123 und 124

In insgesamt 60 Modellvorhaben sollen die Kommunen eine Beratung zur Pflege, Hilfe zur Pflege, Eingliederungshilfe und Altenhilfe aus einer Hand testen. So sollen die kommunalen Beratungsangebote für die Pflege, die Sozialhilfe und für die Hilfen nach dem Bundesversorgungsgesetz verzahnt werden. Die Modellvorhaben sollen nach dem Königsteiner Schlüssel unter den Ländern verteilt werden.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Die Ziele der Modellvorhaben können vom Sozialverband VdK unterstützt werden. Trotzdem haben wir einige kritische Anmerkungen zur Umsetzung der Modellvorhaben. Schon die geringe Anzahl von 60 Modellvorhaben, verteilt auf alle Länder nach dem Königsteiner Schlüssel halten wir für nicht ausreichend. Im konkreten Fall würde das bspw. bedeuten, dass es in Mecklenburg-Vorpommern ein oder in Schleswig-Holstein zwei Modellvorhaben geben würde. Allein diese geringe Anzahl relativiert schon jetzt die Ergebnisse der Modellvorhaben. Ziel muss es aber sein, dass in jeder Kommune eine Beratung „aus einer Hand“ erfolgt. Entsprechend hilfreich wären positive Ergebnisse mit einer Signalwirkung auf alle Kommunen.

Auch die Auswahl der Modellkommunen wirft doch einige Fragen auf. Die Hälfte der Modellvorhaben soll von solchen Kreisen und kreisfreien Städten durchgeführt werden, in denen noch keine mehrjährigen Erfahrungen in der strukturierten Zusammenarbeit mit Beratungsstellen nach dem SGB XII vorliegen. Auch wenn wir die Intention des Gesetzgebers hier verstehen können, sowohl Erkenntnisse bei der Entstehung neuer Beratungsstrukturen als auch bei der Verbesserung bereits bestehende Beratungsstrukturen zu erhalten, verringert das nochmals die Anzahl und damit auch die Aussagekraft der einzelnen Modellvorhaben. Nach Auffassung des VdK wäre es hier sinnvoller, alle Mittel in eine Zielrichtung zu investieren.

Die Empfehlungen über die Durchführung der Modellvorhaben sollen vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen erarbeitet werden. Der VdK befürchtet an dieser Stelle, dass die unterschiedlichen Interessenlagen von Pflegekassen und Kommunen zu Regelungen führen, die wenig Erkenntnisgewinn ermöglichen wird. Unsystematisch erscheint uns in diesem Zusammenhang auch die Beteiligung in Form einer Anhörung der Verbände der Behinderten und Pflegebedürftigen auf Bundesebene. Hier schlagen wir vor, für die Beteiligung auf die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen zu verweisen.

Ebenso unklar bleibt die in § 123 Abs. 6 beschriebene Verantwortungsübernahme der Modellvorhaben. Sind damit derzeit bestehende vertragliche Regelungen außer Kraft gesetzt oder müssen die Modellkommunen bspw. mit den Vertragspartnern der Pflegekassen zur Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 SGB XI oder zu den Pflegekursen nach § 45 SGB XI eigene (neue) vertragliche Grundlagen schaffen?

Schließlich fordern wir bzgl. der Einsetzung eines Beirates zur Begleitung der Modellkommunen die Beteiligung der auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen.

2.5. Zu den Neuregelungen im Bereich der Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen/Prüfausweitungen auf die Häusliche Krankenpflege

Als zusätzliche Überprüfungsöglichkeit gegen fehlerhaftes Abrechnungsverhalten von zugelassenen Pflegeleistungsanbietern wird die Vorschrift zur Wirtschaftlichkeitsprüfung in § 79 um Abrechnungsprüfungen erweitert, um den Schutzinteressen der Pflegebedürftigen und der Solidargemeinschaft der Versicherten verstärkt und gezielter Rechnung zu tragen. Damit ergänzt die Regelung die mit dem PSG II eingeführte Verpflichtung zur Abrechnungsprüfung bei allen Regelprüfungen der Qualität nach § 114 und konzentriert sich dabei auf sämtliche Leistungen der Pflegeversicherung, die nach dem Sachleistungsprinzip erbracht und abgerechnet werden und die im Wege der Erstattung zu Lasten der Pflegeversicherung geltend gemacht worden sind.

Darüber hinaus werden mit der neuen Vorschrift des § 275b die Prüfaufgaben des MDK im Bereich der Leistungen der HKP erweitert und systematisch so ausgestaltet, dass sie den Prüfvorgaben für die Qualitätsprüfungen im Auftrag der Pflegekassen nach den §§ 114 und 114a SGB XI entsprechen. Dem MDK wird deshalb die Aufgabe zugewiesen, im Auftrag der Landesverbände der Krankenkassen oder einzelner Krankenkassen Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen bei Pflegediensten durchzuführen, die Leistungen der HKP nach § 37 für

die Krankenkassen erbringen und abrechnen. Die Prüfung der Qualität und der Abrechnung der Leistungen eines Pflegedienstes erfolgt dabei im Rahmen einer zeitlich zusammenhängenden Prüfung.

Bewertung des Sozialverbands VdK

In den letzten Monaten sind vermehrt Fälle von Abrechnungsbetrug im Bereich der häuslichen Pflege bekannt worden. Dabei wurden unterschiedliche Sachverhalte zusammengefasst. Besonders häufig wurden Fälle publik, bei denen tatsächlich gar nicht oder nur teilweise erbrachte Leistungen vom Pflegedienst abgerechnet wurden. Oftmals geht es hier um so genannte Luftleistungen, das heißt eine bestimmte Pflegeleistung wurde dokumentiert und abgerechnet, jedoch gar nicht oder nur teilweise erbracht. Häufiger sind auch Verdachtsfälle, bei denen der Pflegebedürftige nicht durch Pflegekräfte des Pflegedienstes, sondern durch eigene Angehörige gepflegt und betreut wird. Weitere Fälle von Abrechnungsbetrug bezogen sich auf eine Leistungserbringung durch nicht vertragsgemäß qualifiziertes Pflegepersonal. Die formalen Anforderungen an die fachliche Qualifikation, die zur Erbringung von behandlungspflegerischen Leistungen nach dem SGB V berechtigen, werden zwischen den Leistungserbringern und den Kostenträgern vertraglich fixiert. Aufgrund der unübersichtlichen und komplizierten Vertragslage sind Unklarheiten bezüglich der Leistungserbringung vorprogrammiert und sind häufig genug Anlass für strafrechtliche Ermittlungen.

Der Gesetzentwurf gibt den Kranken- und Pflegekassen die Möglichkeit mittels der Ausweitung von Qualitätsprüfungen des SGB XI auf den Bereich der Häuslichen Krankenpflege nach SGB V die Abrechnungen und die Leistungsnachweise ambulanter Pflegedienste besser und nachhaltiger zu kontrollieren. Der Sozialverband VdK unterstützt dieses Anliegen vollumfänglich. Wir können uns den Ausführungen der Gesundheitsministerkonferenz anschließen: *„Kriminelle Machenschaften einzelner Betrüger dürfen nicht die ganze Pflegebranche in Verruf bringen. Sie müssen konsequent bekämpft werden, um Pflegebedürftige, ihre Angehörigen und das Sozialsystem insgesamt vor Missbrauch zu schützen.“* Neben den im Gesetzentwurf enthaltenen Regelungen, sind nach Einschätzung des VdK weitere Maßnahmen notwendig. Nach unserer Einschätzung benötigen wir z. B. die Einrichtung von lokalen und regionalen „Runden Tischen“, an denen alle Betroffenen und Beteiligten (Pflegekassen, MDK, Sozialämter, Staatsanwaltschaft, Heimaufsicht, Angehörigenvertreter, Einrichtungen) Informationen austauschen und gemeinsame Ziele ins Auge fassen. Im Zusammenspiel von Krankenversicherung, Pflegeversicherung, Sozialhilfe und den Menschen mit Pflegebedarf, beziehungsweise ihren Angehörigen oder gesetzlichen Vertretern muss ein sachgerechter Informationsaustausch sicherstellen, dass Bürokratie vermieden wird und dass die Menschen mit Pflegebedarf und ihre Angehörigen bei anstehenden Entscheidungen nicht nur informiert, sondern an allen sie betreffenden Entscheidungen beteiligt werden. Gleichfalls halten wir es für sachgerecht, die entsprechenden Verträge zwischen Krankenkassen und Pflegediensten, die bspw. im Bereich der Intensivpflege geschlossen werden, transparent zu machen. Dringend geboten ist darüber hinaus der gesetzliche Schutz von Hinweisgeberinnen, um diejenigen, die Verstöße gegen ethisch-moralische Grundsätze im Pflegebereich anzeigen, vor arbeitsrechtlichen Konsequenzen zu schützen.

2.6. Zu den Neuregelungen im Zwölften Sozialgesetzbuch

Zusätzlich regelt der vorliegende Gesetzentwurf die zeitgleiche Einführung des Neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sowohl in die Hilfe zur Pflege nach dem Siebten Kapitel des SGB XII als auch in die Hilfe zur Pflege nach dem Bundesversorgungsgesetz zum 1. Januar 2017. Die Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII und dem Bundesversorgungsgesetz soll in ihrer Funktion als ergänzende Leistung erhalten bleiben und ebenfalls den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff übernehmen. Zur Wahrung der weitgehenden Identität der Pflegebedürftigkeitsbegriffe von SGB XI, SGB XII und dem Bundesversorgungsgesetz wird entsprechend dem SGB XI der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff auch für die Hilfe zur Pflege eingeführt. Betreuungsleistungen, die bisher nicht vom geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriff erfasst und durch die Pflegeversicherung zusätzlich gemäß §§ 45b, 87b und 124 SGB XI erbracht werden, werden Bestandteil des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und als neue Leistung im Rahmen der Hilfe zur Pflege auch durch die Träger der Sozialhilfe sowie die Träger der Kriegsopferfürsorge erbracht.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Grundsätzlich begrüßt der VdK den Versuch des Gesetzgebers, die durch das Pflegestärkungsgesetz II beschlossenen Regelungen im Zusammenhang mit der Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes auch in den Regelungen der Hilfe zur Pflege sowie des Bundesversorgungsgesetzes nachzuvollziehen. Allerdings weicht der Gesetzentwurf dabei an einigen Stellen im SGB XII – für uns nicht nachvollziehbar – von den Regelungen des SGB XI ab. Diesbezüglich fordert der VdK einen Gleichklang der entsprechenden Regelungen.

Im vorliegenden Entwurf werden die Regelungen des § 14 Abs. 1 Satz 1 und 2 und Abs. 2 SGB XI inhaltsgleich, aber nicht wortgleich, übernommen, § 14 Abs. 3 SGB XI fehlt jedoch. Eine Begründung dazu fehlt. Wenn der Pflegebedürftigkeitsbegriff im SGB XI und SGB XII identisch sein soll (und das muss so sein), muss auch die Regelung des § 14 Abs. 3 SGB XI in das SGB XII übernommen werden. Hier sollte, um die Identität der Begriffe soweit wie möglich sicher zu stellen, zur Definition auf § 14 Abs. 1 Satz 1 und 2, Abs. 2 und Abs. 3 SGB XI verwiesen werden.

In § 61b Abs. 2 SGB XII wurde § 15 Abs. 4 Satz 1 SGB XI nur zum Teil übernommen. Es fehlt, dass die Zuordnung zum Pflegegrad 5 „aus pflegefachlichen Gründen“ erfolgen muss. Es fehlt eine Begründung, so dass nicht klar ist, ob diese textliche Abweichung eine inhaltliche Abweichung bedeutet. Auch hier ist nach Auffassung des VdK die beste Lösung ein Verweis auf die Regelungen des § 15 SGB XI. Um die Einheitlichkeit der Pflegegrade im SGB XI und im SGB XII sicher zu stellen, sollte der identische Text aus dem SGB XI in die §§ 61b und 61c SGB XII übernommen werden.

§ 137 enthält eine Überleitungsregelung für Pflegebedürftige, deren Pflegebedürftigkeit nach den Vorschriften des Siebten Kapitels in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung festgestellt worden ist und bei denen spätestens am 31. Dezember 2016 die Voraussetzungen auf Leistungen nach den Vorschriften des Siebten Kapitels vorliegen. Diese Überleitungsregelung ist allerdings an einigen Stellen fehlerhaft. So fehlt vollständig eine Regelung für die Überleitung in den Pflegegrad 5. Andererseits soll nach dem Gesetzentwurf die Überleitung in die Pflegegrade nach § 140 SGB XI bindend sein. Ebenso fehlt vollständig die dort

beschriebene Überleitung von pflegebedürftigen Personen, die zusätzlich eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45 SGB XI haben (der sog. „doppelte Stufensprung“). Sollte damit geplant sein, dass Pflegebedürftige mit einer eingeschränkten Alltagskompetenz gem. § 45 SGB XI im SGB XII nur einen einfachen Stufensprung erfahren, lehnt der Sozialverband VdK diese Ungleichbehandlung entschieden ab. Auch hier muss ein vollständiger Gleichklang der Regelungen aus dem SGB XI erzielt werden. Im Übrigen fehlen entsprechende Regelungen analog zu § 140 Abs. 3 und 4 SGB XI. Abschließend fehlen gänzlich Regelungen zu Leistungen von pflegebedürftigen Menschen im Pflegegrad I durch Leistungen aus dem SGB XII. Auch hier fordern wir eine entsprechende Ergänzung im SGB XII. Gleichfalls fehlen gänzlich Regelungen zur Überleitung pflegebedürftiger Menschen ohne eingeschränkter Alltagskompetenz – speziell im stationären Bereich - der heutigen Pflegestufe 0. Gerade Leistungsberechtigten der Pflegestufe 0, die sich schon länger in einer stationären Einrichtung befinden, und bei denen unklar ist, ob und in welchen Pflegegrad eine Einordnung erfolgt, kann nicht zugemutet werden, von einem Tag auf den anderen die Einrichtung zu verlassen. Von daher fordert der VdK auch für diese Personen einen umfänglichen Besitzstandsschutz. Dieser Bestandsschutz muss gewährleisten, dass den Leistungsberechtigten ab Januar 2017 – ggf. zusammen mit den Leistungen der Pflegeversicherung - insgesamt mindestens der Betrag zur Verfügung steht, der auch im Dezember 2016 zur Verfügung stand.

Hinsichtlich der in § 63 b SGB XII behandelten Leistungskonkurrenz von Leistungen der Pflegeversicherung mit Leistungen der Eingliederungshilfe bzw. der Hilfe zur Pflege verweisen wir auf unsere Ausführungen zum Verhältnis Pflegeversicherung und Eingliederungshilfe. Die Einführung von Altersgrenzen lehnen wir als altersdiskriminierend strikt ab. Entsprechend lehnt der VdK auch den Vorschlag des Bundesrates, die Schnittstelle zwischen der Hilfe zur Pflege und der Eingliederungshilfe anhand einer Altersgrenze zu regeln, entschieden ab. Nach unserer Einschätzung beruhen die Überlegungen der Bundesländer nur auf fiskalischen Gesichtspunkten, sind fachlich nicht haltbar und nach VdK-Sicht auch juristisch nicht verfassungskonform. Menschen mit Behinderungen müssen unabhängig vom Erreichen des Renteneintrittsalters uneingeschränkt ihre Ansprüche auf Eingliederungshilfe geltend machen können.

Im Gesetzentwurf wird in der Begründung zu § 61 SGB XII richtig formuliert, dass die begrenzten Leistungen der sozialen Pflegeversicherung auch in Zukunft das ergänzende System der Hilfe zur Pflege einfordern, damit der pflegerische Bedarf von Pflegebedürftigen im Fall der finanziellen Bedürftigkeit umfassend sichergestellt ist. Um dies auch in der Praxis zu gewährleisten, ist nach Auffassung des VdK eine grundlegende Änderung im Siebten Kapitel des SGB XII notwendig: Um das Verhältnis zwischen Eltern und Kindern nicht zu belasten, spricht sich der VdK dafür aus – auch bei Inanspruchnahme von Pflegeleistungen - die Unterhaltsansprüche gegenüber Kindern und Eltern unberücksichtigt zu lassen, sofern deren jährliches zu versteuerndes Gesamteinkommen unter einem Betrag von 100.000 Euro liegt. Das Sozialamt kann im Regelfall davon ausgehen, dass das Einkommen der Eltern bzw. Kinder die genannte Grenze nicht übersteigt. Die Hemmschwelle vor allem vieler älterer Menschen vor einem Antrag auf Sozialhilfe muss durch den weitgehenden Verzicht auf den Rückgriff gegenüber unterhaltsverpflichteten Eltern und Kindern gesenkt werden. Nur so kann der wesentlichen Zielsetzung des Gesetzgebers, der sog. versteckten Altersarmut entgegenzuwirken, entsprochen werden.

Anhang: Konzeptionelle Überlegungen zur Stärkung der Pflegeberatung in Deutschland

Mit dem Pflegestärkungsgesetz III erhält die kommunale Ebene ein eigenes Initiativ-Recht zur Errichtung von Pflegestützpunkten mit integrierter Pflegeberatung. In 60 „Modellkommunen“ sollen Pflegestützpunkte errichtet, betrieben und fachlich begleitet sowie wissenschaftlich evaluiert werden. Diese neuen Möglichkeiten sind überall dort hilfreich, wo bisher weder Länder, Kranken- und Pflegekassen noch die kommunale Ebene sich sachgerecht um die Realisierung der seit 2008 bestehenden rechtlichen Vorgaben zu Errichtung und zum Betrieb von Pflegestützpunkten (§§ 7a, 12, 92 c SGB XI und § 4, Abs. 1 SGB XII) kümmerten bzw. in „Scheinselösungen“ ihr Heil suchten. Dies ist gut so und könnte der „sozialen Innovation Pflegeberatung und Pflegestützpunkte“, als wichtiges Instrument zur Bewältigung zentraler Herausforderungen des demographischen und sozialen Wandels, einen neuen Impuls geben. Bis diese kommunalen Modelle wirken und aussagefähige Ergebnisse liefern, kann das dritte Jahrzehnt dieses Jahrtausends bereits angebrochen sein.

Deshalb gebietet sich dringend ein Blick auf die „Regel“, d. h. auf die bereits bestehenden rechtlichen Vorgaben in den §§ 7 ff. des SGB XI zum Rechtsanspruch eines jeden Versicherten auf Pflegeberatung und dessen Realisierung in Regel-Pflegestützpunkten. In mehr als der Hälfte aller Bundesländer gibt es bereits mehr oder weniger konsequente Umsetzungen der früheren §§ 7 a, 92 c (jetzt in den §§ 7 ff. PSG II zusammengefasst) sowie des § 12 SGB XI in Verbindung mit dem § 4, Abs. 1 SGB XII.

Auf Grund indifferenter, teilweise widersprüchlicher und auch inkonsequenter gesetzlicher Vorgaben, aber auch wegen falsch verstandenem Wettbewerb, egoistischen Begehrlichkeiten und der Überschätzung bestehender Strukturen sind nicht überall wirkungsvolle Pflegeberatungs- und Pflegestützpunktstrukturen entstanden. Vielerorts sind diese verbesserungsbedürftig, aber auch weiterentwicklungsfähig. Für die Länder und Regionen, die die rechtlichen „Unzulänglichkeiten“ nicht durch regionale Übereinstimmung der handelnden Akteure und vertraglichen Regelungen zwischen den geforderten Institutionen überwandten, werden jetzt gesetzgeberische Präzisierungen gebraucht, damit die „neuen Modelle“ nicht von den verbesserungsfähigen Regeleinrichtungen ablenken und deren Weiterentwicklung auf den „St. Nimmerleinstag“ hinausschieben.

Der Sozialverband VdK hat diesbezüglich folgende Änderungsvorschläge: Es ist wichtig, dass manche „missverständlichen Regelungen“, die bisher jeder Interessenvertreter für sich passend auslegte, im PSG III präzisiert wurden. Dies gilt insbesondere für die jetzt in den §§ 7 bis 7 c SGB XI neu zusammengefassten Regeln der früheren §§ 7 a und 92 c SGB XI. Dies erleichtert das Verständnis, dass Pflegeberatung und Pflegestützpunkte im Zusammenhang zu sehen sind. Dazu dient jetzt auch die Klarstellung in Satz 10 des § 7 a, Abs. 1. Die im PSG III vorgesehene Konkretisierung, dass Pflegeberatung stets im Pflegestützpunkt vorgehalten werden muss, verstärkt diese Zielrichtung. Dennoch sind weitere Präzisierungen nötig.

In § 7, Abs. 2, Satz 4 PSG II ist zwar klargestellt, dass die „zuständige Pflegekasse den Pflegebedürftigen.... über seinen Anspruch auf unentgeltliche Pflegeberatung nach § 7a und den

nächstgelegenen Pflegestützpunkt nach 7 c informiert“. Diese Formulierung sollte dann auch im § 7a, Abs. 1, Satz 1, zweiter Halbsatz so stehen. Alles andere provoziert „Fehlinterpretationen“ des Gesetzesauftrags.

Weitere „Pflegerberatungsinstitutionen“ sind entbehrlich. So sollten in § 7 b, Abs. 1, Ziffer 2 die Hinweise auf Beratungsgutscheine und auf andere Beratungsstellen, wie z. B. in § 7 a, Abs. 1, Satz 1, letzter Halbsatz, gestrichen werden. Auch dies führt lediglich zu „Fluchtmöglichkeiten“ für diejenigen, die nichts tun wollen bzw. Scheinlösungen favorisieren.

Damit wir überall die gleichen Pflegerberatungsstandards haben und die Zugänge zu wirklich professioneller Pflegerberatung für alle Bürger in jedem Ort in Deutschland auch „zugehend“ gesichert werden kann, muss klargestellt werden, „... dass die Pflegekassen die Pflegerberatung soweit sie diese nicht selbst wohnortnah und nach den Vorgaben dieses Gesetzes durch persönlich bestellte und entsprechend qualifizierte Pflegerberater erbringen, im Pflegestützpunkt sicherzustellen haben.“ Eine Übertragung der Pflegerberatung auf Dritte, mit Ausnahme der gemeinsam getragenen Pflegestützpunkte, sollte nicht weiter möglich sein.

Da die Pflegerberatung nicht nur „Hilfe im Einzelfall“ gewähren, sondern mittels Pflegestützpunkte und der dort verantwortlichen Träger auch „systemgestaltend“ in der jeweiligen Versorgungsregion wirken soll, sollte in § 7 c, Abs. 2, Ziffer 2 ff. nochmals präzisiert werden, dass neben dem Rechtsanspruch auf individuelle Pflegerberatung auch die Pflicht der Pflegekassen und der Sozialhilfeträger auf regionale versorgungsoptimierende Organisation und Koordination der Leistungsanbieter besteht (siehe § 12, Abs. 1 SGB XI und § 4, Abs. 1 SGB XII).

Wichtig ist auch, eine gesetzliche Präzisierung der Begriffe „Träger“ und „Kostenträger“ der Pflegestützpunkte. Aus den Erfahrungen der nach bundesgesetzlichen Vorgaben errichteten und betriebenen Pflegestützpunkte ergibt sich eindeutig: Pflegerberatung ist immer mehr als SGB XI bzw. SGB V Beratung. Das gesamte Sozialgesetzbuch ist im Beratungs- und Hilfealltag der Pflegerberater relevant. Auch weitere Rechtsgrundlagen sind von großer Bedeutung, wie z. B. das Betreuungsrecht, das Vertragsrecht, die Wohnungsbauförderung usw. Immer größere Bedeutung gewinnen auch das Behinderten-, Eingliederungs- und Teilhaberecht. Demnach ist es inkonsequent und fehlgeleitet, wenn nur die Pflege- und die Krankenkassen die Finanzierung der Pflegerberatung sicherzustellen haben. Die örtlichen und überörtlichen Träger der Sozial- und Eingliederungshilfe, d. h. die Landkreise, die Landeswohlfahrtsverbände bzw. die Länder (insbesondere bezüglich Hilfe zur Pflege, der Hilfe zur Weiterführung des Haushaltes, der Kranken- und der Eingliederungshilfe usw.) sind gleichermaßen gefordert

Um Doppelstrukturen zu vermeiden, eine gerechte und sachgemäße Lasten- und Verantwortungsteilung zu sichern und um eine bedarfsgerechte Beratung und Begleitung pflegebedürftiger, langzeitkranker und behinderter Menschen zu gewährleisten, ist eine gemeinschaftliche und anteilige Finanzierung der Pflegestützpunkte inklusiv der dortigen Pflegerberatung deshalb gesetzlich vorzugeben. Details sollten in Landesrahmen- bzw. Stützpunktverträgen geregelt werden. Dementsprechend wären die §§ 7 a, Abs. 3, Satz 2 und 7 a, Abs. 4 wie folgt zu ändern:

- „Die Pflegekassen bzw. die gemeinsamen Träger der Pflegestützpunkte setzen für die persönliche Beratung..... ein.“ (Satz 3)

- „Die Pflegekassen bzw. die gemeinsamen Träger der Pflegestützpunkte im Land haben Pflegeberaterinnen und Berater....“ (Satz 4)
- Eine gemeinsame und anteilige Kostenträgerschaft aller Träger eines Pflegestützpunktes ist vertraglich auf Landesebene zu regeln. So sieht es bereits der § 7 c, Abs. 4, Satz 2 vor.

Im o. g. Sinne müssten diese Vorschriften ggf. so gefasst werden, dass auch weitere Finanzierungsträger wie z. B. die Länder bzw. Landeswohlfahrtsverbände mit hinzu kommen können. An geeigneter Stelle ist im Pflegestärkungsgesetz III demnach auch zu klären, wer Träger und wer Mitwirkender bei einem Pflegestützpunkt sein kann. Der VdK macht hierzu den nachfolgenden Vorschlag:

„Träger sind die Kranken- und Pflegekassen, die kommunalen Gebietskörperschaften (als örtliche) und die Länder/Landeswohlfahrtsverbände (als überörtliche Träger der Sozialhilfe)“.

Alle anderen im Gesetz (siehe § 7 c, Abs. 2, Satz 6, Ziffer 2 ff. SGB XI) aufgezeigten Institutionen wären als Mitwirkende, ggf. auch mit vertraglicher Bindung, zu definieren. Sie wären aber nicht Kostenträger und hätten auch nicht die Pflicht, Personal zu entsenden bzw. sich an dessen laufender Finanzierung zu beteiligen.

Ebenso müsste klargestellt werden, wer die verantwortliche Federführung (und damit auch Personalführungsverantwortung) in einem Pflegestützpunkt hat. Weil Pflegestützpunkte in ihren jeweiligen Einzugsbereichen Schlüsselstellungen bei der Organisation und Koordination der medizinischen, pflegerischen und sozialen Versorgung hilfebedürftiger Menschen einnehmen und durch Case Management eine sehr weitgehende Verantwortung für Menschen wahrnehmen, muss die Beratung und Begleitung stets qualitätsgesichert, auf fachlichem aktuellem Wissens- und Kenntnisstand basierend, stattfinden. Pflegestützpunkte bedürfen deshalb der unmittelbaren fachlichen Führung. Getrennte Dienst- und Fachaufsichten sind für die Zielerreichung hinderlich.

Damit die Pflegeberatung im Pflegestützpunkt auch eine präventive Funktion bekommt, bedarf es zumindest an zwei Stellen im PSG II und damit im PSG III entsprechender Klarstellungen:

Im § 7 a, Abs. 1, Satz 1 sollte das Wort „erhalten“ durch das Wort „beantragen“ ersetzt werden. Damit wäre der Beratungsanlass bereits die Antragstellung, da die Leistungsgewährung in der Regel sehr viel später folgt und ein Beratungsbedarf auch bestehen kann, wenn noch kein Leistungsfall eingetreten ist oder eintritt. Im gleichen § wäre auch klarzustellen, dass ein Anspruch auf Pflegeberatung auch dann besteht, wenn der Hilfe- und Beratungsbedarf zur Vermeidung oder Hinausschiebung von Pflegebedürftigkeit gegeben ist (siehe § 7 a, Abs. 1, Satz 9).

Bei allen Konstruktionen, ganz gleich ob Pflegestützpunkte durch kommunale oder Kasseninitiative entstanden sind, sollten gleiche rechtliche und inhaltliche Vorgaben gelten. Dies gilt für die Pflicht zur Mitwirkung der jeweils anderen Seite ebenso wie für die Finanzierung und Personalisierung, sowie die Rechte nach § 37, Abs. 3 (Pflegeberatungsbesuche), die wissenschaftliche Evaluation und für die Durchführung von Pflegekursen gem. § 45 SGB XI.

Um möglichst wenige Unterschiede in den einzelnen Bundesländern zu etablieren, sollte nach Auffassung des VdK im PSG III auch klargestellt werden, dass entweder landesgesetz-

lich oder in Allgemeinverfügungen der Länder bzw. in Landesrahmenverträgen folgende Regelungen vorzunehmen sind:

- Die Wahrnehmung der Sicherstellungsverpflichtung durch Pflege- und Krankenkassen, gegebenenfalls ihre Durchsetzung mittels Ersatzvornahmen, durch die nach § 46, Abs. 6, Satz 1 SGB XI für die Aufsicht über die Kranken- und Pflegekassen zuständigen Stellen;
- Die verbindliche Beteiligung der Gebietskörperschaften sowie des jeweiligen Landes (Landeswohlfahrtsverbandes) an der Sicherstellung der Pflegeberatung und der Errichtung von Pflegestützpunkten;
- Die gleichberechtigte, dauerhafte und bedarfsadäquate Personalisierung und Finanzierung durch alle Träger des Pflegestützpunktes;
- Die verantwortliche Führung der Pflegestützpunkte und die Sicherstellung einer „integrierten Beratung“ mit bedarfsgerechtem Care- und Case-Management („Hilfe aus einer Hand“);
- Die Trägerverantwortung für die Systemgestaltung in der Versorgungsregion (siehe § 12 SGB XI und § 4, Abs. 1 SGB XII);
- Die Einbeziehung weiterer Beteiligten und die mögliche Erweiterung des Aufgabenspektrums der Pflegestützpunkte (z. B. Wohnberatung, Initiierung und Begleitung bürgerschaftlichen Engagements, Hilfen für Demenzkranke, Optimierung der hausärztlichen Versorgung, Kooperation mit Servicestellen u. ä. gemäß SGB IX);
- Die bedarfsgerechte, kosten- und leistungsträgerneutrale sowie die barrierefreie Beratung;
- Die Klarstellung, dass der Rechtsanspruch auf integrierte Pflegeberatung nur in partnerschaftlich getragenen Pflegestützpunkten eingelöst werden kann.