



Stellungnahme

der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management zur Verbändebeteiligung des BMG am 06.03.2023

**Zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung der
Pflege (Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz - PUEG)**

Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC) e.V.

Geschäftsstelle

c/o FH Münster / SW

Friesenring 32

48147 Münster

I. Gesamtbewertung

Die Terminierung des vorgesehenen Inkrafttretens wird durch die Notwendigkeit des Bundesverfassungsgerichtsurteils zur Berücksichtigung der Kinderzahl der Versicherten bei der Beitragsbemessung "diktiert" – 01.07.2023.

Der Gesetzesentwurf lässt nicht wirklich erkennen, dass die in der Koalitionsvereinbarung der Ampelregierung zum Thema Pflege niedergelegten Vorhaben konsequent aufgegriffen und umgesetzt werden. Das ist bedauerlich. Besteht doch ein ausgesprochen hoher Handlungsbedarf, insbesondere mit Blick auf die Stabilisierung häuslicher Pflegearrangements zu der Care und Case Management-Strukturen ganz wesentlich beitragen können resp. beitragen sollten. Insofern kann das PUEG nur ein erster Schritt einer größer angelegten Pflegereform sein.

Es wird weiterhin bedauert, dass das nach jüngsten Allensbach-Studien von der Bevölkerung als vornehmliches und zu lösendes Problem der nicht mehr sichergestellten Pflege, - nicht zuletzt mangels ausreichenden Personals -, von der Bundesregierung in seiner Bedeutung nicht erkannt, sondern eher dilatorisch behandelt wird. Es ist kein gutes Zeichen für das Systemvertrauen der Bevölkerung, wenn Themen, die von der Gesellschaft als höchst relevant angesehen werden, von der Bundesregierung angesichts nicht ausgestandener Streitpunkte in der Finanzierung der Pflegeversicherung, wenn überhaupt dilatorisch und zur Überwindung der Zahlungsunfähigkeit der Pflegekassen, Gegenstand einer Pflegereform werden.

Auch wird festgestellt, dass wieder die Finanzierung der stationären langzeitpflege fiskalisch im Vordergrund steht – eine aus Sicht der DGCC dramatische falsche Versorgungspolitische Weichenstellung. Die DGCC würdigt in einer Gesamtschau gleichwohl, dass Leistungsverbesserungen für den häuslichen Bereich vorgesehen werden.

Dabei zielt der Gesetzesentwurf jedoch nur auf eine strukturelle Weiterentwicklung von Beratungs-, Unterstützungs- und Sorgestrukturen vor Ort. Allerdings misslingt deren Ausgestaltung zum Teil grundlegend. Auf bisher systematisch ausgewerteten und vorliegenden Erkenntnissen des Care und Case Managements und der DGCC wurde, zumindest bei der Erarbeitung des Referentenentwurfes, nicht zurückgegriffen.

Zu kritisieren ist, dass mit der moderaten Anhebung des Beitragssatzes eine dauerhafte Stabilisierung der Pflegeversicherung nicht gewährleistet wird. Auch ist in dem Referentenentwurf nichts von dem in der Koalitionsvereinbarung niedergelegten Anliegen zu erkennen, versicherungsfremde Leistungen über einem Steuer- oder Bundeszuschuss zu finanzieren. Hingegen werden versicherungsfremde Leistungen zulasten der Pflegekassen ausgebaut. Das ist nicht überzeugend und gefährdet die ohnehin schon ausgesprochen fragile Finanzierung der Pflegeversicherung.

Ob die Umsetzung des Bundesverfassungsgerichtsurteils zum 01.07.2023 auf der Grundlage der im Gesetzesentwurf vorgesehenen Regelung realistisch ist, wird bezweifelt.

Der Referentenentwurf zum PUEG befindet sich schon lange in der Vorbereitung. Es war bekannt, dass das Urteil des Bundesverfassungsgerichtes umgesetzt werden musste. So kann keinerlei Verständnis dafür aufgebracht werden, dass der Referentenentwurf erst Ende

Februar 2023 vorgelegt wurde und dann mit einer Stellungnahmefrist für die Verbände von nicht einmal einer Woche. Das ist aus Sicht der Verbände und nicht nur der DGCC keine seriöse Form der Beteiligung und Anhörung der Verbände.

Das ist

II. Stellungnahme zu einzelnen Regelungskomplexen des Referentenentwurfs

Die DGCC nimmt vor dem Hintergrund ihrer Fachexpertise und ihres satzungsgemäßen Auftrages zu ausgewählten Regelungskomplexen nachfolgend Stellung.

1. Pflegeberatung, Pflegestützpunkte und Care und Case Management gem. §§ 7a ff. SGB XI

Von der Konzeption der Pflegeversicherung sieht die DGCC in dem in den §§ 7a ff. SGB XI vorgelegten Ansatz eines miteinander verwobenen Care und Case Managements eine exemplarische Aufnahme von Care und Case Management-Ansätzen und -Erfahrungen in das Leistungsrecht der Pflegeversicherung. Nur kann die Praxis des Care und Case Management, der Pflegeberatung und der Arbeiten der Pflegestützpunkte keineswegs in jeder Hinsicht überzeugen. Zwar reflektiert der Gesetzesentwurf die Notwendigkeit, die Unterstützungs- und Beratungsangebote für Pflegebedürftige und ihre An- und Zugehörigen zu verbessern. Die hierzu formulierten Vorschläge und Neuregulierungen sind allerdings nur zum Teil zielführend. Zunächst ist festzustellen, dass die Praxis der Pflegeberatung gem. § 7a SGB XI nach Pflegekassen, aber auch Regionen höchst unterschiedlich und in keinsten Weise überall überzeugend ist. Insofern bestehen weiterhin zum Teil eklatante Vollzugsdefizite im Bereich der Pflegeberatung gem. § 7a SGB XI. Diese Vollzugsdefizite werden mit keinem Wort in dem Gesetzesentwurf, aber auch in der Gesetzesbegründung reflektiert. Dies mag auch damit zu tun haben, dass die vom GKV-Spitzenverband beauftragte Evaluation der Pflegeberatung gem. § 7a SGB XI mit der Zielrichtung erfolgte, eine kritische Auseinandersetzung mit der Praxis der Pflegeberatung zu vermeiden. Schon die Anlage des dann ausgeschriebenen Evaluationsauftrages wich zentralen Fragestellungen der Umsetzungsprobleme der Pflegeberatung aus. Die DGCC fordert eindringlich, dass (endlich) dem GKV-Spitzenverband die Kompetenz für die Evaluation der Pflegeberatung, die in den Händen der Mitgliedskassen des GKV-Spitzenverbandes liegt, entzogen wird. Es fehlt hier jede Unabhängigkeit. Der Evaluationsauftrag hat durch das Bundesgesundheitsministerium selbst zu erfolgen. Entsprechend sollte § 7a Abs. 9 SGB XI geändert werden. Das Bundesministerium für Gesundheit vergibt alle drei Jahre einen Evaluationsauftrag zu den Erfahrungen und Wirkungen der Pflegeberatung gem. § 7a SGB XI.

Das vorgesehene Informationsportal zu Pflege und Betreuungsangeboten gem. § 7d SGB XI liegt voll im Trend des Ausbaus von digitalisierten Beratungsangeboten. Nun ist aus jüngst vorgelegten Studien zur Beratung von Pflegebedürftigen deutlich geworden, dass maßgeblich die persönliche, ggf. sogar die aufsuchende Beratung von Pflegebedürftigen und ihren An- und Zugehörigen wichtig ist. Das vorgesehene Informationsportal kann allenfalls eine flankierende Bedeutung haben. Nicht in Anspruch genommene Beratung und Pflegeberatung im engeren Sinne gem. § 7a SGB XI verhindert die Nutzung von Leistungen der Pflegeversicherung und örtlich vorhandener Unterstützungsangebote und führt nachweislich zu massiven Belastungen in den zumeist von An- und Zugehörigen verantworteten Pflegearrangements. Die vorgesehene Regelung des § 7d SGB XI darf nicht von diesen etwa durch die VdK-Studie eindrucksvoll belegten Befund hinweggehen.

Begrüßenswert ist der Ansatz, dass die Begutachtung des Medizinischen Dienstes verbindlicher verknüpft werden soll mit Versorgungsplänen gem. § 7a SGB XI. Dabei wird seitens der DGCC allerdings darauf hingewiesen, dass die Praxis der Versorgungspläne den Anforderungen an ein fundiertes Care und Case Management in aller Regel nicht gerecht wird. Die bis jetzt vorgesehene Aufstellung eines Pflegeplans in § 18 SGB XI wurde schon länger nicht praktiziert, kann aber nicht durch einen Verweis auf die Erstellung von Versorgungsplänen gem. § 7a SGB XI ersetzt werden. Bei dem Pflegeplan handelte es sich zunächst um ein pflegfachliches Instrument im Sinne der Steuerung des Pflegeprozesses resp. einer entsprechenden Vorbereitung eines solchen. Beim Versorgungsplan gem. § 7a SGB XI geht es um einen Plan der die gesamte Versorgungssituation in den Blick nimmt und mitnichten nur pflegfachliche. Genau dafür steht das Case Management im Sinne des § 7a SGB XI. Die Bezeichnung der Vorschrift § 7a SGB XI mit Pflegeberatung ist fachlich unzutreffend, da es beim dort vorgesehenen Case Management gerade nicht nur um pflegfachliche, sondern auch um andere für die Lebenslage von auf Pflege angewiesenen Menschen maßgebliche Fragen geht, wie etwa die Wohnsituation, Familiendynamiken, Fragen der finanziellen Überforderung, psychosoziale Krisensituationen etc. pp.

2. Aufgabenrevision des Medizinischen Dienstes, §§ 18ff. SGB XI

Wie schon von der vorherigen Bundesregierung vorgesehen, hat der Gesetzesentwurf die bisherigen Regelungen für die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst einer Revision unterzogen und sie neu geordnet. Viele Detailregelungen sind beibehalten worden, andere gestrichen. Nicht hinreichend berücksichtigt, wird nach Ansicht der DGCC § 4 PflBG, die Vorbehaltsaufgaben für Fachpflege. Die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit ist aus Sicht der DGCC und der in der DGCC organisierten Pflegefachkräfte und Pflegewissenschaftler*innen eine den Pflegefachkräften vorzubehaltende Aufgabe, die durch keine andere Berufsgruppe wahrgenommen werden darf. Insofern verstoßen die Regelungen in §§ 18ff. SGB XI, soweit sie etwa auch Ärzt*innen und andere Fachkräfte mit originären Begutachtungsaufgaben im Zusammenhang mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit gem. § 14 SGB XI vorsehen, gegen die vorrangigen berufsrechtlichen Regelungen des § 4 PflBG. Die Feststellung des Pflegebedarfes ist eine explizit Pflegefachkräften vorbehaltenen Vorbehaltsaufgaben. Selbstverständlich sind im Bedarfsfall auch andere Berufsgruppen im Zusammenhang mit der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit einzubeziehen, da es immer auch um die Bewertung von medizinischen Diagnosen, Therapienotwendigkeiten, den Einsatz von medizinischen Hilfsmitteln etc. geht. Auch die Einbeziehung von sozialarbeiterischem Sachverstand kann unabweisbar sein.

Nur die Kernaufgaben der Feststellung der Pflegebedürftigkeit muss Pflegefachkräften vorbehalten werden. Insofern sind die die Regelungen insbesondere in § 18 a Abs. 10 zu ändern. Die Zuweisung von Aufgaben der Begutachtung an Ärzt*innen in § 18a Abs. 10 SGB XI ist in der jetzigen Formulierung mit § 4 PflBG nicht kompatibel.

Das Verhältnis von individueller Pflegeplanung, Erstellung einer Konzeption für die hauswirtschaftliche Versorgung und Versorgungsplan gem. § 7a SGB XI wird zwar einerseits differenziert aufgegriffen, § 18a Abs. 3 SGB XI. Die Regelung ist aber insofern missverständlich, als der Versorgungsplan gem. § 7a SGB XI bei komplexen Fallkonstellationen vorgesehen ist, die individuelle Hilfeplanung aber stets geboten ist.

Die Zuweisung von Aufgaben der Begutachtung an Ärzt*innen in § 18a Abs. 10 SGB XI ist in der jetzigen Formulierung mit § 4 PflBG nicht kompatibel.

Ausdrücklich begrüßt wird seitens der DGCC des § 18e SGB XI, die Studien zur Weiterentwicklung des Verfahrens zur Pflegebegutachtung eröffnen. Die Verschränkung von Pflegebegutachtung und Beratung durch die Pflegekassen, die Aktivierung örtlicher Unterstützungs- und Beratungsangebote bis

hin zum Erwachsenenschutz sind wie zahlreiche Praxisberichte und Modellvorhaben zeigen, von größter Bedeutung. Hier einen beratungsorientierten Ansatz des Medizinischen Dienstes zu unterstützen, etwa im Sinne des vom AOK-Bundesverband geförderten Projektes Subjektorientierte Qualitätssicherung wären ausgesprochen zielführend, um eine bedarfsgerechte und suffiziente beratungs- und Case Management-basierte Unterstützung für Pflegehaushalte zu ermöglichen. Hierdurch würde ein maßgeblicher Beitrag zur qualifizierten Weiterentwicklung ermöglicht.

3. Dynamisierung der Leistungen, §§ 50ff. SGB XI

Die in dem Gesetzesentwurf vorgesehene Dynamisierung der Leistungen der Pflegeversicherung insb. im Bereich der häuslichen Versorgung wird als Umsetzung der versprochenen Pflegegelderhöhung aus der Koalitionsvereinbarung der Ampelregierung interpretiert. Selbstverständlich sind Leistungsverbesserungen in der häuslichen Pflege wünschenswert. Auch sieht die Bevölkerung nach jüngsten Allensbach-Studien im Pflegegeld eine wesentliche Unterstützung von Pflegehaushalten. Nur ist das Wissen über die Verwendung des Pflegegeldes unzureichend. Die bereits zitierte VdK-Studie weist auf unterschiedliche, lebenslagenabhängige Verwendung des Pflegegeldes hin. Allein durch eine Erhöhung des Pflegegeldes wird nach den Erfahrungen der DGCC das häusliche Pflegearrangement nicht stabilisiert. Hier sind andere Hilfen erforderlich, die allerdings zunächst einmal außer Acht bleiben. Insofern wird die Gefahr gesehen, dass man durch die Erhöhung des Pflegegeldes auf einen kurzfristigen QuickWin pflegepolitischer Art zielt, nicht aber die insb. im Care und Case Management sichtbar werdenden strukturellen Probleme häuslicher Pflegearrangements aufgreift.

4. Gemeinsamer Jahresbetrag, § 42a SGB XI E

Der schön länger diskutierte Jahresbetrag oder ein Entlastungsbudget wurde in dem Gesetzesentwurf aufgenommen. Aus Sicht des Care und Case Managements wird auf der einen Seite ausdrücklich begrüßt, dass das hochkomplizierte und von kaum einem Pflegebedürftigen selbst durchschaubare Leistungsrecht der Pflegeversicherung vereinfacht und flexibilisiert wird. Nur kann die vorgesehene Regelung aus Care und Case Management-Sicht überhaupt nicht überzeugen, da die Kurzzeitpflege in ihrer spezifischen Funktion, nach klinischen Versorgungsarrangements und Krisensituation in der häuslichen Versorgung durch solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtungen aufzufangen, hier nicht systematisch reflektiert wird. Hier bedarf es vielmehr eines eigenen Leistungstatbestandes für die solitäre Kurzzeitpflege mit definierten Zugangskriterien. Gerade hier bewähren sich, wie etwa das vom Sozialministerium geförderte Projekt "Sektorenübergreifende, Case Management-basierte Kurzzeitpflege" Care und Case Management-Ansätze, um einen fachlich fundierten und präferenzgerechten Übergang aus der klinischen in eine Nachversorgung zu gewährleisten. Auch zeigt sich, dass in dem Fehlen solitärer Kurzzeitpflegeeinrichtungen bundesweit das Hauptinfrastrukturdefizit in der Langzeitpflege gesehen wird. Durch einen gemeinsamen Jahresbetrag ändert sich hieran nichts. Insofern wird man ein Entlastungsbudget oder ein Jahresbetrag streng trennen müssen von den Ansprüchen auf solitäre Kurzzeitpflege. Insofern ist der Gesetzesentwurf dringend nachzubessern.

5. Stärkung der kommunalen Unterstützungsstrukturen, §§ 123ff SGB XI E

Ausdrücklich wird begrüßt, dass der Gesetzgeber in dem Gesetzesvorhaben die Bedeutung örtlicher Unterstützungsnetzwerke und -strukturen erkennt, die Rolle der Kommunen würdigt. Sie sind maßgeblich, wenn es um bedarfsgerechte Versorgungsstrukturen geht. Von den örtlichen Infrastrukturbedingungen aber auch den Sorgestrukturen und -kulturen hängt es ab, ob häusliche Pflegearrangements stabil bleiben können und neue auch jenseits klassischer familienbasierter Care-Arrangements entstehen können. Auch sind die unter dem Stichwort "Strukturentwicklungsbudget oder Innovationsbudget" diskutierten Ansätze zum exemplarischen Aufbau von kommunalen

Unterstützungsstrukturen in 16 Bundesländern von größter Bedeutung, wenn es um die Stärkung der Kommunen und der Planungskompetenz von Ländern und Kommunen geht. Insofern werden die hinter dem § 123f SGB XI stehenden Überlegungen von der DGCC unterstützt. Auch die Finanzierungskonzeption überzeugt. Nur, was für völlig verfehlt gehalten wird, ist die Übertragung der Modellaufgaben auf den Spitzenverband Bund der Pflegekassen. Die Vorläufervorschriften, die Modellkommunen vorsahen, wurden erfolgreich vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen verhindert. Offenbar hat der Spitzenverband Bund der Pflegekassen keinerlei Interesse daran, die Handlungsfähigkeit der Länder und Kommunen in ihrer Eigenverantwortung zu stärken. Offenbar ist es aber dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen bei der Erstellung des Referentenentwurfes gelungen, sich dort eine strategische Rolle beim Modellvorhaben zu sichern. Würde diese Intervention Bestand haben, würde der Spitzenverband Bund der Pflegekassen die Regiefunktion für die Modellvorhaben übertragen bekommen, wäre das von der DGCC ausdrücklich unterstützte Anliegen, das mit dem § 123f SGB XI E verbunden wird, wiederum zum Scheitern verurteilt. Das kann und darf nicht sein. Insofern wird man auch und gerade die Koordination beim Modellvorhaben, die Vergabe der wissenschaftlichen Begleitforschung den zur Mitfinanzierung verpflichteten Ländern und Kommunen resp. anderen unabhängigen Institutionen übertragen müssen. In der Koalitionsvereinbarung der Ampelregierung wird ausdrücklich von dem Innovationsbedarf auch in der Langzeitpflege gesprochen. Will man diesen Auftrag und das Anliegen ernstnehmen, wird man den Spitzenverband Bund der Pflegekassen nicht weiterhin mit entsprechenden Funktionen versehen dürfen.

6. Qualitätsstandards, Aufhebung § 113a SGB XI

Die DGCC sieht in den Expertenstandards des DNQP eine der zentralen fachwissenschaftlichen Grundlagen für eine am Stand des aktuellen Wissens orientierte Pflegepraxis. Die Arbeit des DNQP ist ausgesprochen wertvoll. Die Verortung der Expertenstandards im SGB XI wurde von der DGCC stets als nicht sachgerecht angesehen. So unterstützt die DGCC den Gesetzesentwurf, der die Streichung des § 113a SGB XI E vorsieht. Die DGCC weist aber ausdrücklich darauf hin, dass die Entwicklung von Expertenstandards in der Pflege einer sicheren Finanzierung und institutionellen sowie personenunabhängigen Unterstützung bedarf. Aus der Sicht der DGCC ist dabei überdies zu gewährleisten, dass die Expertenstandards der Pflege auch von interdisziplinär geprägten Arbeitsfeldern einbezogen resp. insgesamt auf die Institutionalisierung von Qualitätsstandards in einem multidisziplinären Kontext anzustreben ist. Die Expertenstandards, die sich auch und gerade auf Case Management-relevante Prozesse beziehen, etwa zur Entlassung aus dem Krankenhaus, sind für die Fundierung der Case Management-Praxis von großer Bedeutung.

7. § 113c SGB XI E

Auch wenn die DGCC mit Fragen der Personalbemessung in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen weniger befasst ist, ist die DGCC doch immer wieder im Rahmen des Care und Case Management mit Infrastrukturdefiziten konfrontiert, die eine bedarfsgerechte Versorgung erschweren oder regional sogar unmöglich machen. Insofern sieht die DGCC die Notwendigkeit, die vorgesehenen Regelungen in § 113c SGB XI E mit einer bundeseinheitlichen Nomenklatur von Assistenzberufen der Qualifikationsniveaus I bis III zu hinterlegen. Diese sind bislang in den Ausbildungs- und Berufsbildungskonzepten nicht zur Grundlage gemacht worden. Um die in § 113c SGB XI im- und explizit hinterlegten Assistenzberufe der Qualifikationsniveaus I, II, III mit der notwendigen Klarheit und Transparenz zu versehen, sind im Zuge der Weiterentwicklung des § 113c SGB XI bundeseinheitliche Qualifikationskonzepte für Assistenzberufe zu entwickeln. Da für die Assistenzberufe die Länder zuständig sind, bedarf es hier konzertierter Bemühungen, die leider nicht

in der Entschiedenheit zu beobachten sind, wie dies notwendig wäre, um auf die Handlungsbedarfe zu reagieren. Auch wird empfohlen, nicht weiter von Pflegehilfskräften, sondern von Pflegeassistentenkräften zu sprechen. Auch sind andere Assistenzberufe miteinzubeziehen, etwa die der Hauswirtschaft, sowie der Sozialassistenten.

8. Ambulant betreute Wohngemeinschaften, § 38 SGB XI

Die ambulant betreuten Wohngemeinschaften stellen eine wichtige wohnortnahe Versorgungsalternative zur vollstationären und häuslichen Versorgung dar. Sie werden von der Bevölkerung gegenüber stationären Pflegeeinrichtungen präferiert, sie werden allerdings leistungsrechtlich diskriminiert. Sie partizipieren nicht an der für den stationären Bereich vorgesehenen Deckelung der Eigenanteile. Dies führt, so die Erfahrung aus vermittelnden Care und Case Management-Strukturen dazu, dass die häufig geeigneten und auch präferierten Versorgungsoptionen nicht mehr genutzt werden, da aus der Sicht der Pflegeversicherten die Kosten zu hoch sind und überdies die Sozialhilfeträger ankündigen, die Kosten für ambulant betreute Wohngemeinschaften nicht mehr zu übernehmen. Dem Bundesgesundheitsministerium ist der Sachverhalt bekannt. Es wird hier unmittelbarer Handlungsbedarf gesehen, um wohnortnahe Versorgungsstrukturen nicht zu gefährden. Insofern mahnt die DGCC, Regelungen zur Stärkung ambulant betreuter Wohngemeinschaften einerseits durch eine Profilierung des Wohngruppenmanagements gem. § 38a SGB XI und andererseits durch Regelungen zur Deckelung des Eigenanteils zu unterstützen. Dies ist bedauerlicherweise in dem hier zu kommentierenden Gesetzesentwurf nicht geschehen.

Für die DGCC

Prof. Dr. habil. Thomas Klie

6.3.23