

Das Pflegeweiterentwicklungsgesetz und seine praktische Umsetzung

von Dr. Peter Kistorz, Ute Aufderhorst, Markus Fecke, Manuela Hesa, Dorothea Mört, Markus Wübbeler und Stefan Ziegler¹

Mit dem in seinen wesentlichen Teilen zum 1. Juli 2008 in Kraft getretenen Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflegeweiterentwicklungsgesetz) hat der Gesetzgeber die soziale Pflegeversicherung 13 Jahre nach ihrer Einführung erstmals umfassend reformiert. Im Zentrum der Novellierung des SGB XI steht neben einer Ausweitung der Pflegeleistungen, die durch eine Anhebung des Beitragssatzes um ein Viertel Prozentpunkt gegenfinanziert werden soll, vor allem das Bemühen, die Qualität der erbrachten Leistungen durch ein Mehr an Kontrolle und Transparenz stärker als bisher zu sichern und Leistungsberechtigte bei der Inanspruchnahme pflegerischer Leistungen intensiver zu beraten und zu unterstützen, etwa durch die konsequente Umsetzung des Konzepts des Case-Managements oder den Aufbau so genannter Pflegestützpunkte. Neben diese sozialrechtlichen Änderungen des Pflegeversicherungsrechts tritt die Verabschiedung des Pflegezeitgesetzes, nach dem Angehörige von Pflegebedürftigen unter bestimmten Voraussetzungen einen arbeitsrechtlichen Anspruch auf Freistellung geltend machen können. Der vorliegende Beitrag stellt die wesentlichen Änderungen durch das Pflegeweiterentwicklungsgesetz und dessen praktische Umsetzung systematisch dar und unterzieht sie einer ersten kritischen Bewertung. Unter der Überschrift Nachgefragt wird schließlich der Frage nachgegangen, ob und inwieweit die Neuregelungen des Pflegeweiterentwicklungsgesetz bereits umgesetzt worden sind.

¹ Dr. Peter Kistorz ist Lehrkraft für besondere Aufgaben am Fachbereich Pflege und Gesundheit der Fachhochschule Münster, Leonardo Campus 8, 48149 Münster; alle weiteren Autorinnen und Autoren sind Studierende des Bachelor Studiengangs Pflege- und Gesundheitsmanagement.

Inhalt

1	LEISTUNGS AUSWEITUNG	4
1.1	Ausweitung bereits bestehender Leistungen	4
1.2	Leistungsausweitung in Form niedrigschwelliger Betreuungsangebote.....	6
1.3	Kritik	8
1.4	Nachgefragt	8
2	BETREUUNGSASSISTENZ	10
2.1	Berechtigte Personen bzw. Einrichtungen.....	10
2.2	Anforderungen, Qualifikation und Aufgaben des Betreuungspersonals	11
2.2.1	Voraussetzungen des Betreuungspersonals	11
2.2.2	Aufgaben der Betreuungsassistenten	12
2.2.3	Qualifikation / Ausbildung der Betreuungsassistenten	12
2.3	Kritik	12
2.4	Nachgefragt	13
3	FALLMANAGEMENT	15
3.1	Inhalt und Bedeutung des Fallmanagements	15
3.2	Kritik	17
3.3	Nachgefragt	17
4	PFLEGESTÜTZPUNKTE.....	19
4.1	Gesetzliche Grundlagen.....	19
4.2	Aufgaben der Pflegestützpunkte	20
4.3	Finanzierung und personelle Anforderungen	22
4.4	Kritik	24
4.5	Nachgefragt	26
5	QUALITÄTSSICHERUNG	27
5.1	Qualitätsentwicklung durch Verankerung von Expertenstandards	27
5.2	Externe Qualitätssicherung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung	28
5.3	Ergebnistransparenz.....	28
5.4	Folgen mangelnder Pflegequalität	29
5.5	Nachgefragt	29

6	PFLEGEZEIT	31
6.1	Begriffsbestimmungen nach § 7 PflegeZG	31
6.2	Kurzzeitige Arbeitsverhinderung	32
6.3	Pflegezeit	32
6.4	Kündigungsschutz, Anspruch auf den Arbeitsplatz und Befristung von Verträgen.....	34
6.5	Kritik	34
6.6	Nachgefragt	36
7	RESÜMEE	37

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1-1 Ambulante Sachleistungen - Pflegehilfe (monatliche Leistung) (vgl. ebd.)	4
Tabelle 1-2 Pflegegeld (monatliche Leistung) (vgl. ebd.).....	4
Tabelle 1-3 Vollstationäre Versorgung (monatliche Leistung) (vgl. ebd.)	5
Tabelle 1-4 Kurzzeitpflege (jährliche Leistung) (vgl. ebd)	5

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 4-1 Mehrdimensionales Sektorenverständnis als Welfare Mix	22
Abbildung 4-2 geplante Pflegestützpunkte in NRW	23
Abbildung 5-1 Qualitätssicherung	27

1 Leistungsausweitung

1.1 Ausweitung bereits bestehender Leistungen

Unter einer Leistungsausweitung ist allgemein die Erhöhung von Geldleistungen sowie die Ausweitung und Verbesserung von Sachleistungen zu verstehen. Die Leistungsausweitung im Sinne der Erhöhung der Geldleistung ist die schrittweise (bis zum Jahr 2012) Anhebung der Höchstbeträge für ambulante Sachleistungen, des Pflegegeldes sowie der monatlichen Zuschüsse für stationäre Leistungen, wobei die Beträge für die ambulanten Leistungen jeweils nur bei Pflegestufe I bis III angehoben werden, während die Stufe III für Härtefälle unberührt bleibt. Das Pflegegeld wird ebenfalls für die Stufen I bis III angehoben. In der vollstationären Versorgung werden die Stufen III und III mit Härtefall angehoben, die Stufen I und II bleiben vorerst unberührt. Auch die Finanzierung der Kurzzeitpflege wird durch die Reform geändert. Die Leistungen werden ebenso wie in der vollstationären Versorgung angehoben. Die Kurzzeitpflege für Kinder in Einrichtungen der Behindertenhilfe wird ebenfalls bedacht. Es wird ein spezieller Anspruch auf Kurzzeitpflege für Kinder unter 18 Jahren in Einrichtungen der Behindertenhilfe oder in anderen geeigneten Einrichtungen eingeführt (vgl. bmg, 03/2008 II).

Tabelle 1-1 Ambulante Sachleistungen - Pflegehilfe (monatliche Leistung) (vgl. ebd.)

<i>Pflegestufe</i>	bisher	ab 01.07.2008	2010	2012
<i>Stufe I</i>	384 €	420 €	440 €	450 €
<i>Stufe II</i>	921 €	980 €	1.040 €	1.100 €
<i>Stufe III</i>	1.432 €	1.470 €	1.510 €	1.550 €

Tabelle 1-2 Pflegegeld (monatliche Leistung) (vgl. ebd.)

<i>Pflegestufe</i>	bisher	ab 01.07.2008	2010	2012
<i>Stufe I</i>	205 €	215 €	225 €	235 €
<i>Stufe II</i>	410 €	420 €	430 €	440 €
<i>Stufe III</i>	665 €	675 €	685 €	700 €

Tabelle 1-3 Vollstationäre Versorgung (monatliche Leistung) (vgl. ebd.)

<i>Pflegestufe</i>	bisher	ab 01.07.2008	2010	2012
<i>Stufe III</i>	1.432 €	1.470 €	1.510 €	1.550 €
<i>Härtefall</i>	1.688 €	1.750 €	1.825 €	1.918 €

Tabelle 1-4 Kurzzeitpflege (jährliche Leistung) (vgl. ebd.)

<i>Kurzzeitpflege</i>	bisher	ab 01.07.2008	2010	2012
<i>Maximaler Betrag in Euro, jährlich</i>	1.432 €	1.470 €	1.510 €	1.550 €

Ein Schlagwort der Reform ist die Leistungsdynamisierung. Dies bedeutet, dass die Leistungen der Pflegeversicherung ab dem Jahr 2012 in einem dreijährigen Rhythmus geprüft und erforderlichenfalls an die Preisentwicklung angepasst werden (also erstmals im Jahr 2015).

Zur Leistungsausweitung im Sinne der Verbesserung von Sachleistungen gehört unter anderem die Ausweitung der Leistungen für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz im ambulanten Bereich. Hier wird der so genannte Betreuungsbetrag von 460 € jährlich auf 100 €, bei erhöhtem Betreuungsaufwand auf 200 € monatlich aufgestockt. Erstmals erhalten auch Personen mit der so genannten Pflegestufe 0 diese Leistungen. Außerdem wird es höhere Fördermittel zum weiteren Ausbau niedrigschwelliger Betreuungsangebote sowie für ehrenamtliche Strukturen und Selbsthilfe geben (siehe Kapitel 1.2).

Die Leistungen zur Tages- und Nachtpflege werden ebenso angehoben wie die der ambulanten Pflegesachleistungen. Zusätzlich wird der höchstmögliche Gesamtanspruch aus den Leistungen der häuslichen Pflege und den Leistungen der teilstationären Pflege auf das 1,5-fache des bisherigen Betrages erhöht.

Ein weiteres Ziel der Pflegereform ist die Erleichterung der Inanspruchnahme der Pflegeleistungen. Die Vorversicherungszeit wird von 5 auf 2 Jahre verkürzt. Nach 2 Jahren können Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch genommen werden. Hinsichtlich der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit gelten seit der Reform verkürzte Fristen: Die Zeiträume, in denen die Pflegekasse dem Antragsstellern das Ergebnis der Begutachtung mitzuteilen hat, sind - je nach Dringlichkeit der Situation für den potentiell Pflegebedürftigen - von fünf, zwei oder eine Woche bis hin zu unverzüglich gestaffelt.

Auch die so genannte Vorpflegezeit für die Inanspruchnahme von Verhinderungspflege wird verkürzt. Sie beträgt künftig statt zwölf nur noch sechs Monate. Nach der Vorpflegezeit kann die Verhinderungspflege genutzt werden, um die pflegenden Angehörigen zu entlasten (z.B. Urlaub, Krankheitsfall).

Auch die Modalitäten der Beitragszahlung zur Rentenversicherung für die Pflegeperson wurde im Rahmen der Reform geändert. Zukünftig werden die Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung auch während des "Urlaubs" der Pflegeperson entrichtet (vgl. bmg, 03/2008 II).

1.2 Leistungsausweitung in Form niedrigschwelliger Betreuungsangebote

Niedrigschwellige Betreuungsangebote können vielfältig sein. In Betracht kommt die Förderung von Angehörigengruppen, Betreuungsgruppen, Helferkreisen (zur stundenweise Entlastung pflegender Angehöriger im häuslichen Bereich), Tagesbetreuung in Kleingruppen oder Einzelbetreuung sowie der Einsatz familienentlastender Dienste. Von Bundesland zu Bundesland besteht jedoch teilweise eine unterschiedliche Anerkennung von Betreuungsangeboten. Hier gilt es im Zweifel, sich über spezielle regionale Angebote zu informieren. Zur konkreten Ausgestaltung der niedrigschwelligen Betreuungsangebote einige Eckpunkte (vgl. Rheinland Pfalz Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen 2009; Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit 2009; Zentrum Bayern Familie und Soziales):

- *Wer betreut?*
Vor allem ehrenamtliche Helfer sollen im Rahmen der niedrigschwelligen Angebote eingesetzt werden. Diese werden entsprechend qualifiziert und arbeiten nach pflegfachlicher Anleitung.
- *Was ist Ziel dieser Angebote?*
Im Vordergrund steht die Entlastung pflegender Angehöriger sowie die Schaffung besserer Kontaktmöglichkeiten für Menschen mit Demenzerkrankungen bzw. mit eingeschränkter Alltagskompetenz.
- *Wie sollen diese Angebote konkret ausgebaut werden?*
Zur Förderung niedrigschwelliger Betreuungsangebote werden vor allem Sach- und Personalkosten übernommen, also etwa Kosten, die durch die Koordination und Leitung eines ehrenamtlichen Helferkreises entstehen, sowie Gebühren für Schulungs- und Fortbildungsmaßnahmen. Dazu wird die Förderung um 15 Millionen € im Jahr auf 25 Millionen € angehoben.

Damit stehen (zusammen mit der Kofinanzierung der Länder und Kommunen) 50 Millionen € pro Jahr zur Verfügung (statt bisher 20 Millionen € pro Jahr). Mit diesen Mitteln kann zukünftig auch die Selbsthilfe gefördert werden.

- *Welche Zielgruppe wird von den niedrigschwelligen Betreuungsangeboten profitieren?*

Die niedrigschwelligen Betreuungsangebote zielen in erster Linie auf Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz im ambulanten Bereich (Menschen mit geistiger Behinderung, einer psychischen oder demenziellen Erkrankung).

Der MDK stellt anhand von 13 Kriterien fest, ob eine eingeschränkte Alltagskompetenz vorliegt (§ 45a Abs. 2 ff. SGB XI).

Für die Bewertung einer eingeschränkten Alltagskompetenz ist maßgebend, ob eine Person:

1. die Wohnung unkontrolliert verlässt (Weglauftendenz),
2. gefährdende Situationen verkennt oder verursacht,
3. unsachgemäß mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen umgeht,
4. sich tätlich oder verbal aggressiv in Verkennung der Situation verhält,
5. sich im situativen Kontext inadäquat verhält,
6. unfähig ist, eigene körperliche und seelische Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen,
7. nicht kooperiert bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung,
8. in ihren höheren Hirnfunktionen so gestört ist (Beeinträchtigung des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), dass diese zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben,
9. einen gestörten Tag-Nacht-Rhythmus hat,
10. nicht eigenständig ihren Tagesablauf planen und strukturieren kann,
11. Alltagssituationen missdeutet und inadäquat reagiert,
12. sich emotional ausgeprägt labil oder unkontrolliert verhält,
13. sich aufgrund einer therapieresistenten Depression überwiegend niedergeschlagen, verzagt, hilflos oder hoffnungslos zeigt.

Die Alltagskompetenz ist erheblich eingeschränkt, wenn der Gutachter des Medizinischen Dienstes bei dem Pflegebedürftigen wenigstens in zwei Bereichen, davon mindestens einmal aus einem der Bereiche 1 bis 9, dauerhafte und regelmäßige Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen feststellt.

1.3 Kritik

Kurz nach dem Inkrafttreten der Pflegereform im Juli 2008 wurden auch schnell kritische Stimmen laut. Zur Frage der Finanzierung der Pflegeleistungen äußerte sich etwa Professor Raffelhüschen in einem Fernsehinterview (ZDF, 2008). Er stimmte zwar mit der Gesundheitsministerin darin überein, dass die Finanzierung bis zum Jahr 2014 gesichert sei, wies jedoch auch darauf hin, dass das Finanzierungssystem langfristig grundsätzlich umgestaltet werden müsse, um die Finanzierung auch weiterhin sicherzustellen. Die Leistungsausweitung sah er kritisch als ein Geschenk an Leistungsberechtigte, die die Leistungen ohne notwendige vorherige Einzahlungen in die Pflegekasse bezögen. Die Dynamisierung bewertet er als positiv, merkt jedoch an, dass angesichts des technischen Fortschritts und der steigenden Inflationsrate das Problem der langfristigen Finanzierung bestehen bleibe.

Zu den Verbesserungen im Bereich der niedrigschwelligen Angebote gibt es vor allem aus Kreisen der pflegenden Angehörigen sowie dem Personal der entsprechenden Einrichtungen positive Äußerungen: Angehörige könnten entlastet und die Angebote häufiger als bisher in Anspruch genommen werden, vor allem auch dann, wenn keine Pflegestufe (I bis III) besteht.

Kritisch diskutiert wird die Beibehaltung der bisherigen Pflegestufen. Pflegeheime würden durch dieses System nicht zur gewünschten aktivierenden Pflege angehalten, da bei einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Patienten und Bewohner eine Höherstufung erfolge und somit höhere Leistungen erwirtschaftet werden könnten. Sie halten dementsprechend eine Abschaffung der bisherigen Pflegestufen für notwendig.

1.4 Nachgefragt

Eine telefonische Umfrage bei den ortsansässigen Kranken-/Pflegekassen im Raum Münster hat ergeben, dass die zusätzlichen Betreuungsleistungen und niedrigschwelligen Angebote durchaus positiv von den Versicherten angenommen werden. Die Versicherten wurden nicht nur durch die Informationen aus den Medien über die Leistungsausweitungen und die Möglichkeiten zur vermehrten Inanspruchnahme von Betreuungsleistungen aufmerksam; vielmehr hat ein Großteil der Krankenkassen ihre Mitglieder - vor allem betroffene Versicherte, welche bereits Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen - über die Möglichkeit, zusätzliche Leistungen zu beantragen, informiert. Dabei ist der Anstieg der Antragszahl vor allem auf persönliche Informationen per Brief und weniger auf Bekanntgaben in den entsprechenden Mitgliederzeitschriften zurückzuführen.

Die Leistungen werden nach Aussage der Kassen in den meisten Fällen in Form von zusätzlichen Leistungen der Pflegedienste, Leistungen der Kurzzeitpflege sowie im Zusammenhang mit Leistungen der Tagespflege erbracht; auch über die Verhinderungspflege wird ein Teil der Betreuungsleistungen finanziert. Kindern und Jugendlichen sowie behinderten Versicherten stehen neben den Pflegediensten auch die so genannten Familien unterstützenden Dienste (FUD) zur Verfügung. Einige Versicherte haben bereits vor der Pflegereform Ansprüche auf Betreuungsleistungen geltend machen können, diese jedoch (wohl in Folge unzureichender Information) kaum genutzt. Durch die aktuellen Informationen von Kassen und Medien hätten jedoch auch diese Versicherten verstärkt Betreuungsleistungen nachgefragt und beantragt.

2 Betreuungssassistentenz

Mit dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz geht der Gesetzgeber erstmalig umfassender auf den erheblichen Betreuungsbedarf von Personen ein, die an einer Demenz, einer geistigen Behinderungen oder einer psychischen Erkrankungen leiden. Sie sollen auch im nicht pflegerischen Bereich stärker als bisher betreut und aktiviert werden.

2.1 Berechtigte Personen bzw. Einrichtungen

Die so genannte Betreuungssassistentenz kommt denjenigen Pflegebedürftigen zugute, bei denen im Verfahren zur Beurteilung der Pflegebedürftigkeit nach § 18 SGB XI ein erheblicher Betreuungs- und Beaufsichtigungsbedarf im Sinne des § 45a SGB XI festgestellt worden ist. Hierzu zählen Personen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen der Pflegestufen I, II und III. Leistungsbegründend sind darüber hinaus auch demenzbedingte Fähigkeitsstörungen, geistige Behinderungen und psychische Erkrankungen, die zu einem Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege führen, der jedoch nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht. Außerdem muss der MDK eine Einschränkung der Alltagskompetenz im Sinne des § 45a Abs. 2 ff. SGB XI feststellen (vgl. Kapitel 1.2)

Wenn eine stationäre Einrichtung über eine entsprechende Bewohnergruppe verfügt, kann sie zusätzlich zur üblichen Vergütung nach § 84 SGB XI ein Entgelt nach § 87b SGB XI erheben und erhalten so einen Anspruch auf eine leistungsgerechte Vergütung der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung derjenigen Heimbewohner, die im Sinne des § 45a SGB XI einen erheblichen Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung haben.

Um diese zusätzliche Vergütung in Anspruch nehmen zu können, müssen gemäß § 87b SGB XI bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein; diese liegen vor, wenn:

1. für die Bewohner zusätzlich zur "normalen" Pflege durch das Personal Angebote vorgehalten werden, mit Hilfe derer die Bewohner zusätzlich betreut und aktiviert werden;
2. durch diese zusätzlichen Angebote sozialversicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnisse entstehen, wobei die Aufwendungen für diese Beschäftigungsverhältnisse nicht schon an anderer Stelle (z.B. bei der Bemessung von Pflegesätzen oder bei den Zusatzleistungen nach § 88 SGB XI) berücksichtigt werden dürfen;
3. die stationäre Einrichtung für jeden Bewohner ein Entgelt in Höhe des fünfundzwanzigstel einer Vollzeitstelle für die Betreuungssassistentenz erhält (25 Heimbewohner, die im

Sinne des § 45a SGB XI einen erheblichen Bedarf an Betreuung und allgemeiner Beaufsichtigung haben, rechtfertigen somit die Finanzierung einer Vollzeitstelle).

Sollte die stationäre Einrichtung aufgrund von fehlendem Personal keine zusätzlichen Betreuungs- und Aktivierungsangebote durchführen können, darf sie auch keine entsprechenden Leistungen in Rechnung stellen.

2.2 Anforderungen, Qualifikation und Aufgaben des Betreuungspersonals

Weder die Qualifikation noch die genauen Aufgaben der Betreuungsassistentinnen und -assistenten sind gesetzlich näher bestimmt. Die Bundesregierung hat dies dem Spitzenverband der Pflegekassen überlassen, der entsprechende Richtlinien erlassen soll. Diesem Auftrag ist der Spitzenverband mit der Verabschiedung der Richtlinien nach § 87b Abs.3 SGB XI zur Qualifikation und zu den Aufgaben von zusätzlichen Betreuungskräften in Pflegeheimen vom 19. August 2008 nachgekommen.

2.2.1 Voraussetzungen des Betreuungspersonals

Für die Ausübung der Tätigkeit der Betreuungsassistentinnen bzw. des Betreuungsassistenten ist kein therapeutischer oder pflegerischer Berufsabschluss notwendig. Wer eine Betreuungsassistenz durchführen möchte, muss als Laie ohne therapeutischen Berufsabschluss einen Lehrgang zum Betreuungsassistenten besuchen; Grundvoraussetzungen hierfür sind:

- positive Haltung gegenüber Kranken, Behinderten und alten Menschen
- soziale Kompetenz und kommunikative Fähigkeiten
- Beobachtungsgabe und Wahrnehmungsfähigkeit
- Empathiefähigkeit und Beziehungsfähigkeit
- Bereitschaft und Fähigkeit zu nonverbaler Kommunikation
- Phantasie, Kreativität und Flexibilität
- Gelassenheit im Umgang mit verhaltensbedingten Besonderheiten infolge von demenziellen und psychischen Krankheiten oder geistigen Behinderungen
- psychische Stabilität, Fähigkeit zur Reflexion des eigenen Handelns, Fähigkeit sich abzugrenzen
- Fähigkeit zur würdevollen Begleitung und Anleitung von einzelnen oder mehreren Menschen mit Demenz, psychischen Erkrankungen oder geistigen Behinderungen
- Teamfähigkeit
- Zuverlässigkeit

2.2.2 Aufgaben der Betreuungsassistenten

Aufgabe des zusätzlichen Betreuungspersonals ist es, die Pflegebedürftigen zu betreuen und zu aktivieren. Dies sollte durch verschiedenartige Aktivitäten sichergestellt werden, die ebenfalls in der Richtlinie benannt und explizit als Aufgaben des Betreuungspersonals formuliert werden. So werden in der Richtlinie beispielhafte Alltagstätigkeiten aufgeführt, bei denen die Betreuungsassistenten die Pflegebedürftigen betreuen und aktivieren sollen. Durch diese Aktivitäten soll die psychische Stimmung und der physische Zustand der Pflegebedürftigen positiv beeinflusst werden. Zudem soll diese Patientengruppe mittels unterschiedlicher Gruppenaktivitäten aus der Isolation geholt und in die Gemeinschaft der stationären Einrichtung integriert werden. Daneben sollen die Betreuungsassistenten im Notfall auch Pflegetätigkeiten übernehmen: "Zu den Aufgaben der zusätzlichen Betreuungskräfte gehören auch die Hilfen, die bei der Durchführung ihrer Betreuungs- und Aktivierungstätigkeiten unaufschiebbar und unmittelbar erforderlich sind, wenn eine Pflegekraft nicht rechtzeitig zur Verfügung steht."

2.2.3 Qualifikation / Ausbildung der Betreuungsassistenten

Um im Bereich der Betreuungsassistenz tätig werden zu können, müssen die Bewerberinnen und Bewerber an einem Orientierungspraktikum durchführen, an einer näher bestimmten Qualifizierungsmaßnahme teilnehmen und sich regelmäßig fortbilden. Das Orientierungspraktikum besteht aus einem fünftägigen Praktikum in einer Pflegeeinrichtung. Es dient zur Berufsorientierung und zum kennen lernen der Einrichtung. Die Qualifizierungsmaßnahme zum Betreuungsassistenten besteht aus drei Modulen. In der genannten Richtlinie werden genaue Vorgaben über Art und Umfang der Unterrichtsinhalte gemacht: Im Basiskurs Betreuungsarbeit in Pflegeheimen (Modul 1, Umfang: 100 Stunden) werden grundlegende Kenntnisse im Bereich der Kommunikation, Erkrankungen und der Ersten Hilfe vermittelt. Es folgt das Betreuungspraktikum in einem Pflegeheim (Modul 2, Dauer: zwei Wochen). Im Modul 3 (Umfang: 60 Stunden) werden aufbauend auf das erste Modul weitergehende Kenntnisse in den Bereichen Kommunikation, Beschäftigungsmöglichkeiten, Freizeitgestaltung, Hauswirtschaft, Bewegung für Menschen mit Demenz und Rechtskunde vermittelt. Um regelmäßige Fortbildungen zu gewährleisten ist es ausreichend, wenn einmal jährlich eine Fortbildung von 2 Tagen besucht wird.

2.3 Kritik

Im Allgemeinen wird die Einführung der zusätzlichen Leistungen für Demenzerkrankte in stationären Einrichtungen positiv beurteilt, auch wenn sie (insbesondere von Seiten der stationären Einrichtungen sowie der Berufsverbände) häufig als viel zu gering und nicht ausreichend betrachtet werden. Die Kritik des Paritätischen Wohlfahrtsverbands geht noch weiter.

Der Verband bezeichnet die 160 Stunden Pflegequalifikation als grob fahrlässig und nicht ausreichend und fordert eine Ausbildungszeit von 900 Stunden, damit die zukünftigen Betreuungsassistenten ihre Aufgaben verantwortungsbewusst und fachgerecht mit dem nötigen Wissen durchführen können. Die Kritik macht sich dementsprechend hauptsächlich an der Richtlinie der Spitzenverbände fest.

Weitere oft genannte Kritik ist, dass die Betreuungsassistenten teilweise auch pflegerische Aufgaben übernehmen sollen. Diese Kritik wird von Seiten des Bundesgesundheitsministeriums zurückgewiesen. Das Ministerium weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass bereits im Gesetz ausgeschlossen wurde, dass Pflegetätigkeiten auf die zusätzlichen Kräfte übertragen werden.

2.4 Nachgefragt

Um die Frage zu beantworten, wie die Pflegereform hinsichtlich der Betreuungsassistenz bislang in der Praxis umgesetzt worden ist, wurden im März und April 2009 mehrere stationäre Pflegeeinrichtungen im Raum Bottrop aufgesucht und zum Thema Betreuungsassistenz befragt, wobei keines der besuchten Pflegeheime auf eine bestimmte Bewohnergruppe spezialisiert war.

über die zusätzlichen Leistungen für bestimmte Bewohnergruppen wurden die Leitungen über die jeweiligen Verbände informiert. So war es auch wenig verwunderlich, dass alle Einrichtungen bereits zu diesem Zeitpunkt zusätzliche Mittel nach §87 b SGB XI beantragt hatten. Das Procedere der Antragstellung gestaltete sich relativ einfach: Die Einrichtungen erhalten Listen von den Pflegekassen, in die sie die Patienten eintragen, die für die zusätzlichen Leistungen in Betracht kommen. Die ausgefüllten Listen werden anschließend der zuständigen Pflegekasse zugesandt, welche daraufhin basierend auf den genannten Diagnosen und den vorliegenden Krankenakten der Bewohner entscheidet, ob der Pflegeeinrichtung das zusätzliche Betreuungsentgelt zusteht. Nach Auskunft der Einrichtungsleitungen erfolgt die Überprüfung der Anträge durch die Pflegekassen häufig nur stichprobenartig.

Die befragten Pflegeeinrichtungen beschäftigten im April bereits ein oder mehrere angehende Betreuungskräfte, die jeweils in der jeweiligen Einrichtung ein Praktikum absolvierten. Für deren Arbeit erhalten sie bei Bewohnern mit durchschnittlichen Betreuungsbedarf Pauschale in Höhe von 50€, für Bewohner mit einem erhöhtem Betreuungsbedarf 100€ pro Bewohner im Monat.

Die Bescheide für die zusätzlichen Leistungen haben die Bewohner teilweise schon von den zuständigen Pflegekassen erhalten. Die Einrichtungen haben aber noch kein zusätzliches Personal eingestellt.

Seitens der Leitung wurde bemängelt, dass die Pauschale nicht die realen Kosten decken würden. Nur eine Vollzeitkraft einzustellen, wäre nach Aussage der Befragten nicht praktikabel.

Es würde keine Betreuungskraft für acht Stunden am Tag benötigt. Es sei sinnvoller, mehrere Teilzeitkräfte einzustellen, die in den "freien Phasen" der Bewohner deren Betreuung übernehmen würde. Dafür würde die Leistungspauschale aber laut Aussage der befragten Leitungen zu gering ausfallen. Die Betreuungsassistenten selbst erhalten in etwa die vergleichbare Entlohnung wie Altenpflegehelfer/innen.

Die Erfahrungen der zukünftigen Betreuungsassistenten im Praktikum waren unterschiedlich. Einige haben schlechte Erfahrungen gemacht, indem sie von den Einrichtungen als Küchenhilfen eingesetzt wurden. Andere haben besonders gute Erfahrungen gemacht, indem sie von den jeweiligen Teams herzlich aufgenommen wurden und sich voll und ganz um die Betreuung der Bewohner kümmern konnten.

3 Fallmanagement

3.1 Inhalt und Bedeutung des Fallmanagements

Seit dem 1. Januar 2009 besteht ein gesetzlich festgeschriebener Anspruch auf individuelle Pflegeberatung (§ 7a SGB XI). In diesem Zusammenhang sind die Pflegekassen dazu verpflichtet, gegenüber ihren Mitgliedern ein so genanntes Fallmanagement vorzuhalten, das sich auf die Durchführung von individuellen Beratungs-, Unterstützungs- und Begleitangeboten für pflegebedürftige Versicherte bezieht. Ziel des Fallmanagements ist es, eine im Einklang mit den Wünschen des Betroffenen stehende, optimal strukturierte Versorgung für den Pflegebedürftigen zu schaffen. Für den Berater bedeutet dies, den jeweiligen Hilfebedarf in Verbindung mit den Gutachten des MDK systematisch zu erfassen, zu analysieren und einen individuellen Versorgungsplan aus gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitierenden und weiteren Hilfen des medizinischen und pflegerischen Leistungskataloges zu erstellen. Im letzten Schritt bemüht sich der Fallberater dann um die Genehmigung und Umsetzung dieser Maßnahmen, überwacht den Versorgungsplan und evaluiert den entsprechenden Versorgungskatalog regelmäßig.

Betroffene Bürger haben Anspruch auf einen Pflegeberater, wenn sie bereits Leistungen im Sinne des SGB XI erhalten oder Leistungen beantragt haben und ein erkennbarer Hilfe- und Beratungsbedarf besteht. Stellen potenzielle Leistungsnehmer einen Antrag auf Pflegeberatung, muss die Pflegekasse diese unmittelbar über die verschiedenen Möglichkeiten und Leistungen im Sinne des SGB V und XI informieren (§ 7 Abs. 3 SGB XI). Ziel ist dabei, den Betroffenen einen ersten Überblick zu vermitteln und Unsicherheiten im behördlichen Umgang mit der Pflegebedürftigkeit zu mindern. Die Pflegeberater sind primär in regionalen Pflegestützpunkten tätig. Existiert am Wohnort kein Stützpunkt, erhält der Betroffene eine Beratung von einem freien bzw. mobilen Fallmanager.

Der Versorgungsplan des Fallmanagers ist keine rechtliche Verpflichtung, sondern eine Empfehlung, die immer des Einverständnisses des Hilfebedürftigen bedarf. Inwieweit die vorgeschlagenen Versorgungspläne im Zusammenspiel mit den verschiedenen Leistungsträgern tatsächlich befolgt werden, wird die Praxis zukünftig zeigen. Servicestellen der Rehabilitationsträger, die der Beratung von behinderten sowie davon bedrohten Menschen dienen, sind in das Fallmanagement einzubeziehen. Der Fallmanager hat zudem die Aufgabe, den Versorgungsplan geänderten Bedingungen hinsichtlich des Leistungsbedarfs anzupassen.

Wird der Klient des Beraters in eine andere Versorgungsform übergeleitet (z.B. in ein Krankenhaus), ist der Pflegeberater ebenfalls zu involvieren (§ 11 Abs. 4 SGB V).

Aufgabe des Beraters ist es auch, Leistungsanträge im Sinne des fünften und elften Sozialgesetzbuches entgegenzunehmen und weiterzuleiten. Dies gewährleistet eine zeitnahe und umfassende Information des Fallmanagers und unterstreicht den ganzheitlich koordinierenden Charakter seiner Tätigkeit. Die Berater sollen ein vertrauensvolles und andauerndes Verhältnis zu den ihnen anvertrauten Klienten aufbauen. Angehörige oder Lebenspartner können auf Wunsch des Betroffenen ebenfalls in ein Fallmanagement integriert werden.

Da die Fallmanager institutionell den Pflegekassen zugeordnet sind, obliegt es grundsätzlich Ihnen, für entsprechend qualifiziertes Personal zu sorgen. Der Spitzenverband der Pflegekassen hat hierzu entsprechende Qualifizierungsmerkmale definiert. Um in diesem Berufsfeld tätig sein zu können, ist eine berufliche Grundqualifikation als Altenpfleger, Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Sozialversicherungsfachangestellter oder ein abgeschlossenes Studium der Sozialen Arbeit notwendig. Es kommen auch Personen mit anderen, für die Aufgabe qualifizierenden Berufsabschlüssen in Betracht, wie z.B. Heilpädagogen. Personen die bereits vor dem 1. Januar 2009 für mindestens drei Jahre als Pflegeberater im Sinne des § 7 SGB XI / § 14 SGB I tätig waren und über eine berufliche Grundqualifikation verfügen, dürfen ebenfalls als Fallmanager tätig werden. Die Grundqualifikationen müssen durch Weiterbildungen sowie ein Pflegepraktikum ergänzt werden. Hierzu sieht der Spitzenverband Weiterbildungen in drei Modulen vor, die wiederum mit einer Mindeststundenzahl hinterlegt sind. Das 1. Teilmodul wird mit "Pflegefachwissen" umschrieben und hat einen Gesamtumfang von 100 Stunden; vermittelt werden unter anderem pflegerelevante medizinische Grundkenntnisse. Im 2. Modul, das einen Weiterbildungsumfang von 180 Stunden hat, wird unter der Überschrift "Case-Management" vor allem das Erstellen von Versorgungsplänen geschult. Mit 120 Stunden wird im 3. Modul das Thema "Recht" behandelt, bei dem z.B. das Vertragsrecht der Pflegekassen als ein Schwerpunkt berücksichtigt wird. Das Pflegepraktikum wird mit einem Gesamtumfang von 3 Wochen beziffert, welches auch tages- oder stundenweise absolviert werden kann. Für alle Punkte des Weiterbildungskataloges besteht die Möglichkeit, bereits erworbene Qualifikationen anerkennen zu lassen. Sind z.B. im Rahmen der Ausbildung oder des Studiums Inhalte nachweisbar behandelt worden, sollen diese bei der Ausbildung berücksichtigt werden. In dem späteren Berufsfeld muss die jeweilige Pflegekasse die unterschiedlichen Qualifikationen ihrer Berater berücksichtigen und bei speziellen Betreuungsfällen entsprechend einsetzen.

Personell kann die Pflegekasse die Aufgaben der Pflegeberatung zudem auch an Dritte übertragen. Dies dient der Berücksichtigung bestehender Strukturen und soll eine Überversorgung bzw. Doppelbesetzung von Beratungsbezirken verhindern.

Wie viele Beratungsfälle auf einen Berater zukommen, ist bisher nicht geklärt. Sicher scheint bisher nur, dass der Beratungsbedarf zu Beginn einer Pflegesituation erhöht sein dürfte und dass es unterschiedliche Intensitäten bei den verschiedenen Beratungsfällen geben wird. Bis zum 30. Juni 2011 soll ein wissenschaftlich begleiteter Bericht zu den mit den Pflegeberatungen gesammelten Erfahrungen vorgelegt werden, der auch in der Frage eines adäquaten Fallschlüssels Aufklärung bringen soll.

3.2 Kritik

Verschiedene Interessenverbände äußern Kritik zum Thema "Fallmanagement". Die Bundesärztekammer mit ihrer Vizepräsidentin Dr. Cornelia Goesmann befürchtet, dass die neu zu schaffenden Verwaltungsstrukturen Gelder in Anspruch nehmen, die sonst dem Pflegebedürftigen zu Gute kommen würden. Frau Dr. Cornelia Goesmann erachtet vielmehr die Stärkung des Hausarztmodells und die Übernahme von Beratungstätigkeiten durch den Hausarzt oder die Hausärztin als sinnvoller und den besseren Weg (vgl. Penzlien, 2008).

Der deutsche Pflegerat betrachtet die Organisatorische Angliederung der Pflegeberater bei der Pflegekasse mit Skepsis. Befürchtet wird, dass beratende Tätigkeiten hierdurch beeinflusst werden und somit evtl. Entscheidungen und Empfehlungen nicht immer ausschließlich zum Wohl des Klienten getroffen werden.

3.3 Nachgefragt

Wie sieht es mit dem Fallmanagement in der Praxis aus? Können Interessierte eine Pflegeberatung in einem Pflegestützpunkt in Anspruch nehmen? Um diese Fragen zu beantworten wurde exemplarisch der telefonische Rat des Bürgerservice einer niedersächsischen Stadt eingeholt. Ergebnis dieser Stichprobe ist, dass die Maßgaben des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes hinsichtlich des Aufbaus von Pflegestützpunkten bisher nur sehr bedingt umgesetzt worden sind. Eine Pflegeberatung ist zwar möglich, sie wird derzeit jedoch noch von Institutionen übernommen, die bereits vor der Gesetzesnovelle bestanden haben; so wird das "Fallmanagement" nach wie vor von den jeweiligen Beratern des Sozialamtes und der zuständigen Pflegekasse übernommen. Zentrale Pflegestützpunkte existieren derzeit noch nicht; aufgebaut wurde bislang lediglich ein Modellstützpunkt in Langenhagen bei Hannover.

Die niedersächsischen Gemeinden warten derzeit noch auf eine so genannte "Rahmenvereinbarung", in der Details zu den Pflegestützpunkten und des Fallmanagements geregelt sind. Diese soll dann den endgültigen Anstoß zur Umsetzung des Gesetzes geben. Geplant ist eine Verabschiedung im 1. Halbjahr 2009. Bis diese Vereinbarungen dann tatsächlich in der Praxis umgesetzt worden ist, wird es indes wieder einige Zeit dauern. In vielen Gemeinden ist somit wohl nicht vor 2010 mit einem Pflegestützpunkt und dort angesiedelten Fallberatern zu rechnen. Intention dieser Umsetzungsstrategie Niedersachsens ist die Verhinderung so genannter Doppelstrukturen durch die Vorhaltung von Fallberatern in Ämtern und Stützpunkten. Ob diese Strategie den gewünschten Erfolg bringt, bleibt abzuwarten. Eine Beteiligung der Städte und Gemeinden und wohl überlegte Umsetzungsstrategien können von Vorteil sein, solange sich die unterschiedlichen Gremien nicht zum Leidwesen der Pflegebedürftigen und ihrer Familien gegenseitig behindern.

4 Pflegestützpunkte

Im Herbst 2003 hat das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung den "Runden Tisch Pflege" ins Leben gerufen. Rund 200 Experten aus Wissenschaft, Bund, Ländern, Kommunen, Verbänden und der Praxis haben in rund zwei Jahren Handlungsempfehlungen erarbeitet, die aus ihrer Sicht für die Umsetzung "menschlicher, fachlicher und finanzierbarer Anforderungen in der Pflege und Betreuung" (vgl. bmfsfj, 08/2008) erforderlich sind, und haben diese anhand von Praxisbeispielen dargestellt. Des Weiteren ist eine "Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen" (bmfsfj, 12/2007) entwickelt worden. Sie bestätigen unter anderem, dass gerade die wachsende Angebotsvielfalt im Bereich der ambulanten Pflege für pflegebedürftige Menschen unüberschaubar ist; zudem sind in der Praxis die Aufgaben der an der Pflege Beteiligten nach wie vor segmentiert und wenig koordiniert. Ein weiteres Problem ist, dass eine sinnvolle Zusammenführung von Pflege- und Betreuungsangeboten oft genug dem Zufall überlassen ist.

4.1 Gesetzliche Grundlagen

Diese Erkenntnisse sind mit der Verabschiedung des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes mit der Forderung nach erweiterter Pflegeberatung (§ 7 SGB XI) und der Einrichtung von Pflegestützpunkten (§ 42c SGB XI) aufgegriffen worden.

Seit dem 1. Januar 2009 haben alle Personen, die Leistungen nach SGB XI erhalten, einen Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch einen Pflegeberater (vgl. Kapitel 3). Dadurch soll dem Leistungsempfänger eine Hilfestellung zur Auswahl und Inanspruchnahme von gesetzlichen Sozialleistungen und sonstigen Hilfsangeboten gegeben werden, die auf die Unterstützung des Pflege-, Versorgungs- oder Betreuungsbedarfs ausgerichtet sind. Ein Pflegeberater übernimmt die Rolle des Case-Managers, indem er den gesamten Prozess der Leistungserbringung begleitet und koordiniert. Angesiedelt ist der Case-Manager bei den Pflegestützpunkten, wobei sich deren Anzahl nach den örtlichen Gegebenheiten zu richten hat.

Kranken- und Pflegekassen haben nach § 42c SGB XI die Aufgabe, diese Pflegestützpunkte einzurichten; Träger sind mithin die beteiligten Kosten- und Leistungsträger. Die Entscheidung, in welchem Bundesland bzw. in welcher Kommune wie viele Pflegestützpunkte eingerichtet werden, bestimmt die zuständige oberste Landesbehörde. Hat diese die Einrichtung eines Pflegestützpunktes veranlasst, muss dieser innerhalb von sechs Monaten aufgebaut werden. Gelingt es den Kranken- und Pflegekassen nicht, innerhalb von drei Monaten die erforderlichen Verträge abzuschließen, haben die Landesverbände der Pflegekassen innerhalb eines weiteren Monats

die Inhalte der Verträge festzulegen. Entscheidet sich die oberste Landesbehörde gegen die Einrichtung von Pflegestützpunkten, so werden keine eingerichtet.

Ein Pflegestützpunkt ist für ca. 20.000 Einwohner zuständig, wodurch ein flächendeckendes Netz an Stützpunkten geknüpft werden soll. Ferner soll so gewährleistet sein, dass sie für jeden hilfebedürftigen Menschen gut zu erreichen sind (Wohnortnähe). Besonderer Wert ist darauf zu legen, dass die Beratungs- und Koordinationsleistungen, die in den Pflegestützpunkten angeboten werden, unabhängig von den jeweiligen Kostenträgern und Leistungserbringern sind, so dass Wettbewerbsverzerrungen vermieden werden. Dies schließt jedoch nicht aus, dass ein Pflegestützpunkt in den Räumlichkeiten z.B. eines Gesundheitszentrums eingerichtet wird.

4.2 Aufgaben der Pflegestützpunkte

Mit der flächendeckenden Implementierung von Pflegestützpunkten soll vor allem die pflegerische Versorgung hilfebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen verbessert werden. Oberstes Ziel ist es, dass pflegebedürftige Personen so lang wie möglich in häuslicher Umgebung verbleiben können und Angehörige die entsprechende Unterstützung erhalten, damit diese die Pflege und Betreuung zu Hause leisten können. Notwendigerweise sind dazu regionale und kommunale Versorgungsstrukturen zu vernetzen und eine wohnortnahe Versorgung sicherzustellen. Das Pflegeweiterentwicklungsgesetz sieht dazu die Implementierung von Pflegestützpunkten als geeignetes Mittel an. Pflegestützpunkte haben nutzer- und systembezogene Aufgaben zu erfüllen (modifiziert nach Schaeffer/Kuhlmey, 2008).

Nutzerbezogene Aufgaben:

- Informations- und Anlaufstelle für pflegebedürftige Personen und deren Angehörige zu allen pflegerelevanten Fragen, Rechten und Pflichten
- Hilfestellung durch Beratung und Unterstützung bei der Auswahl geeigneter Dienste und Versorgungsangebote
- Ermöglichung des Zugangs zu Pflege, pflegeergänzenden Diensten und anderen Versorgungsangeboten
- Durchführung von individueller Versorgungsplanung und -organisation (vgl. Kapitel 3.1)
- Koordinierung individueller problembezogener Versorgung und der dazu notwendigen Dienste

- Sicherung der Versorgungskontinuität durch z.B. Verhinderung von Versorgungsbrüchen und/ oder fortlaufende Anpassung der sich ändernden pflegerischen Versorgungsnotwendigkeit
- Begleitung der Personen durch den gesamten Prozess der Pflegebedürftigkeit
- Steuerung der bedarfs- und bedürfnisgerechten Versorgung durch ein geeignetes Case-Management
- Unterstützung lebensweltlicher Pflegearrangements und informeller Helfer leisten

Systembezogene Aufgaben:

- Bündelung, Zusammenführung und Integration der für eine wohnortnahe pflegerische Versorgung erforderlichen Dienste in der jeweiligen Region
- Sicherstellung einer umfassenden pflegerischen Versorgung aller Bevölkerungsgruppen durch eine regional spezifische Ausrichtung der Pflegestützpunkte an den Bedarf aller potentieller Nutzergruppen
- Schaffung von Kooperationsbeziehungen zu weiteren Instanzen/Diensten der pflegerischen Versorgung (z.B. Palliative Care)
- Initiierung von Vernetzungs- und Koordinationsprozessen, inkl. Verträgen zur integrierten Versorgung
- Durchführung regionaler Versorgungsplanung durch Community Health Assessments, Identifizierung von regionalen Versorgungslücken und schließen dieser Lücken
- Initiierung, Einbindung und Koordination bürgerschaftlichen Engagements

Im Pflegeweiterentwicklungsgesetz wird ausdrücklich geregelt, dass die Informationsweitergabe und Beratung in den Pflegestützpunkten neutral und trägerunabhängig zu erfolgen hat. Ebenso wird betont, dass durch die Implementierung von Pflegestützpunkten die vorhandenen vernetzten Beratungsstrukturen in den Kommunen nicht aufgehoben werden sollen. Vielmehr ist es das Ziel, diese vorhandenen Strukturen aktiv zu nutzen und weiter auszubauen. So sollen zugelassene und tätige Pflegeeinrichtungen, private Kranken-/Pflegeversicherungen und Stellen der örtlichen Altenhilfe für die Gewährung der Hilfen zur Pflege nach SGB XII integriert werden (siehe Abbildung 4-1).

Zum Verständnis sei noch einmal in Erinnerung gerufen, dass die Pflegeberatung (Case-Management) nach § 7a SGB XI in den Pflegestützpunkten angesiedelt ist und so einen Begleitprozess mit einer individuellen Versorgungssteuerung ermöglicht. Im Pflegestützpunkt findet sowohl individuelle und unabhängige Beratung als auch Koordination der kommunal vorhandenen Hilfsangebote der unterschiedlichen Versorgungsebenen statt (Care-Management).

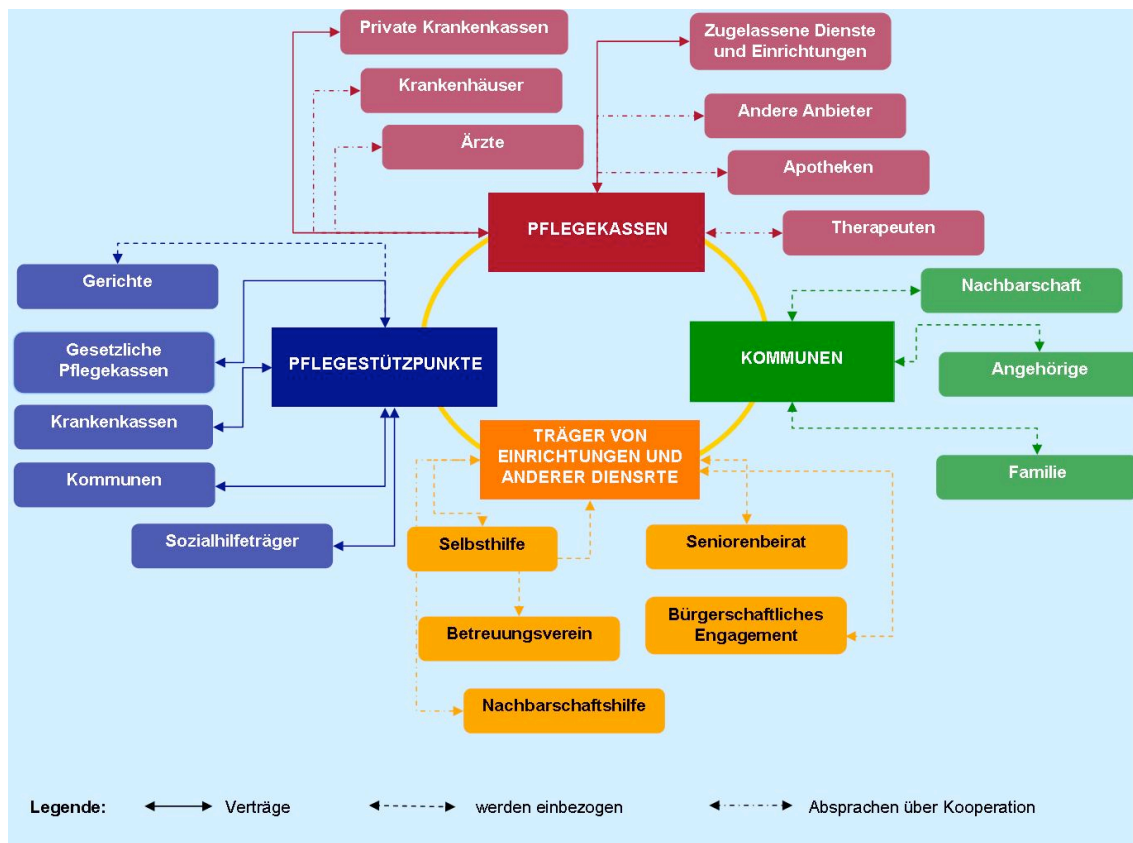


Abbildung 4-1 Mehrdimensionales Sektorenverständnis als Welfare Mix (entnommen aus Frommelt et al., 2008)

4.3 Finanzierung und personelle Anforderungen

Die an den Verträgen beteiligten Kostenträger tragen anteilmäßig die Aufwendungen für den Betrieb der Pflegestützpunkte. Um möglichst schnell einen bundesweiten Aufbau von Pflegestützpunkten zu erreichen, gibt es von der Pflegeversicherung eine Anschubfinanzierung von insgesamt 60 Mio. €. Der Aufbau eines Pflegestützpunktes kann mit einem Betrag von bis zu 45.000 € gefördert werden. Sofern ehrenamtlich Tätige und Selbsthilfegruppen nachhaltig in die Tätigkeit in den Pflegestützpunkten einbezogen werden, können zusätzlich 5.000 € zur Verfügung gestellt werden.

Obwohl es keine Verpflichtung gibt, können sich private Versicherungsunternehmen am Aufbau und dem Betrieb des Pflegestützpunktes beteiligen. In diesem Fall gelten für sie die gleichen Regelungen wie für die anderen Kostenträger.

Hat sich ein privater Versicherungsnehmer nicht am Aufbau und der Unterhaltung eines Pflegestützpunktes beteiligt, kann eine privat versicherte Person dennoch die Leistungen des Pflege-

stützpunktes in Anspruch nehmen. Bedingung ist, dass vom privaten Versicherungsunternehmen eine Vereinbarung mit den Vertragsparteien getroffen wurde, die Art, Inhalt und Umfang der Inanspruchnahme und die Vergütung regelt.

Neben den geforderten Case-Managern und Pflegefachkräften können zusätzliche Personen und Organisationen wie z. B.

- Mitglieder von Selbsthilfegruppen,
- ehrenamtlich tätige Personen,
- kirchliche, religiöse und gesellschaftliche Träger und Organisationen sowie
- Träger der Arbeitsförderung nach SGB III und den Trägern der Grundsicherung nach SGB II in die Arbeit der Pflegestützpunkte eingebunden werden.



Abbildung 4-2 geplante Pflegestützpunkte in NRW (Quelle: eigene Erstellung)

Mit der Verabschiedung der Rahmenvereinbarung zur Einführung von Pflegestützpunkten am 27. Februar 2009 kann mit deren Aufbau begonnen werden. In insgesamt 82 Städten/Gemeinden von NRW (siehe **Abbildung 4-2**) sollen nun Pflegestützpunkte errichtet werden. Insgesamt haben sich alle Bundesländer mit Ausnahme von Sachsen für die Einrichtung von Pflegestützpunkten entschieden, so dass damit zu rechnen ist, dass spätestens 2010 in diesen Städten/Gemeinden der einzelnen Bundesländer mindestens ein Pflegestützpunkt vorhanden sein wird.

4.4 Kritik

Kritik an Pflegestützpunkten wurde reichlich und von vielen unterschiedlichen Interessengruppen geübt. Hier soll eine Zusammenfassung erfolgen, die die Hauptkritikpunkte darstellt.

1. In einem Interview mit Kolkmann (2008) äußert Candidus von der Deutschen Gesellschaft für Versicherte und Patienten seine Bedenken, dass "in Pflegestützpunkten niemals die höchste Leistung für mich oder für meinen Angehörigen" erbracht wird. Dies könne schon deshalb nicht funktionieren, da Pflegestützpunkte den Pflegekassen zugeordnet seien. Deren Ziel es sei, Kosten zu reduzieren. Durch die zu befürchtende Leistungsreduktion werde die Pflegequalität sicherlich nicht verbessert.
2. Ferner stellt Candidus die Notwendigkeit von Pflegestützpunkten generell in Frage. Beispiele aus verschiedenen Kommunen zeigten, dass es durchaus schon vernetzte Strukturen gibt, die auch ohne staatliche Interventionen entstanden seien. Der Aufbau von Pflegestützpunkten führe nur zu Doppelstrukturen, die zum einen Geld kosten und zum anderen zur Verunsicherung der Adressaten führten. Er richtet daher eine Forderung an die Pflegekassen, Anreizsysteme zu schaffen, die Versorgungsinstitutionen zu einer engeren Kooperation veranlassen könnten.
3. Diese Forderung dürfte auch Neher, Präsident des Deutschen Caritasverbandes (2008) entgegenkommen, der bezweifelt, dass Pflegestützpunkte in Händen der Pflegekassen neutral und unabhängig sein könnten.
4. Schaeffer/Kuhlmey (2008) geben zu bedenken, dass die Aufgaben der im Pflegestützpunkt arbeitenden Pflegeberater sich nicht auf die "Behebung einer akuten Problemsituation oder von Informationsdefiziten" reduzieren lassen. Diese komplexe Tätigkeit, die

nichts mit einem Beratungssetting zu tun habe, erfordere aus gesundheits- und pflegewissenschaftlicher Sicht, sofern die Aufgabe ernst genommen werde, eine spezielle Qualifizierung. Dieser Meinung schließt sich im Grunde auch der Deutsche Pflegerat e. V. (Penzlien, 2008) an: Diese Aufgabe sollte einer qualifizierten Pflegeperson vorbehalten sein, die in sozialrechtlichen Angelegenheiten geschult ist.

5. Ausgehend von einer Gesamtbevölkerung von knapp 82,5 Mio. im Jahr 2008 müssten rein rechnerisch 4125 Pflegestützpunkte in Deutschland errichtet werden. Die zur Verfügung gestellten finanziellen Fördermittel reichen bei maximaler Fördersumme jedoch nur für 1200 Pflegestützpunkte aus. Fragwürdig ist daher, ob durch die begrenzt bereitgestellten monetären Mittel ein Wettbewerb ausgelöst wird und damit sehr zeitnah flächendeckend Pflegestützpunkte errichtet werden.
6. Des Weiteren wird die Zweckentfremdung gesetzlicher Krankenversicherungsbeiträge kritisiert. Goesmann (Penzlien 2008) von der Bundesärztekammer kann nicht verstehen, "warum zur bloßen Koordination von Pflege eine flächendeckende Infrastruktur von Pflegestützpunkten aufgebaut werden müsse". Auch sie befürchtet, dass der Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen "beträchtliche Mittel entzogen würden". Darüber hinaus ist sie der Meinung, dass der Hausarzt in Zusammenarbeit mit ambulanten Pflegediensten ein hinreichend kompetenter Koordinator sei.
7. Warum nur Personen, die Leistungen nach SGB XI erhalten, einen Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch einen Case-Manager haben, kann nicht schlüssig nachvollzogen werden. Steinhöfel (2008) stellt dar, dass ca. 30% aller Anträge auf Pflegeleistungen abgelehnt werden, da der überwiegende Hilfebedarf in der hauswirtschaftlichen Versorgung liege. Dass ein solch hoher Anteil an potenziell pflegebedürftigen Menschen nicht in den Blickwinkel der Fallsteuerung aufgenommen wird, ist kaum nachzuvollziehen. In Anbetracht der Tatsache, dass dieser Personenkreis einen realen Hilfebedarf hat, ist es nur konsequent zu fordern, dass dieser, wie auch Versicherte mit Pflegeeinstufung, schnelle und bedarfsgerechte Informationen und Hilfen zur Selbsthilfe erhalten.

4.5 Nachgefragt

Um zu eruieren, wie gut die Mitarbeiter einzelner Beratungsstellen informiert sind und welche Informationen sie einer pflege- bzw. hilfebedürftigen Person geben, wurden in einer Art Blindversuch unterschiedliche Institutionen einer Münsterländischen Kleinstadt mit der Bitte um eine Auskunft über die Zuständigkeit und Kostenträgerschaft pflegerischer Leistungen kontaktiert: Die Bürgerberatungsstelle verwies an das Sozialamt, verbunden mit dem Hinweis, sich dort an das Informationsbüro Pflege zu wenden. Nach Darstellung des Problems wurde schnell und verständlich Auskunft gegeben. Positiv war, dass empfohlen wurde, die Beratungsstelle direkt aufzusuchen, da eine Beratung zum Thema Pflegebedürftigkeit vergleichsweise viel Zeit benötige. Auf die Frage, wie es mit Pflegestützpunkten aussehe, konnte die Mitarbeiterin keine aktuelle Auskunft bezüglich des Aufbaus eines solchen Pflegestützpunktes in der Stadt geben.

Anfragen bei einer großen gesetzlichen Krankenkasse haben ergeben, dass diese die Beratung nach § 7 SGB XI erheblich erweitern werden. über die Bedeutung dieser Aussage, kann derzeit indes nur spekuliert werden. Die Analyse der Internetseiten unterschiedlicher Krankenkassen hat ergeben, dass die Internetauftritte ausführlich über die Themen Pflegestufen, Pflegegeld, Pflegedienst, Pflegehilfsmittel, Kurzzeitpflege, häusliche Pflege, Sachleistungen, vollstationäre Pflege und Wohnumfeldverbesserung informieren. Die Internetseite der AOK besticht jedoch durch mehr Serviceleistungen. So kann sich der Nutzer mit Hilfe des Pflegeheim- und Pflegedienstnavigators einen schnellen und vollständigen Überblick über die vorhandenen Dienstleistungsunternehmen am Wohnort verschaffen. Neben Eckdaten wie Telefonnummer und Adresse erhält der Nutzer bei den Pflegeeinrichtungen weitere Informationen über das Leistungsspektrum (z.B. vollstationäre Pflege, Kurzzeitpflege, Kosten) und, soweit vorhanden einen URL zur entsprechenden Homepage. Eine nette Einrichtung ist das "Ratgeberforum Pflege", das auch Nichtmitgliedern zur Verfügung steht. Dort können Fragen gestellt werden, die dann von einem Expertenteam der AOK in der Regel innerhalb eines Tages beantwortet werden.

5 Qualitätssicherung

Mit dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz werden die Vorschriften zur Qualitätssicherung in der Pflege neu geordnet und zusammengefasst. Die Qualitätssicherung basiert seitdem vor allem auf drei Säulen (Abbildung 5-1). Im Folgenden sollen diese Bereiche der Qualitätssicherung auf genauer dargestellt werden.

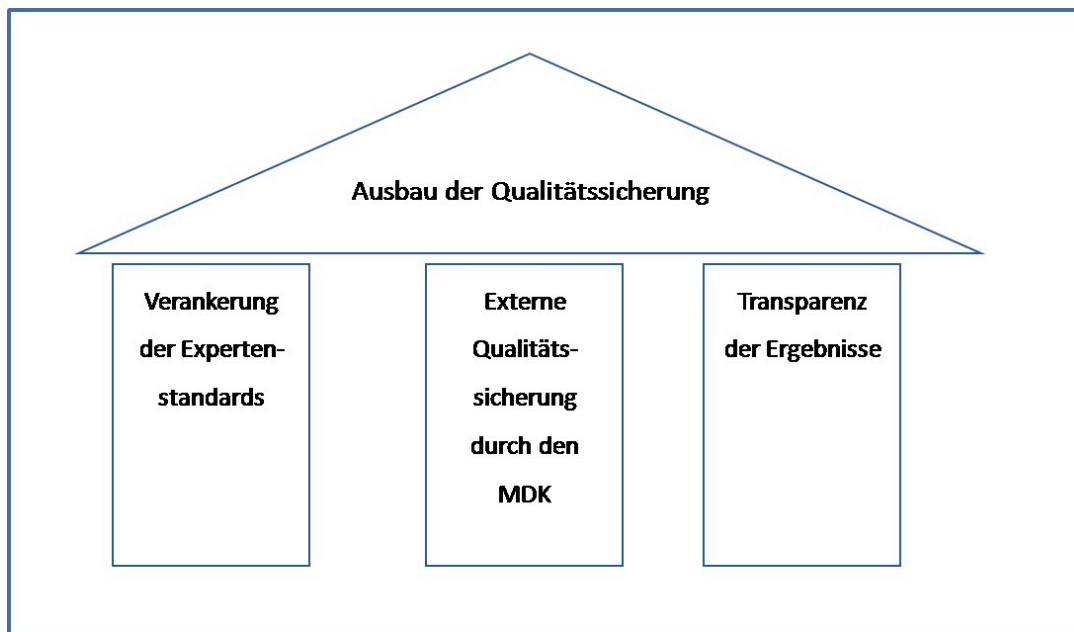


Abbildung 5-1 Qualitätssicherung (eigene Erstellung)

5.1 Qualitätsentwicklung durch Verankerung von Expertenstandards

Bislang sind für die Pflege insgesamt sieben Expertenstandards abrufbar. In diesen Standards werden verschiedene Bereiche pflegerischer Tätigkeiten beschrieben und bewährte Handlungsweisen erläutert. Mit dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz werden bestimmte Expertenstandards für verbindlich erklärt (vgl. §113a SGB XI [bislang §80 SGB XI]). Damit entspricht der Gesetzgeber internationalen Bestrebungen, auch pflegerische Tätigkeiten (ähnlich dem Konzept der "Evidenzbasierten Medizin") anhand von evidenzbasierten Qualitätskriterien zu standardisieren. In Deutschland arbeitet das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) zusammen mit dem Deutschen Pflegerat unter finanzieller Förderung des Bundesministeriums für Gesundheit an der Erarbeitung solcher Standards (vgl. Möwisch et al., 2008, S.112).

5.2 Externe Qualitätssicherung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung

Mit dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz wird das Procedere der Qualitätsprüfung durch den MDK erleichtert und flexibilisiert. Grundsätzlich gilt, dass sich bis 2010 alle Pflegeeinrichtungen einer ersten Überprüfung durch den MDK unterziehen müssen. Ab 2011 erfolgt dann eine jährliche, unangemeldete Überprüfung der Einrichtungen, bei der auch die Bewohner bezüglich der Zufriedenheit mit der Einrichtung befragt werden. Dabei liegt es nicht im Interesse des MDK, Qualitätsmängel schlichtweg aufzulisten; vielmehr soll der MDK den Einrichtungen beratend zur Seite stehen, um so Qualitätsmängeln vorzubeugen.

Zeigt eine Einrichtung Eigeninitiative zur Qualitätssicherung, kann dies unter bestimmten Voraussetzungen honoriert werden; zudem kann eine Zertifizierung der Einrichtung eine formelle MDK-Prüfung ersetzen. Auf diese Weise soll Eigenverantwortung und das Engagement einer Einrichtung für die Einführung von Qualitätsstandards gefördert werden. Es gilt jedoch zu beachten, dass hinsichtlich der bestehenden Qualitätsdimensionen nur die Prozess- und Strukturqualität über eine von den Einrichtungen veranlasste Prüfung bewertet werden können. Die Bestimmung der Ergebnisqualität, also die Überprüfung des Zustands der Bewohner bzw. Patienten, obliegt dem MDK. Bei einer Überprüfung durch den MDK soll jedoch nicht nur der körperliche Zustand der Bewohner überprüft werden; vielmehr ist auch die Zufriedenheit der Bewohner zu erfragen (vgl. ebd.).

5.3 Ergebnistransparenz

Die aktuellen Änderungen sehen eine zeitnahe Veröffentlichung der Ergebnisse der Prüfungen vor. Ziel ist die umfassende und verständliche Information von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen über von der Einrichtung erbrachte Leistungen sowie deren Qualität. Damit entsteht für die Einrichtungen eine neue, verschärfte Wettbewerbssituation (vgl. Möwisch et al., 2008, S.115).

Wird eine Einrichtung bei einer Regelprüfung schlecht bewertet, besteht die Verpflichtung, zeitnah Wiederholungsprüfungen durchzuführen. Dadurch wird ein Anreiz geschaffen, möglichst schnell die bestehenden Qualitätsmängel zu beheben. Die Kosten für eine Wiederholungsprüfung sind aber stets von der Einrichtung zu tragen (vgl. ebd., S.115-116).

Die Veröffentlichung der Ergebnisse erfolgt in Form eines Bewertungssystems, welches über Schulnoten von "sehr gut" bis "mangelhaft" eine erste Einschätzung ermöglicht. In der stationären Pflege werden 64 Einzelkriterien beschrieben, die eine Gesamtbenotung ausmachen. Dabei soll die Bewohnerbefragung, die mit 18 Kriterien abgefragt wird, gesondert dargestellt werden. In der ambulanten Pflege werden 49 Kriterien angelegt, die in 4 unterschiedliche Qualitätsbereiche (pflegerische Leistungen, ärztlich verordnete pflegerische Leistungen, Dienstleistungen und Organisation, Befragung der Kunden) segmentiert werden. Das Ergebnis der Kundenbewertung wird gesondert ausgegeben; aus den übrigen Einzelkriterien wird eine Gesamtnote berechnet (vgl. bmg, 02/2009).

5.4 Folgen mangelnder Pflegequalität

Die beschriebenen Maßnahmen zur Qualitätssicherung sind seit dem 1. Juli 2008 für alle Einrichtungen verpflichtend. Was aber passiert, wenn eine Einrichtung es nicht schafft, den Anforderungen gerecht zu werden? Für diesen Zweck wurde das sog. "abgestufte Instrumentarium" geschaffen. Die Landesverbände der Pflegekassen entscheiden auf der Grundlage des MDK-Berichts und nach Anhörung der Pflegeeinrichtung, ob und wenn nötig, welche Maßnahmen ergriffen werden müssen, um die festgestellten Mängel durch die Einrichtung beseitigen zu lassen. Die Pflegekasse übermittelt dem Träger der Einrichtung einen Mängelbescheid, verbunden mit der Aufforderung, diese Mängel bis zum Ablauf einer bestimmten Frist zu beseitigen. Entspricht eine Einrichtung nicht den gestellten Qualitätsanforderungen, kann die Pflegekasse die Pflegevergütungen für die Dauer der Pflichtverletzung kürzen (vgl. ebd.).

Erfüllt eine Einrichtung die Anforderungen für den Abschluss des Versorgungsvertrages auf Grund der Qualitätsmängel nicht mehr, können die Landesverbände der Pflegekassen im Einvernehmen mit dem zuständigen Träger der Sozialhilfe den Versorgungsvertrag kündigen. In besonders schweren Fällen kann auch eine fristlose Kündigung des Versorgungsvertrages in Betracht kommen. Dies trifft insbesondere in denjenigen Fällen zu, in denen aus Sicht des Trägers der Sozialhilfe oder der Landesverbände der Pflegekassen ein Festhalten am Pflegevertrag nicht mehr tragbar ist (vgl. ebd.).

5.5 Nachgefragt

Mit den Änderungen im Pflegeweiterentwicklungsgesetz bekommen die Pflegekassen die Möglichkeit, bei groben Vertragsverstößen seitens der Pflegeeinrichtungen die Versorgungsverträge zu kündigen - im schlimmsten Fall sogar fristlos. Wie die Erfahrungen der Pflegekassen mit den neuen Richtlinien aussehen, sollte durch eine telefonische Nachfrage stichprobenartig erfragt

werden. Diese Umfrage ergab, dass den Pflegekassen bislang noch keine Ergebnisse von Prüfungen durch den MDK vorliegen, da die Reform derzeit noch zu neu ist, um entsprechende Erfahrungen zu sammeln.

Bedenklich ist, dass eine stichprobenartige Anfrage und Begehung in Altenpflegeheimen zeigte, dass Pflegeeinrichtungen die Ergebnisse der Prüfung in den seltensten Fällen durch einen Aushang sichtbar in der Einrichtung präsentieren, obgleich sie dazu nach dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz eigentlich verpflichtet wären. So fand sich eine entsprechende Anzeige in keiner der besuchten Einrichtungen.

Insgesamt ist davon auszugehen, dass die Zeit bisher einfach zu kurz war, um erste Erfahrungen schildern und bewerten zu können. Der MDK hat bis Ende 2010 Zeit, alle Pflegeeinrichtungen in Deutschland zu begehen. Es ist daher davon auszugehen, dass mit den ersten Ergebnissen erst Mitte 2009 zu rechnen ist.

6 Pflegezeit

Mit dem im Zuge des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes verabschiedeten Pflegezeitgesetzes war der Gesetzgeber nicht nur auf dem Gebiet des Sozial-, sondern auch auf dem des Arbeitsrechts aktiv. Adressaten des zum 1. Juli 2008 in Kraft getretenen Gesetzes sind nach Vorbild der Bestimmungen zur Elternzeit nicht in erster Linie pflegebedürftige Personen, sondern deren berufstätige bzw. beschäftigte Angehörige sowie deren Arbeitgeber.

Der Gesetzgeber stellt mit dem Pflegezeitgesetz zwei Instrumente zur Verfügung, die eine kurz- oder längerfristige Betreuung eines Pflegebedürftigen durch eine unbezahlte, aber sozialversicherte Freistellung eines berufstätigen bzw. beschäftigten Angehörigen ermöglichen sollen. Die sog. Kurzzeitige Arbeitsverhinderung erlaubt es Beschäftigten, im Falle einer kurzfristigen und unerwartet auftretenden Pflegebedürftigkeit im Angehörigenkreis dem Arbeitsplatz für einen kurzen Zeitraum fernzubleiben. Diese Maßnahme dient in erster Linie der Organisation und Sicherstellung einer bedarfsgerechten Pflege (§ 2 PflegeZG). Die sog. Pflegezeit ermöglicht dagegen eine längerfristige Pflege und Betreuung für einen Zeitraum von maximal sechs Monaten (§ 4 PflegeZG). Voraussetzung ist stets, dass der Pflegebedürftige zu Hause und somit in vertrauter Umgebung gepflegt wird. Werden Pflegezeit oder kurzzeitige Arbeitsverhinderung in Anspruch genommen, bleibt sowohl der Sozialversicherungsschutz als auch der Anspruch auf den Arbeitsplatz erhalten. Ausgenommen von den Regelungen des Pflegezeitgesetzes sind Personen im Beamtenverhältnis.

6.1 Begriffsbestimmungen nach § 7 PflegeZG

Das Pflegezeitgesetz definiert als Angehörige sowohl Großeltern, Eltern und Schwiegereltern als auch Ehegatten, Lebenspartner (auch eheähnliche Gemeinschaften) und Geschwister. Darüber hinaus fallen auch (Adoptiv- oder Pflege) Kinder sowie (Adoptiv- oder Pflege) Kinder des Ehegatten oder Lebenspartners und Schwieger- und Enkelkinder unter den Begriff des Angehörigen.

Als Beschäftigte im Sinne des Gesetzes werden Arbeitnehmer bezeichnet, ebenso die zur ihrer Berufsbildung Beschäftigten. Hinzu kommen wirtschaftlich unselbständig tätige Personen, die als arbeitnehmerähnliche Personen angesehen werden. Unter den Begriff Arbeitgeber fallen natürliche und juristische Personen sowie Personengesellschaften, die mindestens einen Beschäftigten im Sinne des Gesetzes haben.

Pflegebedürftige im Sinne des Gesetzes müssen die Voraussetzungen der §§ 14 und 15 SGB XI erfüllen, in der Regel also mindestens die Pflegestufe I erreichen. Für die Inanspruchnahme der Kurzzeitigen Arbeitsverhinderung genügt die (ärztlich bescheinigte) voraussichtliche Erfüllung dieser Voraussetzungen.

6.2 Kurzzeitige Arbeitsverhinderung

Im Falle einer akuten Pflegebedürftigkeit sehen sich Angehörige häufig mit einer ganzen Reihe von organisatorischen Schwierigkeiten konfrontiert. Um hier eine zeitliche Entlastung zu schaffen, haben Angehörige zukünftig das Recht, dem Arbeitsplatz bis zu zehn Tagen fernzubleiben. In diesen zehn Tagen sollen organisatorische Maßnahmen getroffen werden, die eine weitere Versorgung des Pflegebedürftigen sicherstellen. In Betracht kommt in diesem Zusammenhang etwa die Betreuung eines Angehörigen nach einem Krankenhausaufenthalt, wenn eine direkte Überleitung in eine Pflegeeinrichtung nicht möglich ist (vgl. Möwisch et al., 2008, S. 43). Die Kurzzeitige Arbeitsverhinderung müssen Beschäftigte ihrem Arbeitgeber unverzüglich mitteilen. Diese Mitteilung bedarf zwar nicht der Schriftform, der Arbeitgeber kann allerdings eine ärztliche Bescheinigung einfordern, aus der die Pflegebedürftigkeit eines Angehörigen sowie die Notwendigkeit hierdurch veranlasster organisatorischer Maßnahmen hervorgeht (§ 2 PflegeZG). Aufgrund der Kurzfristigkeit der Maßnahme ist auch noch keine Begutachtung durch den MDK erforderlich. Anders als bei der Pflegezeit kann die Kurzzeitige Arbeitsverhinderung unabhängig von der Betriebsgröße in Anspruch genommen werden; entsprechende Ausnahmeregelungen für Betriebe mit 15 oder weniger Mitarbeitern entfallen demnach (vgl. Kapitel 6.3).

Die Fortzahlung der Vergütung erfolgt nur für den Fall, dass entsprechende Regelungen arbeits- oder tarifvertraglich fixiert sind; anderenfalls ist der Arbeitgeber nicht zur Entgeltfortzahlung während der Kurzzeitigen Arbeitsverhinderung verpflichtet. Infolgedessen unterbleibt in den meisten Fällen auch eine Beitragszahlung zur gesetzlichen Sozialversicherung; dennoch bleibt der Versicherungsschutz während der Kurzzeitigen Arbeitsverhinderung grundsätzlich erhalten (vgl. bmg, 03/2008).

6.3 Pflegezeit

Beschäftigte, die ihre pflegebedürftigen Angehörigen in der häuslichen Umgebung versorgen wollen, können nach § 3 Abs. 1 PflegeZG für einen Zeitraum von maximal sechs Monaten teilweise oder vollständig von der Arbeit freigestellt werden. Voraussetzung ist, dass der Beschäftigte den Arbeitgeber mindestens zehn Tage vor Antritt der Pflegezeit in schriftlicher Form von

seinem Vorhaben unterrichtet hat. Beschäftigte, die in einem Betrieb mit 15 oder weniger Mitarbeitern beschäftigt sind, haben kein Recht auf die Inanspruchnahme der Pflegezeit.

Die Pflegebedürftigkeit nach §§ 14 und 15 SGB XI muss dem Arbeitgeber im Falle der Inanspruchnahme der Pflegezeit durch die Vorlage einer Bescheinigung der Pflegekassen oder des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen nachgewiesen werden (§ 3 PflegeZG). Die Begutachtungsfrist durch den MDK reduziert sich im Falle einer Inanspruchnahme der Pflegezeit von regelmäßig fünf auf zwei Wochen, im Falle eines Krankenhausaufenthaltes auf eine Woche (vgl. Möwisch et al., 2008, S.45).

Beschäftigte müssen ihrem Arbeitgeber sowohl den gewünschten Zeitraum als auch den Umfang der Freistellung mit einer zehntägigen Vorlaufzeit mitteilen. Arbeitgeber sollen hierbei den Wünschen der Beschäftigten nachkommen, haben aber das Recht, die teilweise Freistellung aus dringenden betrieblichen Gründen abzulehnen (§ 3 PflegeZG).

Die Pflegezeit kann im vollen Umfang von sechs Monaten in Anspruch genommen werden, aber auch kürzere Zeiträume sind möglich. Eine anschließende Verlängerung bis zur Höchstdauer ist möglich, wenn der Wechsel der pflegenden Person aus wichtigem Grund nicht erfolgen kann (§ 4 PflegeZG). Eine Verlängerung bedarf dabei grundsätzlich der Zustimmung des Arbeitgebers. Die Pflegezeit endet zum vereinbarten Zeitpunkt, spätestens aber nach sechs Monaten. Bei Veränderung der Umstände (es liegt keine Pflegebedürftigkeit mehr vor, Unzumutbarkeit der häuslichen Pflege, Tod) endet die Pflegezeit vier Wochen nach Eintritt der Umstandsänderung. Anderweitige Verkürzungen sind nur mit der Zustimmung des Arbeitgebers möglich. Ebenso ist der Arbeitgeber über jegliche Umstandsänderung unverzüglich in Kenntnis zu setzen.

Während der Pflegezeit werden Beiträge zur Renten- und Arbeitslosenversicherung i.d.R. von den Pflegekassen gezahlt. Entsprechende Entgeltpunkte in der Rentenversicherung werden gutgeschrieben, wenn Angehörige mindestens 14 Stunden in der Woche gepflegt werden. Die Kranken- und Pflegeversicherung selbst erfolgt im Regelfall über die Familienversicherung. Ist eine familiäre Mitversicherung nicht möglich, können sich Beschäftigte freiwillig versichern. Die zu zahlenden Beiträge müssen während der Pflegezeit von den Beschäftigten allerdings selbst aufgebracht werden, eine anschließende Erstattung bis zur Höhe des jeweiligen Mindestbeitrages ist durch die Pflegekasse aber auf Antrag möglich (vgl. bmg, 06/2008).

6.4 Kündigungsschutz, Anspruch auf den Arbeitsplatz und Befristung von Verträgen

Nehmen Beschäftigte eine Kurzzeitige Arbeitsverhinderung und/oder Pflegezeit in Anspruch, so unterstehen sie nach § 5 PflegeZG einem besonderen Kündigungsschutz vom Zeitraum der Ankündigung der Inanspruchnahme bis zur Beendigung der Freistellung von der Arbeitsleistung. Darüber hinaus haben Beschäftigte grundsätzlich ein Recht darauf, ihre Beschäftigung nach der Inanspruchnahme zu den gleichen Bedingungen wieder aufzunehmen (vgl. Möwisch et al., 2008, S.44). An dieser Stelle sei für Auszubildende angemerkt, dass insbesondere die Pflegezeit nicht auf die Zeiten der Berufsbildung angerechnet wird.

Insofern der Arbeitgeber eine Vertretung für freigestellte Beschäftigte einstellt, liegt ein Sachgrund für eine Befristung der dahingehend geschlossenen Arbeitsverträge vor. Endet aber insbesondere die vereinbarte Pflegezeit vorzeitig, so kann der Arbeitgeber den befristeten Arbeitsvertrag der Vertretung mit einer Frist von zwei Wochen kündigen. Das Kündigungsschutzgesetz findet in diesen Fällen keine Anwendung (vgl. § 6 PflegeZG).

6.5 Kritik

Der Sozialverband Deutschland (SoVD) begrüßt die Einführung des Pflegezeitgesetzes, kritisiert aber die Ausnahmeregelung für Betriebe mit 15 oder weniger Mitarbeitern bei der Pflegezeit. Laut SoVD würde so eine große Anzahl von Beschäftigten von der Pflegezeit ausgeschlossen (vgl. SoVD, 2008).

Der SoVD verweist ebenfalls auf eine Versorgungslücke, die bei Personen entsteht, die nur kurzzeitig pflegebedürftig sind. Befänden sich z.B. Patienten nach einem Schlaganfall oder einem Herzinfarkt in der Rehabilitationsphase, seien diese voraussichtlich nicht für mindestens sechs Monate pflegebedürftig, so dass ein Anspruch auf Pflegezeit nicht begründet werde (vgl. ebd.). Häufige Kritik erntet das Pflegezeitgesetz auch wegen fehlender Regelungen zu Urlaubsansprüchen nach einem Abschluss der Pflegezeit, zur Mehrfachbeantragung der Kurzzeitigen Arbeitsverhinderung oder der Pflegezeit und zur Betreuung von Pflegebedürftigen durch zwei oder mehr Angehörige. Derart offene Fragen müssen in Zukunft durch die Rechtsprechung oder den Gesetzgeber geklärt werden.

Ob und wie schnell die arbeitsrechtlichen Instrumente des Pflegezeitgesetzes einen ähnlichen Bekanntheitsgrad erlangen, wie z.B. die gerne zum Vergleich herangezogene Elternzeit, wird wohl auch maßgeblich von einer Verbesserung der Informationsbasis für pflegende Angehörige abhängen. Die gleichzeitig mit der Pflegezeit geplanten Pflegestützpunkte stellen in diesem Zusammenhang sicherlich eine wichtige Säule innerhalb des Konzeptes Pflegereform 2008 dar.

Wegen des oftmals plötzlichen Eintrittes von Pflegebedürftigkeit sind Angehörige insbesondere in Bezug auf die Kurzzeitige Arbeitsverhinderung auf eine umgehende Beratung angewiesen, um das entsprechende Instrument auch zeitnah nutzen zu können. Haus- und Fachärzte sowie entlassende Einrichtungen und ihre entsprechenden Sozialdienste spielen hier ebenfalls eine große Beraterrolle.

Im Vergleich mit der Elternzeit ist der Zeitraum der Pflegezeit mit in der Regel bis zu sechs Monaten Arbeitsunterbrechung eng gehalten. Dies kann sowohl für den Arbeitgeber als auch für eventuell zur Vertretung eingestellte Arbeitnehmer insofern ein Problem darstellen, da

- a) die Pflegezeit unter gegebenen Umständen anders als die Elternzeit verkürzt werden kann, und
- b) für die zur Vertretung kein Kündigungsschutz bzw. ein Sonderkündigungsschutz gilt. Eine für ursprünglich sechs Monate geplante Pflegezeit kann z.B. bei Tod des Pflegebedürftigen mit vier Wochen Puffer beendet werden. Für die Pflegezeitvertretung ergibt sich daher bei einer Kündigungsfrist von zwei Wochen ein gewisses Maß an Planungsunsicherheit.

Um das Bedürfnis der Arbeitnehmer nach Freistellung mit dem Bedürfnis der Arbeitgeber, ihr unter Umständen qualitativ hochwertiges Personal in den Betrieben zu halten, auf einen Nenner zu bringen, sind Pilotprojekte wie Unterstützung bei der Vereinbarkeit von Beruf und Pflege (ZFBT, n.d.), wie sie derzeit vom Zentrum Frau in Beruf und Technik in Castrop-Rauxel entwickelt werden, zu begrüßen. Neben Informations- und Aufklärungsarbeit für Arbeitgeber und Arbeitnehmer geht es hierbei um Bedarfsanalysen, Beratung und die Entwicklung von konkreten betrieblichen Lösungen. So kann z.B. durch flexible Arbeitszeitmodelle eine deutliche Entlastung bei der Inanspruchnahme der Pflegezeit geschaffen werden.

Gewinner und Verlierer des neuen Pflegezeitgesetzes werden sich in der Praxis noch zeigen müssen. Die Bundesregierung erhofft sich Einsparungen, die durch die direkte ambulante Betreuung Pflegebedürftiger durch deren Angehörige erzielt werden; dementsprechend soll das Gesetz denjenigen Beschäftigten zu gute kommen, die sich ihren Angehörigen widmen wollen (oder müssen), ohne langfristig ihren Arbeitsplatz aufzugeben.

Dass Arbeitgeber und Personalverantwortliche die Einführung der Pflegezeit als neues arbeitsrechtliches Instrument durchaus auch positiv bewerten, zeigt die (wenn auch nicht repräsentative) Nachfrage.

6.6 Nachgefragt

Zur Einführung des Pflegezeitgesetzes befragte Mitarbeiter in Personalabteilungen konnten bislang auf keinerlei Praxiserfahrung mit dem neuen Gesetz zurückgreifen; dessen Einführung wird allerdings durchaus positiv bewertet. Die Doppelbelastung durch Beruf und pflegerischer Versorgung von Angehörigen und der damit einhergehenden Gefahr von Burn-Out-Symptomen, zusätzlichen Krankheitstagen und nachlassender Arbeitsqualität wird von Personalverantwortlichen ernst genommen.

Ebenfalls positiv bewertet wird der in § 6 PflegeZG ausgeschlossene Kündigungsschutz für zur Vertretung eingestellte Arbeitnehmern bewertet. Dies ermögliche eine flexible Handhabung ohne (vorübergehende) doppelte Lohnzahlung für den Fall, dass die Pflegezeit vorzeitig verkürzt wird. Allerdings wird auch kritisch hinterfragt, ob insbesondere qualifiziertes Personal stets derart kurzfristig ersetzt werden kann; häufig werde die Freistellung eines Beschäftigten auch durch die Mehrarbeit seiner Kollegen kompensiert werden müssen.

7 Resümee

Mit dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz wurde die soziale Pflegeversicherung zwar nicht revolutioniert, aber behutsam weiterentwickelt. Es trägt vor allem dazu bei, dass Leistungen künftig bedarfsgerechter erbracht und Pflegebedürftige sowie deren Angehörige stärker auf ihre jeweils spezifischen Bedürfnisse hin beraten werden können; erreicht wird dies unter anderem durch die (wenn auch behutsame) Ausweitung des Leistungskatalogs, die künftige Betreuung der Pflegebedürftigen durch spezielle Fallmanager und die Implementierung von so genannten Pflegestützpunkten. Ein weiteres Element der Reform ist der Ausbau der Maßnahmen zur Qualitätssicherung, um einen möglichst hohen Standard in der Pflege gewährleisten zu können; hier sind insbesondere die Verankerung von Expertenstandards und die externe Qualitätssicherung durch den MDK zu nennen.

Bei allem Lob für diese Ansätze muss eine abschließende Beurteilung der Reform jedoch noch dahinstehen, da viele der Änderungen innerhalb des Systems der sozialen Pflegeversicherung zwar gesetzlich festgeschrieben, in der Praxis aber noch nicht umgesetzt bzw. ausreichend evaluiert worden sind; dies gilt etwa für die Benotung von Pflegeeinrichtungen, die Errichtung der Pflegestützpunkte oder die Inanspruchnahme der individuellen Pflegeberatung. Umfangreichere Erfahrungen fehlen ebenfalls mit dem arbeitsrechtlichen Pflegezeitgesetz, dessen Möglichkeiten bislang eher spärlich genutzt worden sind - nicht zuletzt wohl wegen der unzureichenden Information der Bürger über die Einführung der Pflegezeit.

Die Lösung zweier großer Probleme ließ der Gesetzgeber mit der Verabschiedung des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes gänzlich außer Acht: Zum einen ist nach wie vor unklar, wie den drohenden Finanzierungsschwierigkeiten der sozialen Pflegeversicherung infolge der demographischen Verwerfungen innerhalb unserer Gesellschaft langfristig entgegengewirkt werden kann. Zum anderen wurde die von vielen Experten geforderte Novellierung der Pflegestufen und der Modalitäten zur Beurteilung von Pflegebedürftigkeit nicht in die Reform einbezogen und weiter vertagt.

Literatur und Fachartikel

Möwisch, A., Ruser, C., von Schwanenflügel, M., (2008).

Pflegereform 2008 – Änderungen und Verbesserungen für Pflegebedürftige und Leistungserbringer. Heidelberg, Frankfurt am Main: C.F. Müller Verlag, MedizinRecht.de

Schaeffer, D., Kuhlmei, A. (2008). Pflegestützpunkte – Impulse zur Weiterentwicklung der Pflege. *Zeitschrift für Gerontologie*, 41 (2), 81-85.

Steinhövel, C. (2008). Erwartung der Betroffenen werden bei Pflegeeinstufung häufig enttäuscht. *Die Schwester / Der Pfleger plus*, 10/2008, 136-139.

Internetquellen [alle Quellen am 22.06.2009 verfügbar]

bmg – Bundesministerium für Gesundheit. (03/2008). *Beiträge zur Sozialversicherung in der Pflegezeit.* [Internet]. Verfügbar unter:

http://www.bmg.bund.de/cln_110/SharedDocs/Downloads/DE/Neu/Pflegereform_Soziale_20Abische-rung.templateId=raw.property=publicationFile.pdf/Pflegereform_Soziale%20Abischerung.pdf

bmg – Bundesministerium für Gesundheit. (03/2008 II). *Das bringt die Pflegereform.* [Internet]. Verfügbar unter:

http://www.bmg.bund.de/cln_110/SharedDocs/Downloads/DE/Neu/Das-bringt-die-Pflegereform_Pdf-File.templateId=raw.property=publicationFile.pdf/Das-bringt-die-Pflegereform_Pdf-File.pdf

bmg – Bundesministerium für Gesundheit. (06/2008). *Themenindex: Pflegezeit.* [Internet]. Verfügbar unter:

http://www.bmg.bund.de/cln_110/nn_1168248/SharedDocs/Standardartikel/DE/AZ/P/Glossar_begriff-Pflegezeit.html

bmg – Bundesministerium für Gesundheit. (10/2008). *Gut zu wissen, das Wichtigste zur Pflegereform 2008.* [Internet]. Verfügbar unter:

http://www.bmg.bund.de/cln_110/SharedDocs/Publikationen/DE/Pflege/BMG-P-07054.templateId=raw.property=publicationFile.pdf/BMG-P-07054.pdf

bmg – Bundesministerium für Gesundheit. (02/2009). *Themenindex: Qualitätsmanagement.* [Internet]. Verfügbar unter:

http://www.bmg.bund.de/cln_110/nn_1168278/SharedDocs/Standardartikel/DE/AZ/Q/Glossar_begriff-Qualit_C3_A4tssicherung-Pflege.html

bmfsfj – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (10/2007). *Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen*. [Internet]. Verfügbar unter:

<http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/BMFSFJ/Service/Publikationen/publikationen,did=92830.html>

bmfsfj – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (08/2008). *Runder Tisch Pflege*. [Internet]. Verfügbar unter:

<http://www.bmfsfj.de/Politikbereiche/aeltere-menschen,did=16378.html>

bmj – Bundesministerium für Justiz, (2008). *PflegeZG – Gesetz über die Pflegezeit* (Pflegezeitgesetz). [Internet]. Verfügbar unter:

<http://bundesrecht.juris.de/bundesrecht/pflegezg/gesamt.pdf>

Frommelt, M., Klie, T., Löcherbach, P., Mennemann, H., Monzer, M., Wendt, W-R. (2008). *Pflegeberatung, Pflegestützpunkte und das Case Management. Die Aufgaben personen- und familienbezogener Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit und ihre Realisierung in der Reform der Pflegeversicherung*. [Internet]. Verfügbar unter:

<http://www.efh-freiburg.de/agp/PPCM%20Internetpublikation.pdf>

GKV – Spitzenverband. (2008). *Richtlinien nach § 87b Abs. 3 SGB XI zur Qualifikation und zu den Aufgaben von zusätzlichen Betreuungskräften in Pflegeheimen (Betreuungskräfte-RI vom 19. August 2008)*. [Internet]. Verfügbar unter:

https://www.gkv-spitzenverband.de/upload/2008_08_19_%C2%A787b_Richtlinie_2291.pdf

Kolkmann, B. (2008). *Patientenvertretung lehnt Pflegestützpunkte ab – Candidus warnt vor bürokratischem Moloch*. [Internet]. Verfügbar unter:

<http://www.dradio.de/dkultur/sendungen/interview/726072/>

Neher, P. (2008). *Hausarzt ist „geborener Pflege-Koordinator“. Bundesärztekammer bezeichnet Pflegestützpunkte als sinnlos*. [Internet]. Verfügbar unter:

http://www.aerztlichepraxis.de/artikel_politik_aktuell_pflegestuetzpunkte_1200918581.htm

Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit. (n.d.). *Land fördert flächendeckend niedrigschwellige Betreuungsangebote*. [Internet]. Verfügbar unter:

http://www.ms.niedersachsen.de/master/C50102570_L20_D0_I674_h1.html

Penzlien, M. (2008). *Streitfall Pflegestützpunkte. Nachlese zur Anhörung vor dem Gesundheitsausschuss des Bundestages*. [Internet]. Verfügbar unter:

http://www.penzlien.net/pflegebrief_2008_01.pdf

Rheinland Pfalz – Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen. (n.d.). *Pflegeleistungsergänzungsgesetz: Niedrigschwellige Betreuungsangebote und Modellvorhaben*. [Internet]. Verfügbar unter:

<http://www.masgff.rlp.de/soziales/pflege/niedrigschwellige-betreuungsangebote/>

SoVD – Sozialverband Deutschland. (2008). *Pflegereform 2008*. [Internet]. Verfügbar unter:

<http://www.sovd.de/1286.0.html>

Sozialgesetzbuch. (2009). *SGB XI § 7a Pflegeberatung*. [Internet]. Verfügbar unter:

<http://www.sozialgesetzbuch-bundessozialhilfegesetz.de/buch/sgbxi/7a.html>

ZDF – Morgenmagazin. *Experte kritisiert die Pflegereform*. [Internet]. Verfügbar unter:

http://www.zdf.de/ZDFmediathek/content/Experte_kritisiert_die_Pflegereform/532246/531358

Zentrum Bayern Familie und Soziales. (n.d.). *Förderung der Angehörigenarbeit im Bayrischen Netzwerk Pflege. Anerkennung und Förderung von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten*. [Internet]. Verfügbar unter:

<http://www.zbfs.bayern.de/esf/aanb.html>

ZFBT – Zentrum Frau in Beruf und Technik. (n.d.). *Unterstützung bei der Vereinbarkeit von Beruf und Pflege*. [Internet]. Verfügbar unter:

http://www.zfbt.de/vereinbarkeit_beruf_und_familie/beruf_und_pflege/index.htm

ZGV Online – Zentralverband Gewerblicher Verbundgruppen e.V. (2008). *Pflegezeitgesetz tritt in Kraft*. [Internet]. Verfügbar unter:

<http://www.zgv-online.de/Themen/Arbeit-Soziales/Arbeitsrecht/E3953.htm?b=1>