

23.10.2007

Stellungnahme
zum Referentenentwurf des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes (PfWG)

Teilhabe pflegebedürftiger Menschen stärken

Die DVfR begrüßt den vorliegenden Referentenentwurf, der – neben beabsichtigten Verfahrensverbesserungen, einer Sicherung der Finanzierungsgrundlagen für das kommende Jahrzehnt und Korrekturen in der Versorgungsorganisation – auch auf die *inhaltliche* Fortentwicklung der Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) zielt und diese besser auf die Bedürfnisse pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen ausrichten will. Viele der dazu getroffenen Festlegungen können sicher dazu beitragen, diesem Ziel näher zu kommen.

Aus unserer Sicht fehlen jedoch im Referentenentwurf wichtige Ansätze zur Sicherstellung der Teilhabe pflegebedürftiger Menschen am Leben in der Gesellschaft. Erforderlich sind Regelungen, die Leistungen des SGB XI mit denen anderer Sozialgesetzbücher vernetzen und so die ganzheitliche bedarfsgerechte Versorgung und Betreuung von pflegebedürftigen Menschen sicherstellen.

Ausgangspunkt

Die Lebenssituation pflegebedürftiger Menschen ist nicht nur durch ihren Pflegebedarf, sondern auch durch die Beeinträchtigung ihrer Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, durch oft unzureichende medizinische Versorgung, eingeschränkten Zugang zu den erforderlichen Hilfen und Leistungen, unzureichende ganzheitliche Leistungsorganisation sowie durch hemmende Schnittstellen des gegliederten Sozialleistungssystems gekennzeichnet. Unzureichend sind darüber hinaus die ambulanten Hilfestrukturen für eine ganzheitliche Betreuung und Versorgung pflegebedürftiger Menschen und die Unterstützung der Angehörigen und Laienpfleger. Deshalb ist es aus unserer Sicht dringend erforderlich, mit der Weiterentwicklung der Pflegeversicherung folgende Aufgaben zu lösen:

- Überwindung der Schnittstellenprobleme und sektoralen Hemmnisse des gegliederten Systems (Vernetzung der Sozialgesetzbücher V, IX, XI und XII sowie des künftigen Präventionsgesetzes)
- Sicherung der medizinischen Versorgung Pflegebedürftiger durch geriatrisch fortgebildete Ärzte (Fortbildungsoffensive!)
- Umfassende Feststellung des bedarfsgerechten Leistungs- und Hilfebedarfs pflegebedürftiger Menschen auf der Grundlage der ICF

- Gestaltung der Leistungsverfahren ohne Brüche und Wartezeiten
(Vernetzung von Leistungen zur Überwindung von Schnittstellen)

Angesichts der kurzfristigen Terminsetzung unterbreiten wir nur zu einzelnen, ausgewählten Punkten Vorschläge:

1 Zu § 1 Absatz 4 – Teilhabe nach dem SGB IX

An § 1 Abs. 4 wird folgender Satz 2 angefügt: „Leistungen zur Teilhabe richten sich nach dem SGB IX.“

Begründung: Pflegebedürftige Menschen sind infolge von Krankheit und Behinderung zugleich in ihrer Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt und deshalb auch immer behinderte Menschen im Sinne des § 2 SGB IX. Für pflegebedürftige Menschen gelten deshalb neben den Bestimmungen des SGB XI immer auch die Bestimmungen des SGB IX.

2 Zu § 2 Abs. 2 Satz 2 – Selbstbestimmung/Wunschrecht

§ 2 Abs. 2 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„§ 9 Abs. 1 Satz 1 des SGB IX findet Anwendung.“

Der Satz 2 des Entwurfs (zum Wunsch nach gleichgeschlechtlicher Pflege) wird neuer Satz 3.

Begründung: Es existieren derzeit unterschiedliche Regelungen zu gleichen Sachverhalten im SGB XI und SGB IX, aus denen Probleme in der Praxis resultieren können. Z.B. geht das Wunsch- und Wahlrecht nach § 9 SGB IX für behinderte Menschen, die auch pflegebedürftige Menschen sein können, weitgehend von Selbstbestimmung aus („berechtigter Wünsche“), während das SGB XI diese Selbstbestimmung auf „angemessene Wünsche“ reduziert.

3 Zu § 7a – Pflegebegleitung

Kommentar:

Der Anspruch auf Pflegebegleitung (in Trägerschaft der Pflegekassen/Pflegestützpunkte) lässt aus unserer Sicht wenig Spielraum für eine unabhängige Beratung. Verbraucher benötigen unabhängige Lotsen im System, die entsprechend dem individuellen Hilfebedarf ohne eigene wirtschaftliche Interessen beraten und begleiten. Zumindest muss den Versicherten die Inanspruchnahme der Pflegebegleitung auf freiwilliger Basis und die freie Wahl eines Fallmanagers zugesichert werden. Die Bearbeitung der Leistungsbewilligung durch Mitarbeiter der Pflegekassen ist klar von den Aufgaben des Fallmanagers abzugrenzen.

4 Zu § 18 – Aufgabe des MDK / Bedarf an Teilhabeleistungen

Kommentar:

Der MDK sollte im Rahmen der Begutachtung nach § 18 SGB XI zur Pflege zugleich verpflichtet werden, unverzüglich auch die Bedarfe an Teilhabeleistungen nach dem SGB IX abzuklären und Maßnahmen einzuleiten (durch Mitteilung an die Pflegekasse und die vom Berechtigten gewählte Gemeinsame Servicestelle). Dieser Vorschlag übernimmt die Intention des § 8 SGB IX in die Pflegeversicherung, der die Rehabilitationsträger bei jeder Erbringung von Sozialleistungen wegen oder unter Berücksichtigung einer Behinderung oder drohenden Behinderung zur Prüfung verpflichtet, ob Teilhabeleistungen voraussichtlich erfolgreich sind. Dafür ist aber die genaue Beschreibung von Aufgaben des MDK im Gesetz notwendig!

5 Zu § 18 Abs. 8 – Pflegeeinstufung kraft Gesetzes

Nach § 18 Abs. 7 wird folgender neuer Absatz angefügt:

„(8) Wird jemand mit erheblichem Hilfebedarf ohne Zuordnung zu einer Pflegestufe aus dem Krankenhaus entlassen (§ 7 Abs. 2 Satz 2), weil innerhalb der in Abs. 3 Satz 3 genannten Frist keine Begutachtung durchgeführt wurde, werden bis zur Einstufung durch eine Begutachtung nach Absatz 1 vorläufig Leistungen in Höhe der Pflegestufe 1 gewährt.“

Begründung: Das entscheidende Hindernis für die nahtlose Weiterversorgung ist die noch nicht begutachtete Pflegebedürftigkeit und fehlende Kostenübernahmeentscheidung für nachfolgende Leistungen. Um den pflegebedürftigen Menschen wirklich Versorgungssicherheit zu geben und Versorgungslücken zwingend auszuschließen, sollten für die Fälle, in denen das System nicht greift, vorübergehende Leistungen automatisch vorgesehen werden. Eine vorschnelle Einordnung in Pflegestufen zur Vermeidung von Versorgungslücken sollte hingegen vermieden werden (Pflegekarriere!).

Kommentar: Zugleich muss klargestellt werden, ob solche Leistungen nicht in den Bereich des SGB V (§ 37, Häusliche Krankenpflege) fallen.

Dies trifft insbesondere im Fall einer notwendigen Kurzzeitpflege zu, wenn zwar vermutlich in Zukunft keine andauernden Pflegeleistungen notwendig werden, aber vorübergehend Pflege und Betreuung sichergestellt werden müssen (z. B. nach einer Akutbehandlung, wenn die Rehabilitationsfähigkeit noch nicht erreicht ist). Solche Leistungen müssen nicht nur im Haushalt der Betroffenen, sondern auch als stationäre Übergangspflege erbracht werden können, ohne dass eine (im Grunde überflüssige) Pflegeeinstufung erfolgt, die oft auch einen verschlechterten Zugang zur Rehabilitation bedeutet. Derzeit sind viele Menschen in dieser Situation unversorgt oder bezahlen die Pflegeleistungen aus eigener Tasche.

6 Zu § 31 Abs. 3 – Zusammenarbeit von Pflegekasse und Rehabilitationsträger

In § 31 Abs. 3 werden nach „Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ die Worte „und Teilhabe“ ergänzt.

Kommentar: Zur Verkürzung der Entscheidungsfristen ist es sinnvoll, wenn der Medizinische Dienst entsprechend § 18 gleichzeitig die Pflegekasse und die zuständige Gemeinsame Servicestelle über notwendige Teilhabeleistungen informiert, damit durch den zuständigen Träger Maßnahmen innerhalb der Fristen nach § 14 Abs. 2 des SGB IX eingeleitet werden.

Soweit erforderlich, sollte die Pflegekasse vorläufige Leistungen nach § 32 Abs. 2 erbringen, wenn nach ihrer Prüfung die zuständigen Rehabilitationsträger nicht rechtzeitig handeln.

7 Zu § 32 – Vorrang von Prävention und Rehabilitation/Vorleistungspflicht

§ 32 Abs. 2 wird wie folgt gefasst:

„Die Pflegekasse hat vorzuleisten, wenn der zuständige Träger nach Unterrichtung über den Rehabilitationsbedarf nicht innerhalb der Fristen des § 14 Abs. 2 SGB IX über die erforderlichen Rehabilitationsleistungen entscheidet.“

Begründung:

Mit diesem Vorschlag werden das bisher praktizierte und das im Entwurf vorgesehene Verfahren wesentlich verkürzt, und die dem Träger eingeräumte Entscheidungsfrist wird

auf einheitlich 3 Wochen verkürzt. Insoweit wird dadurch Übereinstimmung mit dem SGB IX hergestellt.

Die Vorleistung belastet die Pflegekassen finanziell nicht, da die Kosten der Vorleistung von dem leistungsverpflichteten Rehabilitationsträger zu erstatten sind.

Damit sind auch die in § 40 SGB V vorgesehenen Anreizzahlungen wegen unterlassener Rehabilitation von den Krankenkassen an die Pflegekassen entbehrlich und die entsprechenden Regelungen überflüssig. Im Verhältnis zu den Aufwendungen für Rehabilitationsleistungen ist der von den Krankenkassen zu zahlende Betrag von 1536€ zudem so gering, dass es für sie weiterhin ertragreicher ist, keine Rehabilitationsleistungen zu erbringen. Auch eine drastische Erhöhung des Betrages dürfte daran mit Blick auf Wettbewerb und Zusatzbeitrag der Krankenkassen wenig ändern (siehe Punkt 12).

Alternativvorschlag:

Erhöhung des Betrags für unterlassene Rehabilitationsleistungen auf mindestens 3500€.

8 Zu § 35a – Teilnahme an einem trägerübergreifenden Budget

In § 35a Satz 1 wird nach den Worten „...Geldleistung budgetfähig“ das Komma durch einen Punkt ersetzt und der nachfolgende Halbsatz (...“die Sachleistungen nach §§ 36, 38, 41 dürfen nur in Form von Gutscheinen zur Verfügung gestellt werden, die zur Inanspruchnahme von zugelassenen Pflegeeinrichtungen ... berechtigen.“) ersatzlos gestrichen.

Begründung: Bisher dürfen die Sachleistungen gemäß den §§ 36, 38 und 41 im Rahmen des persönlichen Budgets nach § 17 SGB IX nur in Form von Gutscheinen zur Verfügung gestellt werden, die zur Inanspruchnahme von zugelassenen Pflegeeinrichtungen berechtigen. Die mit dem persönlichen Budget angestrebte Förderung der Selbstbestimmung und der Eigenverantwortung der Berechtigten bei der Organisation ihrer Versorgung ist in diesen Fällen nicht zu erreichen, weil die Berechtigten nicht wirklich darüber entscheiden können, welchen Leistungserbringer sie zur Leistungsausführung in Anspruch nehmen. Der Gutschein verpflichtet sie – wie bei der üblichen Leistungsausführung –, die von der Pflegekasse im Gutschein definierten Leistungen bei den von der Pflegekasse zugelassenen Diensten ausführen zu lassen.

Diese Beschränkung der Selbstbestimmung hat sich als eines der wesentlichen Hemmnisse bei der Entscheidung des Antragsberechtigten für oder gegen das persönliche Budget herausgestellt und sollte deshalb beseitigt werden. Die Beibehaltung dieser Beschränkung ist im Übrigen auch nicht mit der Intention der im Gesetzesentwurf enthaltenen Erweiterung der Voraussetzungen zum Abschluss von Einzelvereinbarungen (§ 77 Abs. 1 Satz 1) zu vereinbaren, die Rechte Pflegebedürftiger zu stärken. Diese ist unsinnig, wenn gleichzeitig im Rahmen des persönlichen Budgets – in dem die Inanspruchnahme von Leistungen per Einzelverträgen ermöglicht ist – die Restriktionen des Gutscheins aufrecht erhalten bleiben.

Kommentar: Die Sachleistungen dürfen nicht einfach wegfallen, sondern sind als Geldleistung in dem Umfang zu bemessen, dass eine qualitätsgesicherte Pflege auch im Rahmen des persönlichen Budgets möglich ist.

9 Zu § 40 Abs. 4 – Pflegehilfsmittel –

Kommentar:

Ein Hilfsmittel kann auch „ein Gebrauchsgegenstand sein, der sinnvollerweise auch von gesunden und nicht pflegebedürftigen Menschen eingesetzt werden kann“, vor allem, wenn es behinderungsgerecht an die Nutzungsmöglichkeiten des betreffenden Menschen

angepasst und für das Erreichen seiner persönlichen Teilhabeziele unverzichtbar ist. Die getroffene Unterscheidung ist jedoch weder praxistauglich, noch steht sie in Einklang mit den §§ 10 und 14 SGB IX.

Die Intention der Regelung wird insoweit begrüßt, als entgegen bisheriger Rechtsprechung des BSG nunmehr Ansprüche auf individuelle Hilfsmittel nicht mehr durch die erwartete Hilfsmittelausstattung einer Pflegeeinrichtung begrenzt werden.

10 Zu § 41 – Weiterentwicklung der Tagespflege -

An § 41 wird folgender Absatz 4 angefügt:

„Einrichtungen der Tagespflege können insbesondere für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz und erhöhtem allgemeinem Betreuungsbedarf Konzepte der aktivierenden Pflege mit Leistungen der ambulanten medizinischen Rehabilitation verbinden und dazu Verträge nach § 92b schließen.“

Begründung:

Die Erfahrungen mit den Tagespflegeeinrichtungen zeigen, dass bei entsprechender konzeptioneller Ausrichtung der Tagespflege die Pflegebedürftigkeit gerade bei Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz gemindert oder eine Verschlimmerung vermieden werden kann. Dazu müssen in der Tagespflege Konzepte der aktivierenden Pflege mit solchen der ambulanten medizinischen Rehabilitation vernetzt werden.

Es wird deshalb vorgeschlagen, den Tagespflegeeinrichtungen zu gestatten, solche Konzepte auf der Grundlage der integrierten Versorgungsverträge nach § 92b auszuführen.

11 Zu § 92d – Erprobung persönlicher Budgets im Rahmen wohnortnaher Versorgung

1. Änderung der Überschrift in „Modellvorhaben zur Erprobung von pflegebezogener integrierter wohnortnaher Versorgung“

2. Aufnahme einer dem § 140a Abs. 2 Satz 1 SGB V entsprechenden Regelung, dass die Teilnahme der Berechtigten an der Versorgung im Rahmen dieser Modellvorhaben freiwillig ist.

Begründung: *Die Begriffsverwendung ist widersprüchlich, denn mit dem persönlichen Budget nach § 17 SGB IX hat das im Entwurf in § 92d enthaltene persönliche Budget wenig zu tun.*

Nach Absatz 1 Satz 2 der geplanten Regelung handelt es sich um Modellvorhaben, mit denen Kosten- und Leistungsträger eine integrierte wohnortnahe Versorgung insbesondere hinsichtlich neuer Vergütungsformen erproben können. Die Regelung lehnt sich deshalb in wesentlichen Elementen, insbesondere bei ihren Aussagen zur Bildung von Kosten- bzw. Vergütungsbudgets, an die Bestimmungen zur integrierten Versorgung im Bereich des SGB V (§ 140a-d SGB V) an.

Erhebliche Bedenken bestehen gegen den Wirtschaftlichkeitsabschlag kraft Gesetzes in Höhe von regelmäßig 10 v.H. Nach § 4 Abs. 3 müssen Pflegeleistungen wirksam und wirtschaftlich sein und dürfen nur im notwendigen Umfang erbracht werden. Vergleichbare Regelungen enthalten auch die für die übrigen in Frage kommenden Kostenträger geltenden Gesetze.

Mit Blick auf die in der Praxis durchweg stringente Anwendung dieser Vorschriften muss davon ausgegangen werden, dass bei Art und Umfang der in den Modellvorhaben zu erbringenden Leistungen keine wesentlichen Reserven mehr zu erschließen sind. Wirtschaftlichkeitsreserven können deshalb allein über die in den vorgesehenen Modellen an-

ders geartete Organisation der Leistungserbringung erschlossen werden. Es wird bezweifelt, dass dabei Reserven in Höhe von 10 v.H. der individuellen Leistungsaufwendungen realistisch sind. Vor diesem Hintergrund sind die gesetzlich verordneten Wirtschaftlichkeitsabschläge ein Negativanreiz gegen die Erprobung von trägerübergreifenden Kostenbudgets für vernetzte Angebotsstrukturen. Da die Pflegekassen ohnehin gesetzlich auf das Gebot der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung verpflichtet sind, sollte es ihnen überlassen bleiben, die Einsparpotentiale individuell entsprechend den in den Modellvorhaben vereinbarten Versorgungsaufträgen zu erschließen. Grundsätzlich stehen solche Modellvorhaben in einem engeren Zusammenhang mit der integrierten Versorgung und sind deshalb hinter § 92b sachgerecht zugeordnet.

Nicht akzeptabel ist, dass – anders als bei der integrierten Versorgung – die Teilnahme der Berechtigten nicht ihrer Selbstbestimmung unterworfen wird.

12 Zu Art. 5 - § 40 Abs. 3 – Ausgleichszahlungen der Krankenkassen -

Kommentar: Für die in dieser Regelung vorgesehenen Ausgleichszahlungen der Krankenkassen in Höhe von 1536 € bei Unterlassung „notwendiger“ Rehabilitationsleistungen besteht kein Bedarf, wenn man den in dieser Stellungnahme enthaltenen Vorschlägen zu §§ 18, 31, 32 (siehe Punkte 3-6) folgt, weil durch die Verpflichtung der Pflegekassen zur Vorleistung in den Fällen, in denen eine Krankenkasse entgegen § 14 SGB IX verfährt, die erforderliche Rehabilitationsleistung immer zeitnah verfügbar ist. Die Krankenkasse hat der vorleistenden Pflegekasse dann nicht nur 1536 € zu zahlen, sondern die vollen Kosten der Rehabilitation zu erstatten.

Es darf erwartet werden, dass die Verpflichtung zur Vorleistung durch die Pflegekassen nachhaltige Impulse dafür setzt, dass die Krankenkassen künftig ihrer Verantwortung nachkommen.

Unabhängig davon wäre die bisher vorgesehene Regelung auch nur sehr schwer zu operationalisieren. Die Erstattung soll nämlich nur dann stattfinden, wenn die Krankenkasse „notwendige“ Rehabilitationsleistungen unterlassen hat. Der MDK stellt lediglich einen Rehabilitationsbedarf, nicht jedoch die Notwendigkeit der Leistung im sozialrechtlichen Sinne fest. Dies ist nach § 40 SGB V allein Aufgabe der Krankenkasse. Es ist kaum vorstellbar, dass sich die Krankenkasse selbst bescheinigt, notwendige Leistungen unterlassen zu haben.

Vorschlag: Wenn dieser Vorschlag nicht mehrheitsfähig ist, wird dringend empfohlen, den Betrag für unterlassene Rehabilitationsleistungen auf mindestens 3500€ zu erhöhen (siehe auch Punkt 7).

13 Zu § 87 a Abs. 4 – Berechnung und Zahlung des Heimentgelts

Kommentar: Nach § 87 sollen Pflegeeinrichtungen von den Pflegekassen als Anreiz für Rehabilitationsmaßnahmen einen Zusatzbetrag von 1536 € erhalten, wenn die Pflegebedürftigkeit verringert wurde. Diese Regelung erscheint diffus, weil Rehabilitationseinrichtungen zum einen nicht für Rehabilitationsmaßnahmen verantwortlich gemacht werden können (Verordnungs-/Antragsrecht bzw. –pflicht liegt nicht bei der Einrichtung), zum anderen fehlen Kriterien zur Sicherung der Nachhaltigkeit (Zeitraum der verminderten Pflegebedürftigkeit), oder es werden Maßnahmen nicht berücksichtigt, die zwar keine Verbesserung des Pflegezustands erreicht, jedoch dessen Verschlechterung verhindert haben.

Weitere Anmerkungen:

- Die Gemeinsamen Servicestellen (GSSt, §§ 22, 23 SGB IX) in die Pflegebegleitung und Versorgungsplanung, insbesondere bei der Abstimmung und Koordinierung von Leistungen verschiedener Leistungsträger, einzubeziehen, wird begrüßt. Dies bedarf jedoch der Konkretisierung. Die GSSt sollten als Anlaufstellen für betroffene Menschen und ihre Angehörigen zur Verfügung stehen. Je konkreter und praxis- bzw. aufgabenbezogener die Anforderung an die GSSt werden, desto größer sind auch Erfordernis und Bereitschaft der Leistungsträger, deren Kompetenz entsprechend auszubauen. (Eine exklusive Zuständigkeit dieser Stellen für Pflegebegleitung und Versorgungsplanung kommt aus Sicht der DVfR angesichts der vielfach hohen Kompetenz von bereits vorhandenen anderen Beratungs- und Begleitungsangeboten der Behindertenselbsthilfeverbände und der Träger von Diensten der Behindertenhilfe jedoch nicht in Betracht).
- Pflegebegleitung und individueller Pflegeplan (§§ 7a Abs. 1, 12 Abs. 1 Satz 2 SGB XI): Die Aufgabenzuweisung muss konkretisiert werden. Die *Erstellung* des „individuellen Pflegeplans“ muss auf fachlicher Ebene gesichert sein. Mitarbeiter der Pflegekassen dürfen nicht überfordert werden, ihnen sollte nur die Überprüfung obliegen.
- Qualitätsverbesserungen in Pflegeeinrichtungen: Die Mitentscheidung von Verbänden der Träger von Pflegeeinrichtungen und der Pflegeleistungserbringer nach § 113 Abs. 1 über Qualitätsmaßstäbe/-grundsätze und deren Operationalisierung (einschließlich der Anforderungen an Sachverständige, Prüfinstitutionen und an die Veröffentlichung der MDK-Qualitätsprüfungen) sowie über die Gleichstellung externer Qualitätsprüfungen des MDK in Pflegeeinrichtungen mit den nach Länderrecht durchgeführten Prüfverfahren und mit internen durch Einrichtungsträger initiierten Qualitätsprüfungen nach § 114 Abs. 3 wird vermutlich nicht dazu beitragen, entscheidende Qualitätsverbesserungen in Pflegeeinrichtungen zu erreichen. Hier bedarf es klarer Strukturen und Vorgaben; der Konsenszwang zwischen Prüfinstitutionen, zu prüfenden Einrichtungen und anderen Beteiligten ist nicht erfolgsversprechend.

Qualitätsverbesserungen in Pflegeeinrichtungen sind auch unter dem Gesichtspunkt der Effektivität und Nachhaltigkeit von Rehabilitationsleistungen von größter Bedeutung (nur positive Kontextfaktoren garantieren den nachhaltigen Erfolg der Rehabilitation).

Prof. Dr. Dr. P. W. Schönle
– Vorsitzender der DVfR –

Prof. Dr. Ch. Zippel
– Leiter Ausschuss „Geriatrische Rehabilitation –