

**STELLUNGNAHME DES VDAB ZUM ENTWURF
EINES GESETZES ZUR „NEUAUSRICHTUNG
DER PFLEGEVERSICHERUNG“
(PFLEGE-NEUAUSRICHTUNGSGESETZ – PNG)**



VDAB – Reinhardtstraße 19 – 10117 Berlin

Bundesministerium für Gesundheit
Abteilung Grundsatzfragen der Gesundheitspolitik,
Pflegesicherung, Prävention
Herrn Christian Weber
11055 Berlin

nur per E-Mail: Pflegereform@bmj.bund.de

**Verband Deutscher Alten-
und Behindertenhilfe e.V.**
Gemeinnütziger Fachverband mit Sitz in Essen

Hauptstadtbüro
Reinhardtstraße 19
10117 Berlin
Fon 030 / 200 590 790
Fax 030 / 200 590 79-19
berlin@vdab.de
www.vdab.de

Berlin, 10. Februar 2012

Stellungnahme des VDAB zum Entwurf eines Gesetzes zur „Neuausrichtung der Pflegeversicherung“ (Pflege-Neuausrichtungsgesetz – PNG)

Sehr geehrter Herr Weber,

vielen Dank für die Zusendung des Referentenentwurfs des PNG. Der VDAB möchte diese Gelegenheit nutzen, die Gestaltung der geplanten Pflegeversicherungsreform näher zu beleuchten sowie Anregungen für weitere Ergänzungen zu geben:

Unsere Stellungnahme gliedert sich wie folgt:

A. Vorbemerkung

B. zu den einzelnen Regelungen – Änderungen des SGB XI

C. zu den einzelnen Regelungen – Änderungen des SGB V

A. Vorbemerkung

Nachdem 2011 als „Jahr der Pflege“ ohne wirksame Verbesserung für die Pflege verstrichen ist, waren die Erwartungen der Branche an eine Pflegeversicherung in 2012 hoch. Eine wirkliche Strukturreform wurde leider nicht in Angriff genommen. Der vorgelegte Referentenentwurf enthält dennoch einige sehr begrüßenswerte Regelungen, wie z.B. die, häusliche Betreuung als Sachleistungsanspruch anzuerkennen und die Regelungen zur Kurzzeit- und Verhinderungspflege. Wir werden aber auch aufzeigen, dass demgegenüber einige der geplanten Änderungen zu mehr Bürokratie führen.

Angesichts des sich weiter zuspitzenden Fachkräftemangels wären vor allem konzeptionelle Ansätze zur Lösung dieses Problems notwendig gewesen. Ein Baustein dafür ist vor allem die Verbesserung der gesellschaftlichen und finanziellen Rahmenbedingungen für professionelle Pflege. Leider bietet der Referentenentwurf keine Lösungsansätze für die zentralen Probleme der Pflege.

Verbesserung der Demenzversorgung

Die Bestrebungen zur Verbesserung der Demenzversorgung sind grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings ist uns unverständlich, warum dies mit der Entprofessionalisierung der Pflege verbunden wird.

WG-Förderung

Eine Stärkung des ambulanten Bereichs insgesamt erfolgt nicht. Man hat sich stattdessen auf die Förderung von Präsenzkraften innerhalb einer WG konzentriert. Das ist innerhalb der ambulanten Versorgung inkonsequent, weil man die häuslich Gepflegten ausspart, die aber den gleichen Bedarf haben. Daraus entsteht eine Verteilungsungerechtigkeit innerhalb des Systems. Abgesehen davon ist der positive Effekt auf Neugründungen von neuen Wohnformen zweifelhaft, weil die Regelungen auf Landesebene im Ordnungsrecht diese Wohnformen in unterschiedlicher Intensität in die Nähe von stationären Einrichtungen rücken. Insoweit ist eben auch die Frage, ob

sich die zweckgerichtete Mittelverwendung, die frei gemacht wird, darin erschöpft, die landesspezifischen, ordnungsrechtlichen Anforderungen zu erfüllen.

Einzelpflegekraft

An verschiedenen Stellen wird nochmals der Status der Einzelpflegekraft gestärkt, was wir für insgesamt sehr problematisch halten, vor allem im Hinblick auf Demotivation der professionellen Pflege und auf den Fachkräftemangel.

Verlagerung des Sicherstellungsauftrages und Transparenz auf dem Rücken der stationären Pflegeeinrichtungen

Die Ärzte haben den Sicherstellungsauftrag und nicht die Pflege! Das muss auch so bleiben. Mit den beabsichtigten Regelungen wird versucht, die Verantwortung tatsächlich und öffentlich abzuwälzen. Dies ist sachlich unangemessen und gegenüber der Pflegebranche als unfair abzulehnen.

Verpasste Chancen zur Strukturreform

Der Fachkräftemangel und die steigende Zahl Demenzkranker sind die zentralen Herausforderungen der Zukunft. Für beide fehlen leider konzeptionelle Ansätze. Wir halten dabei Wertschätzung und Vertrauen für den Schlüssel. Vertrauen ist Basis für Bürokratieabbau, Imageverbesserung der Pflege und Attraktivitätssteigerung des Pflegeberufs. Wertschätzung bedeutet vor allem auch Fairness im Hinblick auf Anforderungen und deren Überprüfung. Pflege verdient neutrale und faire Darstellung ihrer Arbeit! Für die Demenzversorgung ist die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs der zentrale Baustein. Hier muss Politik Farbe bekennen, wie viel einem die angemessene Versorgung Demenzkranker wert ist. Offene fachliche Fragen gibt es nicht mehr, sondern sind nur vorgeschoben. Allein die politische Entscheidung steht aus.

B. zu den einzelnen Regelungen – Änderungen des SGB XI

Zu § 4 (neu) Art und Umfang der Leistungen

Der VDAB begrüßt es sehr, dass nunmehr Betreuungsleistungen ausdrücklich in das Leistungsspektrum der Pflegeversicherung aufgenommen wurde. Dies erkennt an, dass vor allem Demenzkranke in diesem Bereich einen hohen Bedarf haben. Die Wahlfreiheit, die in Kombination mit § 36 in der Neuregelung steckt, ist grundsätzlich zu begrüßen. Diese Regelung ersetzt allerdings nicht die Umsetzung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs.

Zu § 7 (neu) Aufklärung, Beratung

Zu § 7a Pflegeberatung (in Verbindung mit § 92c, Pflegestützpunkte)

Zu § 7 b (neu) Beratungsgutscheine

Völlig unverständlich ist für den VDAB, warum der Gesetzgeber offensichtlich ein **Defizit in der Beratung** von Versicherten, insbesondere im „häuslichen Umfeld“, unterstellt. Denn jeder Versicherte kann heute aus einer Vielzahl von Angeboten – alle kostenlos – auswählen. Er kann auswählen zwischen mündlich-telefonisch, mündlich-persönlich, schriftlich-konkret und schriftlich-allgemein. Er kann sich von kommunalen, überregionalen und Landesinstitutionen beraten lassen und natürlich von jedem privaten Leistungserbringer, und er hat hierbei die Wahl zwischen ambulant und stationär.

Der VDAB hat sich immer für eine Pluralität der Beratungsanbieter und gegen ein Beratungsmonopol der Pflegekassen auf Basis einer gesetzlichen Verpflichtung ausgesprochen. Bei der Beratung durch Kostenträger besteht immer die Gefahr der Interessenkollision und damit einer Beratung nach Kassenlage. 45 Millionen Fördergelder für den Aufbau von Pflegestützpunkten nach § 92 c waren bis zum 30.6.2011 nicht abgerufen. Was die Notwendigkeit und Sinn von Pflegestützpunkten angeht, spricht diese Tatsache für sich. Jeder Euro, der zusätzlich in eine normierte und regulierte Beratung fließt, ist verschwendetes Versichertengeld.

Der Informationssuchende sollte die Wahl haben, wem er im Bezug auf die Beratung vertraut und wen er in diesem Kontext für neutral hält. Die Beratung an einen geschlossen Anbieterzirkel zu vergeben mit Tendenz zum Kostenträger, halten wir nicht für sinnvoll und hat sich angesichts der Entwicklung bei den Pflegestützpunkten offensichtlich auch nicht als Erfolgsmodell erwiesen.

Wir schlagen deshalb vor, auf eine bürokratische Regelung der Beratung ganz zu verzichten.

Zu § 18 (neu) Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Unabhängige Gutachter

Der VDAB fordert seit langem, endlich den Einstieg in ein qualitätsgesichertes Begutachtungsverfahren zu vollziehen. Dies ist allein mit der Zulassung unabhängiger Gutachter nicht gewährleistet. Primär ist das Verfahren zu sichern. Dies beginnt schon beim Status der Prüfer und endet bei der Qualitätssicherung des Prüfungsvorgangs selbst. Prüfer müssen wirklich unabhängig und akkreditiert sein. Dies gilt für Prüfer des MDK wie für andere Prüfer. Das bedeutet auch, dass deren Zulassung als Prüfer nicht in den Händen der Pflegekassen liegen darf, um keine Abhängigkeit zu erzeugen.

Abs. 3a (neu) 10-Euro-Regelung bei Fristüberschreitung

In der Neuregelung steckt die Feststellung, dass es bei der Begutachtung noch immer in vielen Fällen unangemessen lange Bearbeitungszeiten gibt. Es ist bedauerlich, dass der Gesetzgeber wegen der Unzulänglichkeiten beim MDK und Pflegekassen sich offensichtlich zu Klarstellungen veranlasst sieht.

Ziel muss es sein, dass der Versicherte schnellstmöglich zu seinem Recht kommt und die Versorgung sichergestellt wird. Bemerkenswert ist dabei, dass es offensichtlich einer gesetzlichen Regelung bedarf, um eine Körperschaft des öffentlichen Rechts zu einem ordnungsgemäßen Verwaltungsvorgang gegenüber dem Versicherten zu bewegen. Diese Tatsache zeigt aber auch, dass eine wirksame Verpflichtung der Kassen notwendig ist, um im Sinne des Versicherten Verbesserungen zu erzielen.

Unser Vorschlag ist, in Abs. 3 die Pflegekasse zu verpflichten, dem Antragsteller spätestens fünf Wochen nach Eingang des Antrags die Entscheidung schriftlich mitzuteilen („muss“ statt „soll“).

Wenn die Pflegekasse nicht innerhalb von 5 Wochen entscheidet, gibt es eine vorläufige Kostenübernahme qua Gesetz (in Anlehnung der Kostenzusage unter § 6 Abs. 6 in der HKP-Richtlinie). Eine solche Regelung wäre wirklich im Sinne von Pflegebedürftigen und Leistungserbringer.

Sollte an der 10-Euro-Regelung fest gehalten werden, kann dies nur eine zusätzliche Zahlung sein. Eine Verrechnungsmöglichkeit für die Pflegekasse muss unbedingt ausgeschlossen werden!

Abs. 8 (neu) gesonderte Rehabilitationsempfehlung des MDK und Informationspflicht der Pflegekassen

Rehabilitationsmaßnahmen können gerade auch für Pflegebedürftige von großer Bedeutung sein, wie die Gesetzesbegründung richtigerweise feststellt. Die Tür zur **Rehabilitation** weiter zu öffnen hin zu einem gelebten Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“, ist ein Schritt in die richtige Richtung. Der VDAB verlangt hierzu eine konsequente Regelung, die über die vorgeschlagenen Neuerungen hinausgeht. Sie muss dem Grundsatz folgen, dass diejenige Sozialversicherung, die von einer Maßnahme profitiert, auch die Kosten dieser Maßnahme zu tragen hat. In diesem Sinne muss die Pflegeversicherung Reha-Träger werden.

Zu § 18a (neu) Dienstleistungsorientierung im Begutachtungsverfahren

Versicherte sollen nach der Gesetzesbegründung durch das Begutachtungsverfahren so wenig wie möglich beschwert werden. Um die Beschwerne so gering wie möglich zu halten, verpflichtet der Gesetzgeber den Spitzenverband Bund dazu, Richtlinien über die Dienstleistungsorientierung der MDK bei der Begutachtung zu erlassen. Darin sollen zwingend die Servicefreundlichkeit („Verhaltenskodex“) und die Dienstleistungsorientierung geregelt werden.

Hintergrund dieses gesetzgeberischen Vorschlags sind sicher massive Beschwerden von Pflegebedürftigen. Und dies macht eines deutlich: Der MDK ist nicht die richtige Institution, die man bisher mit der Begutachtung betraut hat. Wenn Verhaltensgrundsätze aufgeschrieben werden müssen, ist das ein Armutszeugnis für eine ganze In-

stitution. An dieser Stelle zeigt sich nochmals die Notwendigkeit für eine von Kassen unabhängige und akkreditierte Institution zur Begutachtung, externen Qualitätssicherung und Qualitätsberichterstattung – die MDKen sind dafür ungeeignet.

Bemerkenswert finden wir, dass es an einem ähnlichen Vorschlag eines „Verhaltenskodexes“ für den MDK bei Qualitätsprüfungen mangelt. Haben Pflegeeinrichtungen, wenn sie einen Eingriff in ihren Betrieb dulden müssen, keinen Anspruch auf Dienstleistungsorientierung und Servicefreundlichkeit?

Zu §§ 31, 32 Vorrang der Rehabilitation vor Pflege / vorläufige Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Eine der Haupteinsparreserven ohne Leistungsabsenkung liegt in einem qualitativ und quantitativ stärkeren Angebot an Rehabilitation. Generell ist es sinnvoll, dass derjenige Sozialversicherungsträger, der von einer präventiven Maßnahme profitiert, sie auch zu bezahlen hat. Danach sind Aufwendungen im Rahmen von Rehabilitation, die Pflegebedürftigkeit vermeiden oder verringern sowie Aufwendungen der geriatrischen Rehabilitation von der Pflegeversicherung zu übernehmen. § 32 Abs. 1 SGB XI ist entsprechend zu erweitern. Leistungsgrundlage ist das Gutachten gemäß § 18. Hierzu sind die Vorschriften in Abs. 6 neu zu fassen. (vgl. Anmerkungen zu § 18 Abs. 8)

Zu § 36 (neu) Pflegesachleistung

Derzeit arbeiten die professionellen Pflegekräfte in einem System vollständiger Überwachung. Es muss bei ihnen der Eindruck entstehen, dies ist nötig, damit sie nichts falsch machen. Diese Kultur des Misstrauens treibt viele Pflegekräfte aus der Pflege.

Die Pflegekräfte müssen ständig nachweisen, dass sie das, was sie in ihrer Berufsausbildung gelernt haben, auch wirklich anwenden; dass das Ergebnis der pflegerischen Arbeit den Anforderungen genügt, reicht nicht aus.

Doch damit nicht genug. Die Einzelpflegekräfte werden, nach ihrer Einführung 2008, jetzt noch weiter vom Gesetzgeber gestärkt. Eine Einzelpflegekraft kann den vollen

Sachleistungsanspruch ausschöpfen, ohne den Regelungen der professionellen Pflege zu unterliegen. Der faire Umgang mit professionellen institutionellen Pflegeanbietern gebietet es, dass zumindest gleiches Recht für alle gilt. Auch eine Einzelpflegekraft muss also verpflichtet sein, eine strukturell und praktisch im gleichen Maße qualitätsgesicherte Leistung erbringen, vgl. Anmerkungen zu § 77.

Erschreckend finden wir, dass der Gesetzgeber auch mit dem Wortlaut des § 36 der Beschränkung pflegerischer Aufgaben Vorschub leistet, indem er nur noch von „Kräften“ und nicht wie bisher von „Pflegekräften“ spricht. Dies entwertet professionelle Pflege weiter und ist in Zeiten des Fachkräftemangels und der Notwendigkeit der Imageverbesserung schlicht kontraproduktiv.

In Abs.2 wird schließlich der Eindruck erweckt, die Beaufsichtigung von Dementen wäre der zentrale Faktor einer guten Versorgung, die es finanziell zu stärken gilt. Angesichts der sprachlichen Öffnung in Richtung „Kräfte“ bedeutet dies auch: Betreuung kann jeder, der Empathie mitbringt. In der professionellen ambulanten und stationären Versorgung wird aber immer deutlicher, dass eine ganzheitliche professionelle Begleitung von der Biografiearbeit bis hin zur Medikation eine hochwertige Versorgung ausmacht. Dies wäre allerdings nur über die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zu erreichen, aus dem man sich nun durch punktuelle Subventionierung von Betreuungsleistungen vorerst heraus kauft.

Zu §§ 37 Abs. 2 und 38 (neu) Pflegesachleistung / Kombileistung

Der VDAB begrüßt ausdrücklich, dass nunmehr anteiliges Pflegegeld während einer Kurzzeitpflege nach § 42 und einer Verhinderungspflege nach § 39 jeweils für bis zu 4 Wochen je Kalenderjahr in Höhe der Hälfte der zuletzt vor Beginn der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege geleisteten Höhe fortgewährt werden soll.

Zu § 37 Abs. 3 Beratungsbesuche

Leistungserbringer erhalten pro Beratungseinsatz allerhöchstens 31 Euro von den Kostenträgern. Diese stellen dagegen den Einrichtungen z.B. für eine Nachprüfung gemäß § 114 Abs. 5 durch den MDK 116,88 Euro (2011, Sachsen-Anhalt) und 115,80 Euro (2009, Niedersachsen) in Rechnung – ein eklatantes Missverhältnis!

In der Praxis lassen sich die Beratungsbesuche nicht thematisch begrenzen. Häufig werden auch Fragen zu Höherstufung, Hilfsmittelbeschaffung, Hebetekniken oder zur Schmerztherapie angesprochen. Angesichts des tatsächlichen Aufwandes ist die Deckelung der Kosten auf dem bestehenden Niveau nicht angemessen.

Der VDAB fordert vor diesem Hintergrund eine gesetzlich festgeschriebene Vergütung. Gleiches Recht für alle: Davon ausgehend, dass ein Beratungseinsatz im Schnitt 45 Min dauert, ergibt sich eine Vergütung in Höhe von ca. 85 EUR (Vorschlag: als Mischkalkulation für alle Pflegestufen).

Zu § 38a (neu) zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen

Zielsetzung des Gesetzgebers ist es offensichtlich, damit die alternativen Wohnformen zu stärken. Wir halten die Regelung allerdings für inkonsequent, ungerecht und im Hinblick auf die Landesheimgesetze für eingeschränkt wirksam.

Inkonsequent, weil in Wohngemeinschaften keine spezifisch höheren Aufwendungen im Gegensatz zur normalen ambulanten Versorgung entstehen. Der Bedarf für eine Präsenzkraft ist bei einer in der Häuslichkeit versorgten Einzelperson in gleichem Maße gegeben und die Aufwendungen noch viel höher. Darin liegt auch gleichzeitig die Ungerechtigkeit der Regelung. Sie benachteiligt Pflegebedürftige, die nicht in einer WG wohnen können oder wollen. Schließlich ist zu berücksichtigen, dass die gesetzliche Zielsetzung durch den Flickenteppich von Landesheimgesetzen erheblich eingeschränkt wird, da in vielen Fällen die Wohngemeinschaften auf Landesebene mehr oder weniger stationären Pflegeeinrichtungen gleichgestellt werden. Mit den entsprechend negativen Folgen auf Niedrigschwelligkeit, Kosten und nicht zuletzt Selbstbestimmung der Bewohner. Für eine zielgerichtete Förderung alternativer

Wohnformen wäre eine einheitliche ordnungsrechtliche Definition von Anforderungen und Status notwendig oder am besten ein völliger Verzicht darauf.

Zu § 39 Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson

Die „Verhinderungspflege“ gemäß § 39 SGB XI ist zu einer Antragsleistung (drei Seiten für den Versicherten) verkommen. Das hat hohe Bürokratiekosten bei den Versicherten, der Pflegeeinrichtung und bei den Pflegekassen zur Folge. Der gesetzliche Anspruch der Versicherten wird damit reduziert und unterliegt somit einer Genehmigung durch die Pflegekasse. Das hat der Gesetzgeber anders gewollt.

Im § 39 ist daher eine Klarstellung einzufügen, dass der Versicherte frei mit dem Pflegedienst vereinbaren kann, in welcher zeitlichen Taktung er seinen Anspruch realisieren will.

Zu § 41 (neu) Tages- und Nachtpflege

Die vorrangige Abrechnung der ambulanten Pflegesachleistung vor der Tages- und Nachtpflege trägt dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ Rechnung. Es entlastet die ambulanten Pflegedienste in vielen Fällen von doppelten Abrechnungen mit den Pflegebedürftigen, wie die Begründung praxisnah ausführt. Die Änderungen sind deshalb sehr zu begrüßen.

Zu § 42 Kurzzeitpflege

Der VDAB begrüßt diese Regelung ausdrücklich.

Zu § 45 e (neu) Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulanten Wohngruppen

Ziel der beabsichtigten Anschubfinanzierung ist es, dass es durch die finanzielle Unterstützung zu mehr Neugründungen von WGen kommt. Diese Zielsetzung ist zwar begrüßenswert, es stellt sich aber die Frage, ob das gewählte Mittel zum Ziel führt. Uns sind auch bisher keine Fälle bekannt, in denen die Gründung einer WG an finanziellen Gründen gescheitert ist. Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen konnten bereits in der Vergangenheit finanziert werden.

Der größte Hemmschuh für Neugründungen sind die jeweiligen Landesheimgesetze, die in unterschiedlicher Intensität WGen immer mehr zu „Pflegeheimen-light“ machen. Daran ändert auch das Initiativprogramm nichts. Es besteht vielmehr die Gefahr, dass die Bundesmittel nur für die Einhaltung landesspezifischer Vorgaben verwandt werden und so nicht den Bewohnern zu Gute kommen.

Zu § 45 f (neu) Weiterentwicklung neuer Wohnformen

15 Mio für Modellprojekte zur „Ambulantisierung“ der stationären Pflege wären angesichts der limitierenden Wirkung der Landesheimgesetze auf einheitliche Weiterentwicklungen sicherlich in der Einbeziehung aller ambulant Versorgten in den Betreuungszuschlag nach § 38 a besser angelegt.

Zu § 53a Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste

Nr. 4 (neu) Externe Begutachtung auch bei Qualitätssicherungsprüfungen

Die Verpflichtung des GKV-Spitzenverbandes zum Erlass einer Qualitätssicherungsrichtlinie sehen wir nur als einen sehr halbherzigen Schritt hin zu mehr Qualitätssicherung der Qualitätsprüfungen. Der bereits vorliegende Entwurf der Richtlinie bestätigt dies. Kassen und MDS verweigern sich nach wie vor einer professionellen externen Qualitätssicherung, wie sie den Leistungserbringer ganz selbstverständlich abverlangt wird. Die Richtlinie ist nur ein Feigenblatt.

Dies ist ein weiterer Nachweis für die Notwendigkeit einer wirklich unabhängigen und akkreditierten Institution für Pflegebegutachtung, externe Qualitätssicherung und Qualitätsberichterstattung – MDS und Kassen sind dafür ungeeignet, denn sie sind weder unabhängig noch neutral. Insoweit geht auch § 53b von einer falschen Voraussetzung aus, wenn er von „**anderen** unabhängigen Gutachtern“ spricht. Derzeit gibt es nur abhängige Prüfer.

Zu § 71 Pflegeeinrichtungen

Absätze 1 und 2

Die Nachweispflichten beim Abschluss von Versorgungsverträgen sind zu reduzieren. Anstelle der „Nachweislösung“ ist zudem die „Erklärungslösung“ gesetzlich einzuführen. Der Träger der Einrichtung erklärt gegenüber den Kostenträgern, dass er die gesetzlichen und vertraglichen Anforderungen erfüllt. Beispielsweise ist es überflüssig und datenschutzrechtlich bedenklich, Arbeitsverträge den Kostenträgern überlassen zu müssen. Hierzu sind in § 71 die Absätze 1 u. 2 neu zu fassen.

Durch **Abs. 3a (neu)** wird für die Zeit nach dem 31. Dezember 2012 die Zulassung von Diensten ermöglicht, die schwerpunktmäßig häusliche Betreuung insbesondere für demenziell erkrankte Pflegebedürftige erbringen sollen. Mit der gesonderten Zulassung von Diensten, die sich auf Leistungen der häuslichen Betreuung konzentrieren möchten, soll der Ausweitung des Leistungsspektrums Rechnung getragen werden. Tatsächlich läuft es aber auf eine Entprofessionalisierung der professionellen Pflege hinaus, dass jetzt „Betreuungsdienste“ gegründet werden sollen, für die es keinen Bedarf gibt. Denn diese Leistung kann und wird von den jetzt schon zugelassenen Pflegediensten ausgeführt. Die Leistung aus einer Hand gewährleistet vor allem einen bedarfsgerechten Leistungsmix. Trennt man die Leistungsbereiche institutionell, so besteht die Gefahr, dass der komplette Sachleistungsanspruch für Betreuung aufgewandt und die ggf. erforderliche Grundpflege vom Betreuungsdienst „mit erbracht“ wird. Der VDAB steht für eine Stärkung der ambulanten professionellen Pflege als leistungsstarker und umfassend qualifizierter Leistungserbringer.

§ 71 Abs 3 a ist deshalb zu streichen.

Zu §§ 75, 82

Die Koordination von Leistungen für die Pflegebedürftigen (und sie zu beraten), liegt in der Regel bei der Pflege. Dies gilt sowohl ambulant wie stationär als auch teilstationär. Dabei geht die Koordination in der Regel über die rein organisatorische Ebene hinaus. Daher soll sie auch bezahlt werden. Die Aufgabe der Pflegeeinrichtungen, Leistungen zu koordinieren und zu beraten, ist in den §§ 75 Abs. 2 (Inhalt der Landesrahmenverträge) und 82 Abs. 1 Ziffer 1 (Vergütungen) SGB XI zu ergänzen.

Zu § 77 Häusliche Pflege durch Einzelpersonen

Abs. 1 (neu)

Durch die beabsichtigte Änderung **müssen**, wie der Gesetzgeber ausdrücklich hervorhebt, die Pflegekassen vertragliche Vereinbarungen mit „geeigneten“ Pflegekräften eingehen, soweit keine konkreten Gründe vorliegen, die dem entgegenstehen.

Dies ist aus unserer Sicht ein fatales Zeichen gegenüber der professionellen Pflegebranche, die weiterhin mit immer neuen Anforderungen überzogen wird, während der Gesetzgeber gleichzeitig Einzelpflegekräfte promoviert, die mit reduzierten Anforderungen an Struktur und Qualitätssicherung agieren dürfen. Auch diese Regelung wird sich im Rahmen des Fachkräftemangels negativ auswirken. Der VDAB fordert deshalb, diese Regelung zu streichen.

Abs. 1a (neu)

Vom 1. Januar 2013 an kommen die Leistungen der häuslichen Betreuung hinzu, so dass die Regelung über ambulante Pflegesachleistungen und die Regelung über Einzelkräfte für nicht stationäre Wohn- und Betreuungsformen in der Weise geöffnet werden, dass Pflege und vom 1. Januar 2013 an auch häusliche Betreuung durch „geeignete“ Einzelkräfte möglich wird.

Ausgeschlossen sind nur Verträge mit Verwandten/Verschwägerten sowie Personen, die als Mitglieder der Wohngemeinschaft mit den Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft leben. Halbherzig wird gefordert, dass Regelungen zur Qualität und Qualitätssicherung getroffen werden müssen. Erforderlich ist aber, dass nicht überhaupt Regelungen dazu getroffen werden, sondern die **gleichen**, wie sie für zugelassene Pflegedienste gelten! Anderenfalls trägt auch diese Regelung weiter zur Demotivierung und professionell Pflegenden in institutionellen Pflegebetrieben und zur Verschärfung des Fachkräftemangels bei. Weiter Anreize für Fachkräfte zu setzen, sich als Einzelpflegekraft selbstständig zu machen, halten wir nicht für die geeignete Antwort auf die Strukturprobleme der Pflegeversicherung.

Zu § 79 Wirtschaftlichkeitsprüfungen

Es ist eine Besonderheit des Sozialversicherungsrechts, dass die Kostenträger das Recht haben, „die Wirtschaftlichkeit“ ihrer Vertragspartner zu überprüfen und ggf. sogar Sanktionen auszusprechen. Dies widerspricht jedem Grundsatz von Gleichheit vor dem Gesetz. Der VDAB verlangt daher die Aufhebung dieser Vorschriften im SGB XI (§ 79) und im SGB V (§ 132 Abs. 1 Ziffer 5). Er erhofft sich damit zugleich ein Signal des Bundes an die Länder. In den Heimgesetzen der Länder müssen ebenfalls alle Vorschriften entfallen, die den direkten Konkurrenten von privaten Einrichtungen (hier: den Kommunen und Kreisen) genaue Kenntnis der Kalkulationsgrundlagen des Betriebsaufbaus und der Ablauforganisation erlauben.

Zu § 87 Satz 3 (neu) Unterkunft und Verpflegung

Zu § 87 a Abs. 1 S. 7 (neu) Berechnung und Zahlung des Heimentgelts

Die in **§ 87 Satz 3 (neu)** vorgesehene Neuregelung, dass Entgelte für Verpflegung nur für Tage berechnet werden dürfen, an denen Verpflegung in Anspruch genommen wurde, ist nur vermeintlich klar und gibt auch nicht die Rechtsprechung des BGH in der Entscheidung vom 13.12.2007 wieder. Der BGH hatte sich im Rahmen der Sondenernährung bereits im Jahre 2004 mit dieser Thematik befasst und den Grundsatz aufgestellt, dass Personen, die Leistungen der Verpflegung regelmäßig

nicht in Anspruch nehmen, auch nicht verpflichtet wären, hierfür ein Entgelt zu leisten. In der Folgezeit wurde dann darüber diskutiert, wann regelmäßig eine Nichtinanspruchnahme von Leistungen der Verpflegung anzunehmen sei und wie in den Fällen zu verfahren ist, in denen Teile dieser Leistung dennoch in Anspruch genommen werden. Gerade bei Personen, bei denen die Sondennahrung nur ergänzend erfolgt, tatsächlich aber nicht unerhebliche Teile ihrer täglichen Nahrung z. B. in passierter Form noch aufgenommen werden können, ist ein genereller Ausschluss nach dem Alles-oder-Nichts-Prinzip, wie nunmehr anscheinend beabsichtigt ist, wenig zielführend und vielmehr kontraproduktiv. Da es zudem in sämtlichen Bundesländern tragfähige Regelungen gibt, wie in diesen Fällen zu verfahren ist, besteht unsererseits kein Anlass, die beabsichtigte Vorschrift einzuführen.

Zu § 87 b (neu) Vergütungszuschläge für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf

Die nunmehrige Erstreckung der bislang auf vollstationäre Einrichtungen beschränkten Regelung des § 87 b SGB XI auf teilstationäre Einrichtungen und auch Einrichtungen der Kurzzeitpflege wird von uns uneingeschränkt begrüßt.

Zu § 89 Abs 3 (neu) Grundsätze der Vergütungsregelung, § 120 Pflegevertrag

Pflegebedürftige sollen sich flexibler als bisher und orientiert an ihren persönlichen Bedürfnissen die Leistungen zusammenstellen können, die Pflegedienste im Rahmen von Pflegeeinsätzen erbringen. Dass Pflegebedürftigen die Gestaltungsmöglichkeiten bei der inhaltlichen und zeitlichen Zusammenstellung der individuell gewünschten Hilfeleistungen eröffnet werden, greift eine Forderung des VDAB auf und wird ausdrücklich begrüßt. Die Folgen, dass über die Wahlmöglichkeit, ob Zeit- oder Komplexvergütung gewählt werden kann, zu informieren und die Information zu dokumentieren ist, schlagen sich in § 120 nieder. Insofern fehlt die Feststellung, dass der zusätzliche Aufwand beim Pflegedienste selbstverständlich vergütungsrelevant ist.

Zu § 113 a Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege

In § 113a regen wir die Klarstellung an, dass die Expertenstandards ausschließlich zum internen Qualitätsmanagement dienen.

Zu § 114 Qualitätsprüfungen

Zur Strukturreform der Pflegeversicherung gehört auch die Neuordnung der Qualitätsprüfungen. Die Bürokratiekosten der „Qualitätsprüfungen“ beziffert die Bundesregierung mit über 100 Mio. Euro pro Jahr (2010) allein bei den Medizinischen Diensten. Auf Seiten der Einrichtungen kommt noch einmal mindestens der gleiche Betrag hinzu. Das sind unvertretbare Kosten für eine Datenerhebung, von der jeder damit befasste Wissenschaftler bisher bewiesen hat, dass sie ihren gesetzlichen Zweck, „insbesondere die Ergebnisqualität und Lebensqualität“ zu spiegeln, verfehlt. Die Pflegereform muss daher die Verschwendung stoppen – zumal das aktuelle Prüfsystem die Pflegequalität, wie sie beim Pflegebedürftigen ankommt, senkt.

Ein neues Prüfsystem für die Ergebnisqualität, wie es der VDAB vorschlägt, sollte sich an dem im Krankenhausbereich Bewährten orientieren und für die Struktur- und Prozessqualität an dem der stationären Rehabilitation. Beide Systeme genügen den an sie zu stellenden methodischen Anforderungen und sind seriös. (vgl. Abschlussbericht der „Bonato-Kommission“, 2011)

Bei beiden Systemen ist zudem die unabhängige Prüfung selbstverständlich. Die §§ 114ff sind entsprechend anzupassen.

Zu Abs 1 Informationspflicht hinsichtlich ärztlicher, fachärztlicher und zahnärztlicher Versorgung sowie Arzneimittelversorgung

siehe auch § 115 Abs. 1a SGB XI und § 119 b SGB V

Grundsätzlich unterstützen stationäre Pflegeeinrichtungen die ärztliche Versorgung. Inwieweit dies gelingt, hängt allerdings einerseits von den lokalen Strukturen der Ärzte ab und andererseits von der Kooperationsbereitschaft der Ärzte selbst. Grundsätzlich liegt der Sicherstellungsauftrag bei den Ärzten selbst!

Gegen eine Information über die ärztliche Versorgung ist nichts einzuwenden, solange den Pflegeeinrichtungen kein Nachteil durch Faktoren droht, die sie nicht vollständig selbst beeinflussen können.

Durch die Verknüpfung der Informations- mit einer Veröffentlichungspflicht in **§ 115 Abs 1a** SGB XI tritt aber genau dies ein. Wie schon erwähnt, treffen Pflegeeinrichtungen bundesweit nicht auf gleiche Rahmenbedingungen und sind auch auf die Kooperationsbereitschaft der Ärzte angewiesen. Selbst wenn also eine schriftliche Kooperation an Ärzten scheitert, sind nur die Pflegeeinrichtungen mit der daraus resultierenden negativen Transparenz konfrontiert. Damit verlässt man die Ebene der reinen Information und verbindet sie mit einer Bewertung zu Lasten der Pflegeeinrichtungen (Die Existenz einer Kooperation mit Ärzten als Qualitätsmerkmal **der Einrichtung!**). Dem Verbraucher wird damit fälschlich suggeriert, dass keine Kooperation gleichbedeutend mit mangelnder ärztlicher Versorgung sei und dass die Kooperation ausschließlich im Ermessen der Einrichtung stehe.

Ärzte müssen sich dagegen nicht für das Bestehen oder Nicht-Bestehen einer Kooperation in der Öffentlichkeit rechtfertigen, obwohl die Hauptverpflichtung zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung aber bei den Ärzten selbst liegt. Im Rahmen des SGB V begnügt man sich damit, dass die Verbände Anforderungen festlegen, die aber für die Ärzteschaft keine unmittelbare Verpflichtung auslöst. Trotzdem wird der Koordinierungsaufwand dort vergütet. Im SGB XI fehlt eine solche Regelung ganz.

Gleiches Recht für alle bedeutet, entweder auch die Ärzteschaft einer entsprechenden Verpflichtung und Transparenz zu unterstellen oder ganz auf die Erweiterung des § 115 Ia SGB XI zu verzichten.

Gänzlich offen bleibt, wie die Umsetzung dieses neuen Transparenzaspektes erfolgen soll und welche Auswirkung er auf die bestehende Pflegetransparenzvereinbarung Stationär (PTVS) hat. Bisher haben die Vertragspartner sowohl Art als auch Inhalt und Darstellungsform der Veröffentlichung vereinbart. Aus dem Zusammen-

hang von § 115 Abs 1a Satz 5 und 6 SGB XI wird nicht ausreichend deutlich, ob auch die Informationen nach Satz 1 Nr.2 als „Kriterien der Veröffentlichung“ im Sinne des Satzes 6 angesehen werden und somit der Umsetzung innerhalb der Selbstverwaltung über die PTVS bedürfen. Wäre dies der Fall, so hätte wohl die Frist zur Vereinbarung einer neuen PTVS aktualisiert werden müssen. Sind die Informationen nach Satz 1 Nr.2 dagegen nicht Kriterien im Sinne des Satzes 6, so bliebe den Landesverbänden der Pflegekassen freie Hand bei Art, Inhalt und Darstellungsform. Dies wäre aus unserer Sicht eine Umgehung der Selbstverwaltung.

Zu Abs 2

Solange das bisherige Prüfsystem noch so bleibt, sollten die Prüfintervalle für die Regelprüfungen auf drei Jahre gestreckt werden. Anlassprüfungen sind davon unbenommen. § 114 Abs. 2 SGB XI ist entsprechend anzupassen.

Zu Abs 3 Zusammenarbeit, Vermeidung Doppelprüfungen

Die Koordinierung von Prüfungen des MDK und der Heimaufsichten ist ein wichtiger Baustein zum Bürokratieabbau. Die Regelung des § 114 Abs.3 SGB XI macht eine falsche Voraussetzung, nämlich die der Kompatibilität der Prüfansätze und -inhalte. Der Flickenteppich unterschiedlicher Landesheimgesetze wird es in der Praxis kaum zulassen zu eruieren, welche Prüfbestandteile für den MDK zu reduzieren sind, weil sie bereits die Heimaufsicht geprüft hat. Dies kann gleichzeitig als Argumentation beider Prüfinstitutionen dienen, gerade keine Reduzierung der Prüfung vorzunehmen.

Die Vermeidung von Doppelprüfungen wird aus unserer Sicht so nicht erreicht.

Zu § 114a Durchführung der Qualitätsprüfungen

Abs. 1 (neu)

Bis heute ist kein Nachweis für den qualitätssteigernden Effekt unangemeldeter Prüfungen erbracht. Der VDAB hat sich deshalb in allen Stellungnahmeverfahren auf Bundes- und Landesebene immer für angemeldete Prüfungen ausgesprochen.

Offensichtlich sieht der Gesetzgeber die Prüfung nicht durch eine kurzfristige Ankündigung in ihrem Zweck gefährdet. Es kann nicht das entscheidende Kriterium sein, dass in der stationären Einrichtung in der Regel eine von der Pflege freigestellte PDL verfügbar ist. Vielmehr sollte es für den Gesetzgeber handlungsleitend sein, auf unnötige Skandalisierung und unnötige Bürokratie zu verzichten. Keine Einrichtung verändert sich über Nacht grundlegend, so dass gegen eine kurzfristige Ankündigung auch bei stationären Einrichtungen nichts spricht.

Folglich ist generell angemeldet zu prüfen und dies ohne bürokratische Begründungsverfahren!

Misstrauen ist nicht im Interesse der Pflegebedürftigen, sondern Wertschätzung und Vertrauen entgegen zu bringen, statt Kontrollen und Bürokratie. Denn nur so werden sich in Zukunft genug Pflegekräfte finden.

Zu § 115 Ergebnisse von Qualitätsprüfungen

Abs. 1a

Trotz des andauernden Streits um die Pflegetransparenzvereinbarung will der Gesetzgeber die Gelegenheit offensichtlich ungenutzt lassen, die verbindlichen Rahmenbedingungen der Pflegetransparenz zu regeln. So wird leider die verfahrenere Situation seit der überhasteten Einführung beibehalten und der Verbraucher erhält keinen aussagekräftigen Informationen. Leidtragende sind dabei auch die Einrichtungen, die ihre Mitarbeiter mit den demotivierenden Kriterien konfrontieren müssen.

Satz 10

Ein schwerer ordnungspolitischer Unfall unter einer konservativ-liberalen Regierung war es, in §115 Abs. 1a Satz 10 SGB XI im Kontext des Krankenhaushygienegeset-

zes eine einseitig begünstigende Schiedsstellenregelung zu treffen. Für eine kurzfristige Anrufung der Schiedsstelle (§113b SGB XI) ist danach auf der einen Seite die Gesamtheit der Kassen notwendig, während seitens der Trägerverbände eine Mehrheit ausreicht.

Der VDAB verlangt, dass in inhaltlicher und formaler Hinsicht gleiche Bedingungen gelten. Die Sonderregelung zur verkürzten Anrufung der Schiedsstelle ist deshalb zu streichen.

Zu § 123 (neu) Verbesserte Pflegeleistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz als Übergangsregelung

Die steigende Zahl Demenzkranker stellt eine große Herausforderung dar.

Es ist zwingend erforderlich, dass Betreuungsleistungen, insbesondere für an Demenz erkrankte Menschen, weiter verbessert werden. Als erster Schritt ist die Regelung zu begrüßen, entbindet aber nicht von der Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs.

C. zu den einzelnen Regelungen – Änderungen des SGB V

§§ 37, 132, 132a SGB V Häusliche Krankenpflege

Die derzeitigen Schnittstellen zum verordnenden Arzt sind Quelle einer Vielzahl von bürokratischen Vorgängen. Sie sind reduzierbar, ohne Nachteile für die Versorgung. Für die Versorgung von bestimmten Versicherten ist daher eine Verordnungsermächtigung durch Pflegeeinrichtungen im SGB V einzuführen.

Beispiele sind:

- stabil eingestellte insulinpflichtige Patienten
- ständig notwendige Verbandmittel und Salben
- Hilfsmittel des täglichen Bedarfs, soweit sie relevant für die Pflege sind

Das Abrechnungswesen in der häuslichen Krankenpflege ist überbürokratisiert und gefährdet die wirtschaftliche Überlebensfähigkeit von Pflegeunternehmen im ambulanten Bereich. Vor allem, seit eine Vielzahl von Kassen externe Abrechnungsstellen damit beauftragt haben. In den Verträgen mit den Abrechnungsanbietern haben sie rechtswidrig vorgeschrieben, dass Abrechnungen nur dann beglichen werden sollen, wenn genehmigte Verordnungen für die Häusliche Krankenpflege vorliegen. In den Fällen, in denen keine Genehmigung vorliegt (immer wenn die Kasse sich innerhalb einer bestimmten Frist nicht geäußert hat) zahlt die Abrechnungsstelle also nicht, obwohl der Anspruch des Pflegedienstes aus § 6 Abs. 6 der Richtlinien unzweifelhaft ist. Eigentlich gilt dann die vorläufige Kostenzusage. Trotzdem müssen die Pflegedienste erinnern, mahnen und ggf. vollstrecken lassen.

Noch größer ist der bürokratische Aufwand, wenn die Kassen die Genehmigung der Kostenübernahme nachträglich verweigert. Zwar gilt auch dann die vorläufige Kostenübernahme gemäß Richtlinien. Dennoch sind fast alle Kassen (auch die, die keine Abrechnungsstellen beauftragen, wie AOKen) erst nach Schriftverkehr oder der Einleitung des Mahnverfahrens bereit zu zahlen. Dies kostet zudem Beitragsgelder. Daher ist in § 132a SGB V ein neuer Absatz 3 einzufügen, der diesen Missstand beseitigt. „Die Kassen stellen sicher, dass Leistungen der Häuslichen Krankenpflege, die den Richtlinien gemäß § 92 Abs. 1 Ziffer 6 häusliche Krankenpflege, verordnet wurden, vereinbarungsgemäß auch dann vergütet werden, wenn die Krankenkasse die Kostenübernahme nachträglich ablehnt.“

Alternative: Es wird der Genehmigungsvorbehalt gesetzlich kassiert. Dann übernimmt die Kasse die Kosten aufgrund der ärztlichen Expertise.

Zu § 119b (neu) SGB V

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband sollen bis 30.09.2013 „Anforderungen an eine kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeheimen“ vereinbaren.

Die Zielsetzung der Regelung ist durchaus zu begrüßen, nur deren Umsetzung zeugt leider von einer Verkennung der Versorgungsrealität und von der stiefmütterlichen Behandlung der Pflegebranche und ihrer Verbände.

Zu den Verbänden der Pflegebranche ist bei der Vereinbarung lediglich Benehmen herzustellen. Juristisch wird also kein Einverständnis der Einrichtungsverbände vorausgesetzt, sondern nur das ernsthafte Bemühen darum. Es kann aber keine Regelungskompetenz der Partner aus § 82 I SGB V für die **pflegerische** Versorgung in stationären Pflegeheimen geben. Darin sehen wir eine grobe Missachtung der Pflegeselbstverwaltung und der unternehmerischen Freiheit, die einer interdisziplinären Zusammenarbeit nicht förderlich ist. Aus der Regelung leiten wir ab, dass es sich offensichtlich aus Sicht des Gesetzgebers bei der Pflegeselbstverwaltung um eine Selbstverwaltung zweiter Klasse handelt. Pflegeeinrichtungen sind nur gut genug, um auf ihrem Rücken eine „Transparenz“ herzustellen, zu der Ärzte und deren Verbände nicht bereit wären.

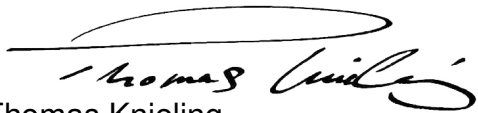
Sollten die Anforderungen vereinbart werden, leiten sich daraus noch keine Verpflichtungen für Ärzte ab, was die Erfolgschancen für eine tatsächliche Qualitätsverbesserung weiter reduziert.

Insgesamt halten wir die Regelung für ein Feigenblatt und deshalb für entbehrlich. Will man dem im Gesetz formulierten Anspruch gerecht werden, so muss man den Akteuren der Selbstverwaltung im Bereich SGB V und SGB XI die Möglichkeit geben, sich auf Augenhöhe zu begegnen. Nur eine gleichberechtigt abgeschlossene Vereinbarung bringt uns dem lohnenden Ziel einer optimierten pflegerischen und ärztlichen Versorgung näher.

Unabhängig davon gefährdet die angestrebte Entwicklung die freie Arztwahl.

Wir würden uns freuen, wenn unsere Vorschläge Eingang in die Überarbeitung des Gesetzesentwurfs finden. Für Rückfragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen


Thomas Knieling
Bundesgeschäftsführer