

Abteilung Sozialpolitik

Tel.: 030 / 72 62 22 – 199

Fax: 030 / 72 62 22 – 328

Sekretariat: 030 / 72 62 22 – 125

E-Mail:

fabian.mueller-zetzsche@sovd.de

Stellungnahme

des Sozialverband Deutschland (SoVD) zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege- Neuausrichtungsgesetz - PNG)

Der Sozialverband Deutschland (SoVD) bedankt sich für die Möglichkeit zur Stellungnahme und nimmt zum vorliegenden Referentenentwurf wie folgt Stellung:

I. Gesamtbewertung

Die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung ist eine der wichtigsten sozialpolitischen Aufgaben für die Zukunft. Die Erfahrungen seit Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 haben gezeigt, dass das bestehende Pflegeversicherungssystem zu stark auf institutionelle Betreuung und Pflege abzielt, dass die häusliche Pflege, die überwiegend geleistet wird, nicht entsprechend ihrer Bedeutung gefördert und dass die Bedürfnisse und Interessen pflegebedürftiger Menschen an einer würdevollen, teilhabeorientierten Pflege nicht ausreichend berücksichtigt werden. Deutlich wurde auch, dass bestehende Regelungen des SGB XI zum Beispiel im Bereich der Rehabilitation von den verantwortlichen Kostenträgern und Leistungserbringern nicht oder nur unzureichend umgesetzt werden.

Der Referentenentwurf des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes (PNG) versucht, einige bestehende Defizite des Pflegeversicherungssystems auszugleichen. Der SoVD begrüßt neben der Verbesserung der Leistungen für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, insbesondere die Absicht, alternative Wohn- und Betreuungsgruppen stärker zu fördern, die Interessen der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen zukünftig bei der Erarbeitung von Richtlinien und Vereinbarungen im Rahmen der Pflegeversicherung stärker zu berücksichtigen sowie die medizinische Versorgung in stationären Einrichtungen zu verbessern.

Die im Referentenentwurf des PNG vorgesehene Ausgestaltung der einzelnen Regelungen kann jedoch im Einzelnen nicht befriedigen. Das liegt zuvorderst daran, dass aufgrund der nicht erfolgten grundsätzlichen Neudefinition von Pflegebedürftigkeit verschiedene Elemente des Gesetzes systematisch schwer zueinander passen. So wird die häusliche Betreuung als Sachleistung eingeführt, nicht aber der Bedarf an häuslicher Betreuung im Begriff und Bemessung von Pflegebedürftigkeit grundsätzlich berücksichtigt. Im Referentenentwurf des PNG kaum enthalten sind zudem Maßnahmen, mit denen professionelle Pflege gestärkt und ihr qualifizierter Nachwuchs gesichert werden soll.

Schließlich wird auch auf die notwendige umfassende Stärkung der solidarischen Finanzierungsgrundlage der Pflegeversicherung verzichtet. Stattdessen wird durch die minimale Beitragssatzerhöhung die grundsätzliche Stabilisierung der Finanzierung um weitere Jahre verschoben sowie die Privatisierung des Pflegerisikos durch die Förderung einer privaten Pflegezusatzversicherung forciert.

II. Zu den Regelungen im Einzelnen:

1. Definition von Pflegebedürftigkeit

Mit der Definition von Pflegebedürftigkeit entscheidet sich grundsätzlich, welche Menschen als pflegebedürftig nach dem elften Sozialgesetzbuch gelten und in der Folge Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung erhalten. Breiter Konsens ist, dass der bisherige Begriff von Pflegebedürftigkeit mit seiner Fokussierung auf körperliche Defizite und verrichtungsbezogene Pflege zu eng gefasst ist. Insbesondere der hohe Bedarf an Aufsicht und Betreuung demenziell Erkrankter wird nicht ausreichend berücksichtigt. Leider hat der Gesetzgeber davon abgesehen, im vorliegenden Referentenentwurf mit der Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zu beginnen. Stattdessen wird in der Gesetzesbegründung lediglich die Absicht des Bundesgesundheitsministeriums formuliert, *„die weiteren Schritte für die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs von einem Expertenbeirat fachlich fundiert vorbereiten zu lassen.“*

Der SoVD kritisiert, dass die Einführung eines neuen, an Teilhabe orientierten Pflegebedürftigkeitsbegriffs erneut verschoben wird. Der Gesetzgeber hat inzwischen drei Jahre Zeit gehabt, die Ergebnisse des Beirats zur Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs aus dem Jahr 2009 umzusetzen.

2. Stärkung der häuslichen Pflege und des Grundsatzes „ambulant vor stationär“

Aufnahme von häuslicher Betreuung in den Sachleistungsanspruch

Im Referentenentwurf ist vorgesehen, neben den Leistungen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung ab 1. Januar 2013 auch häusliche Betreuungsleistungen in den Sachleistungsanspruch nach § 36 SGB XI aufzunehmen. Häusliche Betreuung umfasst dabei sonstige Hilfen, Unterstützung

und Beaufsichtigung im häuslichen Umfeld durch eine anwesende Person. Darüber hinaus ist vorgesehen, dass Sachleistungen statt bisher von Pflegekräften zukünftig von Kräften erbracht werden.

Der SoVD setzt sich grundlegend für die bessere Berücksichtigung des Bedarfes an Betreuung bei der Bemessung von Pflegebedürftigkeit und der Ausgestaltung der Leistungen der Pflegeversicherung ein. Insofern ist die Schaffung eines Sachleistungsanspruches auf häusliche Betreuung als verbesserte Leistung für pflegebedürftige Menschen zu begrüßen. Allerdings zeigt sich besonders an dieser geplanten Neuregelung, welche Probleme sich aus dem Verzicht auf eine grundlegende Überarbeitung der Pflegeversicherung inklusive der Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des neuen Begutachtungsverfahrens ergeben. So wird die häusliche Betreuung zukünftig zwar Sachleistung nach dem SGB XI sein, der Bedarf an häuslicher Betreuung jedoch weiterhin nicht systematisch bei der Bemessung von Pflegebedarf nach §§ 14 und 15 SGB XI berücksichtigt werden. Zudem wird zukünftig die Abgrenzung zwischen den Leistungen der Eingliederungshilfe und der durch die Pflegeversicherung zu erbringenden häuslichen Betreuung problematisch werden. Die Betroffenen würden nicht bessergestellt, wenn zukünftig viele Leistungen der Eingliederungshilfe einfach durch die Pflegeversicherung finanziert würden.

Sehr kritisch sieht der SoVD, dass die häuslichen Pflegehilfen (Pflegesachleistungen) zukünftig von Kräften, statt wie bisher von Pflegekräften erbracht werden sollen. Hier sieht der SoVD sowohl die Gefahr, dass die fachliche Qualität der erbrachten Pflegeleistungen nicht immer gesichert ist, als auch dass durch Kräfte erbrachte Leistungen zukünftig in den Pflegesatzverhandlungen geringer bewertet werden und so die Tendenzen zur Zahlung von Dumpinglöhnen in der ambulanten Pflege verschärfen. Der SoVD fordert, dass sämtliche Pflegesachleistungen auch zukünftig von Pflegekräften erbracht werden müssen.

Flexibilisierung der Leistungsanspruchnahme

Damit pflegebedürftige Menschen sich flexibler als bisher durch ambulante Pflegedienste erbrachte Leistungen nach ihren Bedürfnissen zusammenstellen können, soll zum 1. Januar 2013 eine alternative Vergütungsregelung geschaffen werden (§ 89 SGB XI). So sollen zukünftig neben konkreten Leistungen auch Zeitpauschalen vereinbart werden können. Welche Leistungen der Pflegedienst in dieser Zeit erbringt, sollen die pflegebedürftigen Menschen frei auswählen können.

Grundsätzlich begrüßt der SoVD die Verbesserung der Möglichkeit, Leistungen flexibel zusammenzustellen. Allerdings steht zu befürchten, dass die Vergütung für die Zeitpauschalen gegebenenfalls nicht ausreichend hoch sein wird, um die nötigen komplexen Pflegeleistungen in bedarfsgerechtem Umfang zu erbringen. Es muss darum sichergestellt werden, dass auch im Rahmen von Zeitpauschalen alle notwendigen pflegerischen Leistungen qualitätsgesichert erbracht werden.

Weiterzahlung von Pflegegeld bei Kurzzeit- und Verhinderungspflege

Im Referentenentwurf ist vorgesehen, zukünftig auch für den Zeitraum der Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI sowie Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI ein vorher bezahltes Pflegegeld nach § 37 SGB XI zur Hälfte weiterzuzahlen. Damit sollen die auch während der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege weiterhin bestehenden Belastungen der Pflegesituation, wie etwa den pflegenden Angehörigen durch die Angehörigenpflege entstehender Lohnausfall, besser abgedeckt werden.

Aus Sicht des SoVD ist an dieser Neuregelung durchaus positiv, dass sie kurzfristig zur Stabilisierung häuslicher Pflegearrangements beitragen kann. Allerdings muss grundsätzlich beachtet werden, dass das Pflegegeld als Leistung für die pflegebedürftigen Menschen grundsätzlich den Zweck hat, notwendige Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung im häuslichen Umfeld selbstorganisiert sicherzustellen. Das Pflegegeld ist keineswegs als Lohnersatzleistung für den Lohnausfall der Pflegeperson angelegt. Mittelfristig müssen darum sachgerechtere Wege zur Abfederung finanzieller Belastungen der pflegenden Angehörigen durch Lohnausfall angestrebt werden.

Soziale Sicherung der Pflegeperson

Pflegende Angehörige gelten als Pflegeperson nach § 19 SGB XI, wenn sie einen nahen Angehörigen nicht erwerbsmäßig pflegen. Leistungen zur sozialen Sicherung nach § 44 SGB XI erhalten Pflegepersonen dann, wenn sie einen Angehörigen in einem Umfang von mindestens 14 Stunden in der Woche pflegen und nicht mehr als 30 Stunden in der Woche erwerbstätig sind. Im Referentenentwurf ist vorgesehen, dass zukünftig die für die verschiedenen Angehörigen aufgewendeten Pflegezeiten addiert werden. Ausschlaggebend für den Zugang zu den Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson ist dann die Summe der für die Angehörigenpflege aufgewendeten Zeit. Die bisherige Regelung stellte Pflegepersonen, die mehrere Angehörige pflegten, für jeden einzelnen aber weniger als 14 Stunden in der Woche aufwandten, schlechter, weil sie keine Leistungen zur sozialen Sicherung erhielten. Durch die vorgesehene Neuregelung werden zukünftig alle Personen gleich behandelt, die mindestens 14 Stunden in der Woche Angehörige pflegen. Der SoVD begrüßt die Neuregelung und hält sie für sachgerecht. Der SoVD kritisiert in diesem Zusammenhang jedoch, dass die rentenrechtliche Bewertung von Pflegezeiten an sich nicht grundsätzlich verbessert wurde.

Aus Sicht des SoVD wäre es zudem sachgerecht, wenn die im vorliegenden Referentenentwurf begonnene Neuorientierung, wonach neben der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung auch die häusliche Betreuung in den Leistungskatalog der Pflegeversicherung aufgenommen wird, auch auf die Berechnung der durch Pflegepersonen aufgewendeten Pflegezeit ausgedehnt würde. Insbesondere bei der zunehmenden Zahl an demenziell Erkrankten macht die häusliche Betreuung einen erheblichen Teil der Pflegeleistung der Angehörigen

aus. Dennoch wird sie als Teil der so genannten ergänzenden Pflegeleistungen bisher bei der Berechnung der aufgewendeten Pflegezeit – und damit beim möglichen Zugang zu Leistungen der sozialen Sicherung der Pflegeperson – unzureichend berücksichtigt.

Eigenbeteiligung bei wohnumfeldverbessernden Maßnahmen

Um häusliche Pflege gegebenenfalls möglich zu machen, zahlen die Pflegekassen einen Zuschuss zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen in Höhe von bis zu 2.557 Euro pro Maßnahme (§ 40 SGB XI). Bisher müssen die Versicherten allerdings eine von den jeweiligen Einkommensverhältnissen abhängige Eigenbeteiligung zu diesen Umbaumaßnahmen leisten. Im Referentenentwurf ist vorgesehen, dass diese Eigenbeteiligung – und mit ihr die Prüfung der Einkommenssituation – zukünftig entfallen soll. Der SoVD unterstützt diese Neuregelung. Sie kann zur Stärkung der häuslichen Pflege beitragen.

Förderung neuer Wohn- und Betreuungsformen

Im Referentenentwurf sind verschiedene Maßnahmen vorgesehen, neue Wohn- und Betreuungsformen zu stärken. So sollen pflegebedürftige Menschen, die in einer ambulant betreuten Wohngruppe leben, neben dem Bezug von Pflegesachleistungen, Pflegegeld oder Kombinationsleistungen monatlich einen Wohngruppenzuschlag in Höhe von 200 Euro erhalten (§ 38 a SGB XI neu). Dieser Zuschlag soll pauschal zur eigenverantwortlichen Organisation und Sicherstellung der Pflege in der Wohngemeinschaft gewährt werden. Er wird zweckgebunden allerdings nur in Fällen gezahlt, in denen in der Wohngruppe mindestens eine Präsenzkraft tätig ist. Darüber hinaus soll ein Initiativprogramm zur Förderung neuer Wohnformen aufgelegt werden, um die Gründung ambulanter Wohngemeinschaften anzuregen (§ 45 e und 45 f SGB XI neu). Konkret soll bei Gründung einer neuen Wohnform die altersgerechte Umgestaltung der gemeinsamen Wohnung mit einer einmaligen Anschubfinanzierung in Höhe von bis zu 2.500 Euro pro Person gefördert werden. Der Förderbeitrag ist auf 10.000 Euro je neugegründeter Wohngemeinschaft begrenzt. Er soll gewährt werden, bis ein Gesamtfördervolumen von 30 Millionen Euro ausgeschöpft ist. Darüber hinaus sollen für die wissenschaftliche Weiterentwicklung und Förderung neuer Wohnformen zusätzlich 15 Millionen Euro zur Verfügung gestellt werden.

Der SoVD setzt sich sehr für die Stärkung ambulant betreuter Wohnformen als zwischen der häuslichen und der stationären Versorgung angesiedelter Versorgungsform ein. Viele Menschen ziehen die selbstbestimmte Pflege in einer solchen Wohnform der Pflege in einer stationären Großpflegeeinrichtung vor. Der SoVD unterstützt die Intention des Gesetzentwurfs und begrüßt insofern das Initiativprogramm. Kritisch sieht der SoVD die Regelungen zur Präsenzkraft, deren Vorhandensein in einer Wohngruppe Voraussetzung für den neu eingeführten Wohngruppenzuschlag in Höhe von 200 Euro pro Bewohner ist. Es muss befürchtet werden, dass Beschäftigungsverhältnisse, die schwerpunktmäßig mit den neu zur Verfügung gestellten finanziellen Mitteln zu bestreiten sind, prekären Charakter

haben werden. Zudem ist durch die Verwendung des Begriffs der „Kraft“ nicht sichergestellt, dass die Präsenzkraft über ausreichend pflegerische Fachqualifikationen verfügt. Hier fordert der SoVD eine entsprechende Präzisierung. Bezüglich ambulanter Wohnformen sieht der SoVD darüber hinaus weiteren grundsätzlichen Regelungsbedarf. Wohngruppen befinden sich in einer regulativen Grauzone. Es gibt derzeit keine klar abgegrenzte gesetzliche Definition ambulant betreuter Wohnformen. Insgesamt muss sichergestellt werden, dass die Qualität der pflegerischen Versorgung in ambulanten Wohnformen jederzeit gesichert ist.

Leistungsverbesserungen für demenziell erkrankte Menschen

Im Referentenentwurf ist vorgesehen, für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, die in häuslicher Umgebung gepflegt und betreut werden, zum 1. Januar 2013 neue Leistungen zu schaffen (neuer § 123 SGB XI). Diese sollen neben den seit 2008 existierenden zusätzlichen Betreuungsleistungen nach § 45 b bezogen werden können und bis zur Einführung einer neuen Definition von Pflegebedürftigkeit und entsprechend veränderten Leistungen gelten.

Folgende neue Leistungen sind vorgesehen:

- Menschen mit einem Pflegebedarf unterhalb der Pflegestufe I und erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz erhalten Pflegegeld nach § 37 SGB XI in Höhe von 120 Euro oder Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI in Höhe von bis zu 225 Euro oder Kombinationsleistungen aus beiden vorgenannten nach § 38 SGB XI. Zusätzlich erhalten sie Anspruch auf Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI sowie auf Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen nach § 40 SGB XI.
- Für Menschen mit der Pflegestufe I und erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz erhöht sich das Pflegegeld nach § 37 SGB XI um 70 Euro auf 305 Euro sowie die Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI um 215 Euro auf bis zu 665 Euro.
- Für Menschen mit der Pflegestufe II und erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz erhöht sich das Pflegegeld nach § 37 SGB XI um 85 Euro auf 525 Euro sowie die Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI um 150 Euro auf bis zu 1.250 Euro.
- Für Menschen in Pflegestufe III sind keine Änderungen vorgesehen.

Der SoVD begrüßt die Verbesserung der Leistungen für demenziell erkrankte Menschen. Er fordert allerdings, dass diese Leistungsverbesserung als ein Element im Rahmen einer grundsätzlichen Neuausrichtung der Pflegeversicherung neben der Einführung einer neuen Definition von Pflegebedürftigkeit sowie eines neuen Begutachtungsverfahrens werden. Stattdessen führt das Bundesgesundheitsministerium nach dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz aus dem Jahr 2008 im Rahmen des Pflege- Neuausrichtungsgesetzes bereits zum

zweiten Mal an verschiedenen Stellen relativ unsystematisch Einzelleistungen für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz in die Pflegeversicherung ein. Die Folge ist, dass es in der Pflegeversicherung versicherten Menschen und ihren Angehörigen immer schwerer fällt, einen Überblick über die ihnen zustehenden Leistungen zu bekommen. Zudem steht zu befürchten, dass die jetzt vorgenommene „kleine“ Pflegereform den Reformdruck für die Pflegeversicherung ein wenig verringert und die notwendige „große“ Pflegereform um Jahre verschiebt. Damit wäre den demenziell erkrankten Menschen und ihren Angehörigen am wenigsten geholfen.

Zulassung von „Betreuungsdiensten“

Bei ambulanten Diensten, die schwerpunktmäßig häusliche Betreuung und hauswirtschaftliche Versorgung für demenziell erkrankte Pflegebedürftige erbringen, sollen die Voraussetzungen zur Anerkennung als ambulanter Dienst nach dem SGB XI geändert werden. Anstelle einer verantwortlichen Pflegefachkraft können solche Dienste ab dem 1. Januar 2013 auch eine „entsprechend qualifizierte, fachlich geeignete und zuverlässige Kraft mit praktischer Erfahrung im erlernten Beruf“ einsetzen (§ 71 Abs. 3a SGB XI). Entsprechend spezialisierte Dienste sollen einen Namenszusatz, wie „Betreuungsdienst“, führen.

Der SoVD kann die Intention des Gesetzgebers nachvollziehen, analog zu den neu eingeführten Leistungen der häuslichen Pflege in den Sachleistungsanspruch spezialisierte ambulante Dienste zuzulassen. Er hält die geplanten Regelungen dennoch für verfehlt. Auch die „Betreuungsdienste“ erbringen neben ihrem Schwerpunkt auf häusliche Betreuung Leistungen der Grundpflege. Um die fachliche Qualität dieser Pflegeleistungen sicherzustellen, ist es zwingend erforderlich, dass das Vorhandensein einer verantwortlichen Pflegefachkraft nach den Regelungen des bisherigen § 71 SGB XI Zulassungsvoraussetzung von ambulanten Diensten bleibt. Im Übrigen können zukünftig alle derzeit rund 11.000 ambulanten Dienste häusliche Betreuung anbieten. Die Schaffung einer neuen Gruppe ambulanter Dienste scheint darum grundsätzlich verzichtbar.

3. Entlastung pflegender Angehöriger

Zwei Drittel aller Menschen mit Pflegebedarf werden in häuslicher Umgebung gepflegt. Die Mehrzahl davon ohne professionelle Unterstützung, beispielsweise durch ambulante Pflegedienste. Nicht erwerbsmäßig pflegende Angehörige tragen einen erheblichen Teil der Pflegelast in Deutschland. Sie brauchen umfassende Unterstützung und Entlastung, um diese schwierige Aufgabe wahrzunehmen.

Förderung der Selbsthilfe

Zur besseren Förderung ehrenamtlicher Strukturen sowie der Selbsthilfe nach § 45 d SGB XI (neu) soll zusätzlich zu den bisher zur Verfügung stehenden 25 Millionen Euro ein neues Budget geschaffen werden. Die Pflegekassen sowie die privaten Versicherungsunternehmen sollen künftig pro Kalenderjahr 10 Cent je Versichertem für diese Förderung aufbringen und an den Ausgleichsfonds der sozialen

Pflegeversicherung zahlen. Der SoVD begrüßt eine verbesserte finanzielle Unterstützung der Selbsthilfe nach § 45 d SGB XI.

Rehabilitation für Pflegepersonen

Ausgehend von der Annahme, dass pflegende Angehörige eigene stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen nur dann in Anspruch nehmen, wenn gleichzeitig die pflegerische Versorgung und Betreuung der pflegebedürftigen Person im Umfeld der/des pflegenden Angehörigen sichergestellt ist, soll der Anspruch auf Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI erweitert werden. Der Referentenentwurf sieht vor, dass Kurzzeitpflege auch in Einrichtungen zur stationären Vorsorge- oder Rehabilitation gewährt werden kann, die keine Zulassung zur pflegerischen Versorgung nach dem SGB XI haben, wenn der pflegende Angehörige in dieser Einrichtung zugleich eine Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch nimmt.

Der SoVD setzt sich grundsätzlich für die Schaffung von Rahmenbedingungen ein, die es pflegenden Angehörigen besser ermöglichen, an Rehabilitationsmaßnahmen teilzunehmen. Jedoch sieht er die hier angestrebte Lockerung der Anforderungen an zur Kurzzeitpflege zugelassene Einrichtungen kritisch. Aus seiner Sicht kann nicht *„generell davon ausgegangen werden, dass Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen fachlich und organisatorisch in der Lage sind, die von den pflegenden Angehörigen mitgebrachten Pflegebedürftigen angemessen zu betreuen und zu pflegen“*, wie es in der Begründung zum Referentenentwurf heißt.

Der Referentenentwurf sieht darüber hinaus Änderungen des SGB V und des SGB VI vor. Krankenkassen und die Träger der Rentenversicherung haben künftig bei ihren Entscheidungen über das Erbringen von Rehabilitationsmaßnahmen die besonderen Belange pflegender Angehöriger zu berücksichtigen. Das Bundesgesundheitsministerium schätzt, dass der Gesetzlichen Rentenversicherung durch die zusätzlich gewährten Rehabilitationsmaßnahmen Mehrausgaben in Höhe von 20 Millionen Euro im Jahr entstehen, der Gesetzlichen Krankenversicherung in Höhe von 10 Millionen Euro jährlich. Nach Einschätzung des SoVD ist eine bessere Berücksichtigung der Belastungen pflegender Angehöriger bei der Bewilligung von Rehabilitationsleistungen durch die Reha-Träger dringend notwendig. Inwiefern solches aber durch die vorgesehenen Ergänzungen im SGB V und VI erfolgen wird, ist zumindest fraglich. Der gesetzliche Anspruch auf Rehabilitationsleistungen bezieht sich auf das Vorliegen eines medizinischen Bedarfes an Rehabilitation. Er ist ausschlaggebend für die Bewilligung von Rehabilitationsmaßnahmen durch die Rehabilitationsträger. Die Gründe für das Zustandekommen dieses Bedarfes geben keinen Ausschlag. Insofern muss in den kommenden Jahren überprüft werden, ob die intendierte Wirkung tatsächlich eingetreten ist.

4. Stärkung der Rechte von pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen

Beteiligung

Im Referentenentwurf ist vorgesehen, die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen bei Fragen der Begutachtung und der Qualität der Pflege stärker zu beteiligen. In Anlehnung an die entsprechenden Regelungen im SGB V zur Patientenbeteiligung sollen sie zukünftig ein Mitberatungsrecht enthalten. Das Bundesgesundheitsministerium soll ermächtigt werden, Näheres zu den Voraussetzungen zur Anerkennung als maßgebliche Organisation im vorbenannten Sinne durch Rechtsverordnung zu regeln (§ 118 SGB XI).

Der SoVD begrüßt die geplanten Neuregelungen. Er hat in der Vergangenheit – zuletzt anlässlich der Verhandlungen zu den Pflegetransparenzvereinbarungen – wiederholt eine stärkere Einbeziehung der Perspektive pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen in die Verhandlungen der Verhandlungspartner nach SGB XI gefordert. Als ein großer die Interessen behinderter und pflegebedürftiger Menschen sowie ihrer Angehörigen vertretender Verband möchte der SoVD an dieser Stelle explizit seine Bereitschaft und seinen Wunsch äußern, als maßgebliche Organisation für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen zukünftig bei der Erarbeitung und Änderung der in § 118 SGB XI genannten Richtlinien und Vereinbarungen mitzuwirken.

Begutachtung

Mit einigen Änderungen des § 18 SGB XI plant das Bundesgesundheitsministerium die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit versichertenfreundlicher zu gestalten. Unter anderem ist vorgesehen, dass Pflegekassen Begutachtungsaufträge zukünftig auch unmittelbar an unabhängige Gutachter vergeben können. Der SoVD sieht diese Neuregelung kritisch. Es steht zu befürchten, dass die direkt von den Pflegekassen beauftragten „unabhängigen Gutachter“, die existenziell von einer regelmäßigen Auftragsvergabe durch die Pflegekassen abhängig sind, nicht unabhängig über den Pflegebedarf der Antragssteller entscheiden. Insofern plädiert der SoVD für eine Beibehaltung der bisherigen Regelung, bei der die von den Pflegekassen beauftragten Medizinischen Dienste ihrerseits freie Gutachter beauftragen können. Für den Fall, dass eine fristgerechte unabhängige Begutachtung durch einige Medizinische Dienste regelmäßig nicht gewährleistet werden kann, wozu dem SoVD belastbare Informationen fehlen, kann nötigenfalls eine Reform der Begutachtungsstrukturen innerhalb der Medizinischen Dienste in den Blick genommen werden.

Im Referentenentwurf ist bezüglich der Begutachtung nach § 18 SGB XI des Weiteren vorgesehen, dass Versicherte zukünftig von den Gutachtern während der

Begutachtung darauf hingewiesen werden müssen, dass sie ein Recht auf Zusendung des Gutachtens haben. Es soll im Gutachten festgehalten werden, ob der Antragsteller von diesem Recht Gebrauch machen will. Diese Regelung ist aus Sicht des SoVD unnötig bürokratisch. Stattdessen sollte zur Herstellung größtmöglicher Transparenz über die Entscheidung der Pflegekasse und zur Stärkung der Rechte der Versicherten eine Regelung in den § 18 SGB XI aufgenommen werden, wonach das Gutachten den Antragstellern grundsätzlich immer zusammen mit dem Bescheid der Pflegekassen sowie der Rehabilitationsempfehlung zugesandt wird.

Kündigung

Im Referentenentwurf ist vorgesehen, dass mit ambulanten Diensten geschlossene Pflegeverträge jederzeit ohne Einhaltung einer Frist durch den Pflegebedürftigen gekündigt werden können (§ 120 SGB XI neu). Die vorgesehene Neuregelung dient vor allem der Klarstellung und greift Rechtsprechung auf. Der SoVD unterstützt die Neuregelung.

5. Rehabilitation vor und bei Pflege

Rehabilitationsmaßnahmen können in erheblichem Ausmaß zur Vermeidung oder Reduzierung von Pflegebedürftigkeit beitragen. Ausgehend von der Einschätzung, dass der Grundsatz Rehabilitation vor Pflege in der Praxis nicht ausreichend umgesetzt wird, sieht das Bundesgesundheitsministerium im vorliegenden Referentenentwurf Regelungen vor, die den Zugang pflegebedürftiger Menschen zu Rehabilitationsmaßnahmen verbessern sollen.

Im Rahmen der Begutachtung zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit nach § 18 SGB XI sollen die Gutachterinnen und Gutachter zukünftig jeweils eine individuelle Rehabilitationsempfehlung erstellen. Diese Empfehlung muss dem Antragssteller von der Pflegekasse zukünftig zusammen mit ihrer Entscheidung über die Pflegebedürftigkeit übersandt werden. Zusätzlich werden die Pflegekassen verpflichtet, für die Geschäftsjahre 2013 bis 2015 jährlich differenziert über ihre Erfahrungen mit der Umsetzung der Rehabilitationsempfehlungen der Gutachterinnen und Gutachter zu berichten (§ 18 Abs. 9 NEU SGB XI). Die zusammengefassten Ergebnisse sollen jeweils dem Bundesgesundheitsministerium zugesandt werden.

Der SoVD begrüßt die geplante Verpflichtung zum Verfassen individueller Rehabilitationsempfehlung im Rahmen der Begutachtungen grundsätzlich. Rehabilitationsmaßnahmen haben großes Potenzial zur Vermeidung und/oder Verringerung von Pflegebedürftigkeit. Der SoVD hat in der Vergangenheit immer wieder kritisiert, dass nur in sehr wenigen Pflegebegutachtungen explizit Rehabilitationsmaßnahmen empfohlen und in der Folge nur wenige Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt werden. Er hat zuletzt in seinem ‚Pflege-Weckruf‘ zum Thema „Reha vor und bei Pflege“ aus dem November 2011 gefordert, dass Rehabilitationspotenziale von Antragstellern zukünftig besser erfasst werden

müssen, indem zum Beispiel Nichtempfehlungen von Rehabilitationsmaßnahmen zukünftig verpflichtend zu begründen sind. Insofern begrüßt der SoVD die geplante Verpflichtung zum Verfassen individueller Rehabilitationsempfehlungen. Der SoVD begrüßt auch die eine automatische Übersendung der Rehabilitationsempfehlung an die Versicherten zusammen mit der Zusendung der Entscheidung über die Pflegebedürftigkeit. Schließlich ist auch die geplante Verpflichtung der Pflegekassen zu begrüßen, dem Bundesgesundheitsministerium zwischen 2013 und 2015 jährlich über die Erfahrungen mit der Umsetzung der Rehabilitationsempfehlungen zu berichten.

6. Medizinische Versorgung in stationären Einrichtungen

Die ärztliche Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen ist vielfach unzureichend. Diesen Zustand haben auch verschiedene Reformen der Pflegeversicherung der letzten Jahre, mit denen unter anderem das Zustandekommen von Kooperationen zwischen niedergelassenen (Fach)Ärzten und stationären Pflegeeinrichtungen gefördert werden sollte, nicht durchgreifend verbessern können.

Informationspflicht stationärer Pflegeeinrichtungen über (fach)ärztliche Versorgung

Im Referentenwurf ist vorgesehen, stationäre Pflegeeinrichtungen ab 1. Januar 2013 zu verpflichten, unmittelbar nach einer erfolgten Regelprüfung die Landesverbände der Pflegekassen über die Regelungen der Einrichtung zur ärztlichen, fachärztlichen und zahnärztlichen Versorgung sowie zur Arzneimittelversorgung zu informieren. Diese Informationen müssen von den Landesverbänden der Pflegekassen zukünftig gemeinsam mit den Pflegetransparentenberichten veröffentlicht werden.

Die Aufnahme einer Informationspflicht stationärer Pflegeeinrichtungen über die (fach)ärztliche Versorgung sowie die Veröffentlichung dieser Informationen gemeinsam mit den Pflegetransparentenberichten ist im Interesse der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen sehr zu begrüßen.

Kooperationsverträge

Im Rahmen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes 2008 wurde für Pflegeeinrichtungen die Möglichkeit geschaffen, zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung Kooperationsverträge mit geeigneten vertragsärztlichen Leistungserbringern zu schließen (§ 119 b SGB V). Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben die Vermittlung solcher Kooperationen auf Antrag der Pflegeeinrichtungen anzustreben. Diese Verpflichtung wird im Rahmen des Referentenentwurfes nun verbindlicher gefasst. Kassenärztliche Vereinigungen haben zukünftig auf Antrag der Pflegeeinrichtung entsprechende Kooperationen zu vermitteln, nicht lediglich eine Vermittlung anzustreben. Der SoVD begrüßt die geplante Neuregelung. Sie kann dazu beitragen, das Zustandekommen von Kooperationen zwischen niedergelassenen Ärzten und Pflegeeinrichtungen zu verbessern.

Zuschläge/zusätzliche Vergütung

Im Referentenentwurf ist vorgesehen, eine zusätzliche Leistung in den einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA) aufzunehmen (§ 87 SGB V). Dadurch sollen zahnärztliche Leistungen, die im Rahmen von Kooperationsverträgen nach § 119 b Abs. 1 SGB V erbracht werden, zusätzlich vergütet werden. Geplant ist weiter, dass die Gesamtvertragspartner auf Landesebene zukünftig Zuschläge für Leistungen vereinbaren, die Ärzte und Fachärzte im Rahmen der aufsuchenden Versorgung pflegebedürftiger Menschen in stationären Einrichtungen erbringen (§ 87 a SGB V).

Noch immer haben viele pflegebedürftige Menschen in stationären Einrichtungen keinen ausreichenden Zugang zu vertragszahnärztlichen und vertragsärztlichen Versorgung. Mit der Einführung einer zusätzlichen Vergütung soll ausweislich der Begründung zum Referentenentwurf ein finanzieller Anreiz geschaffen werden, die vereinbarten Qualitäts- und Versorgungsziele umzusetzen. Der SoVD kritisiert mit Nachdruck, dass vereinbarte Versorgungsziele offenbar nur bei Schaffung eines zusätzlichen finanziellen Anreizes für Zahnärzte und Ärzte umgesetzt werden. Er weist darauf hin, dass die Sicherstellung der zahnärztlichen und ärztlichen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen Aufgabe der Kassenzahnärztlichen und Kassenärztlichen Vereinigungen ist. Darüber hinaus ist die zahnärztliche und ärztliche Versorgung pflegebedürftiger Menschen bereits durch den Leistungskatalog abgedeckt und wird entsprechend vergütet. Bevor pauschal neue Leistungen und Zuschläge geschaffen werden, sollte mindestens in wissenschaftlich begleiteten Modellprojekten die Wirksamkeit der vorgesehenen Maßnahmen eindeutig belegt werden.

7. Unterstützung professionell Pflegender

Ehrenamtliche Unterstützung in stationären Pflegeeinrichtungen

Im Referentenentwurf ist eine Klarstellung dahingehend vorgesehen, dass stationäre Einrichtungen ehrenamtlich in ihrer Einrichtung tätigen Personen Aufwandsentschädigungen zahlen können (§ 84 SGB XI). Sofern Pflegeeinrichtungen solche Aufwandsentschädigungen für ehrenamtliche Unterstützung zahlen, soll die Information darüber in die Vergleichsliste über die Leistungen und Vergütungen nach § 7 Abs. 3 SGB XI aufgenommen werden.

Grundsätzlich sind die Überlegungen des Gesetzgebers nachzuvollziehen. Es besteht jedoch die Gefahr, dass die vorgesehene Neuregelung in stationären Einrichtungen vor allem dazu eingesetzt werden kann, im Sinne der Kostendämpfung pflegerische Leistungen von einer zunehmenden Zahl an ehrenamtlichen Kräften erledigen zu lassen. Dies wäre nicht zuletzt unter dem Aspekt der Pflegequalität äußerst problematisch. Es gilt darum, durch eine

präzisierte Formulierung im Gesetzestext sicherzustellen, dass in Pflegeeinrichtungen ehrenamtlich tätige Personen keine fachlichen Pflegeleistungen erbringen dürfen.

8. Finanzierung der Pflegeversicherung

Anhebung des Beitragssatzes

Der Referentenwurf sieht vor, die Beiträge zur Pflegeversicherung zum 1. Januar 2013 um 0,1 Prozentpunkte zu erhöhen. Mehreinnahmen in Höhe von 1,1 Milliarden Euro im Jahr 2013 und 1,2 Milliarden Euro in den Folgejahren sollen dadurch generiert werden. Die moderate Anhebung der Beitragssätze mit geringen finanziellen Belastungen für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sowie die Arbeitgeber ist nach Einschätzung des SoVD grundsätzlich durchaus ein sachgerechter Weg, auf die Pflegeversicherung zukommende anstehende Mehrausgaben solidarisch zu finanzieren.

Der SoVD hält die vorgesehene Beitragssatzanhebung um 0,1 Beitragssatzpunkte insgesamt für zu niedrig, um die angestrebten Leistungsverbesserungen dauerhaft zu finanzieren. Zusätzlichen Druck auf die Finanzierung der Pflegeversicherung werden absehbar die Mehrausgaben durch die fortschreitende demographische Entwicklung und die bereits beschlossene Dynamisierung der Leistungen der Pflegeversicherung entfalten. Insofern verschiebt die vorgesehene minimale Anhebung der Beitragssätze eine grundlegende Stärkung der Finanzierung der Pflegeversicherung nur in die Zukunft. Spätestens die überfällige Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wird eine deutliche Stärkung der solidarischen Finanzierung erfordern. Denn dem Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs aus dem Jahr 2009 ist zu entnehmen, dass allein durch die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines entsprechenden Begutachtungsverfahrens Mehrausgaben bis zu 3,6 Milliarden Euro auf die Pflegeversicherung zukämen. Um eine zukunftsichere und solidarische Finanzierung sicherzustellen, muss die Überführung der Pflegeversicherung in eine Pflege-Bürgerversicherung zügig begonnen werden.

In Bezug auf die Diskussion um die Beitragssatzanhebung erneuert der SoVD seine Kritik daran, dass Rentnerinnen und Rentner seit dem 1. April 2004 die Beiträge zur Pflegeversicherung aus der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung allein tragen müssen. Er fordert, dass die gesetzliche Rentenversicherung sich zukünftig wieder paritätisch an den Beitragszahlungen der Rentnerinnen und Rentner beteiligen muss. Die Haushaltsslage der Rentenversicherung ist durchaus ausreichend, dies zu finanzieren.

Einführung einer geförderten privaten Eigenvorsorge

Der Referentenentwurf sieht vor, eine zusätzliche, aus Steuermitteln geförderte Eigenvorsorge im Bereich der Pflegeversicherung zu schaffen, die in einem eigenen Gesetz geregelt werden soll. Der SoVD kritisiert mit Nachdruck die vorgesehene

Einführung einer staatlich geförderten privaten Eigenvorsorge. Es steht zu befürchten, dass sie die fortschreitende Privatisierung der Risiken beschleunigt, die mit einer eintretenden Pflegebedürftigkeit verbunden sind. Die Versicherten, die aufgrund des Teilabsicherungscharakters und der schleichenden Entwertung der Pflegeversicherungsleistungen aufgrund ihrer unzureichenden Dynamisierung schon heute einen erheblichen Teil der Pflegekosten privat tragen, werden damit zusätzlich einseitig belastet.

III. Schlussbemerkung

Mit den im Referentenentwurf des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes (PNG) geplanten Maßnahmen lassen sich in einzelnen Punkten durchaus sinnvolle Verbesserungen erreichen. Gemessen an den Anforderungen an eine umfassende Pflegereform sind die geplanten Regelungen jedoch enttäuschend. Das liegt zuvorderst daran, dass das Herzstück einer umfassenden Pflegereform – die Einführung eines an Teilhabe orientierten umfassenden Pflegebedürftigkeitsbegriffs – erneut verschoben wurde. Der notwendige Paradigmenwechsel wird nicht vollzogen. Dies schafft nicht nur vielfältige neue Probleme, zum Beispiel in Bezug auf die Abgrenzung zwischen den Leistungsträgern, sondern birgt auch die Gefahr, dass die dringend notwendige umfassende Reform um weitere Jahre verschoben wird.

Der SoVD hat in seinen Anforderungen an eine Pflegereform zuletzt in den 10 Grundsatzforderungen zur Fortentwicklung der Pflegepolitik sowie in seinem Pflege-Weckruf „Die überfällige Pflegereform zur Umsetzung von ‚Reha vor und bei Pflege‘ nutzen!“, klar formuliert. Er hat deutlich gemacht, dass eine würdevolle Pflege nur dann Wirklichkeit werden kann, wenn der Grad an selbstbestimmter Teilhabe zum Maßstab von Pflegebedürftigkeit wird, die häusliche Pflege umfassend gestärkt wird, das Potenzial von Rehabilitation ausgeschöpft wird sowie die Finanzierung mittels Einführung einer Pflege-Bürgerversicherung gestärkt wird.

Berlin, 10. Februar 2012

DER BUNDESVORSTAND
Abteilung Sozialpolitik