

## **Öffentliche Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages**

21. Januar 2008, 11.0 – 13.00 Uhr

### **Thomas Eisenreich**

Hauptgeschäftsführer der Gruppe Sauerland und der Hauptstadtvertretung der Phönix Senioren- und Betreuungszentren

---

## **1. Schnittstellenproblematiken**

Die Verpflichtung zur Verbesserung des Übergangs zwischen den Versorgungsangeboten ist zu begrüßen. Jedoch ergeben sich durch die sektoralen Trennung der Finanzierungssysteme und deren Leistungsbeschränkungen weiterhin deutliche Hindernisse.

### **Kooperationsvereinbarung mit niedergelassenen Ärzten zur ärztlichen Betreuung von Pflegebedürftigen (§ 119 b SGB XI)**

Ärzte mit einem hohen Patientenanteil aus Pflege- und Behinderteneinrichtungen haben besonders hohe Verschreibungsraten sowie Verordnungen von physikalisch-medizinischen Leistungen. Werden hier über die so genannten Wirtschaftlichkeitsvergleiche Verordnungsüberschreitungen des Arztes festgestellt, führt dies zu Regresszahlungen. In einem konkreten Fall in unserem Pflegeheim beläuft sich der Regress auf knapp 90.000 € in sieben Quartalen. Die Folge ist eine Reduzierung von notwendigen Verordnungen und eine Verschlechterung der ärztlichen Betreuung. Daran ändern Kooperationsvereinbarungen nichts. Auch ein Hausarzt wird hinsichtlich der Verordnungsmengen gedeckelt.

Eine weitere Schnittstelle ergibt sich aus den Hausarztmodellen der Krankenkassen. Nehmen die Kooperationsärzte oder der Hausarzt nicht am Hausarztmodell der Kasse teil, kann der Versicherte (= Pflegebedürftige) nicht die monetären Vorteile der Hausarztmodelle in Anspruch nehmen. In diesem Fall kommen weitere Ärzte ins Heim. Die grundsätzlich gute Idee einer Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und Heim wird damit wieder aufgehoben.

Grundsätzlich sei anzumerken, dass bei abnehmender Zahl von Arztsitzen, insbesondere in ländlichen Regionen auch Kooperationsverträge nicht das Problem der Versorgungssicherheit lösen. Dies gilt zur Zeit weniger für die hausärztliche Versorgung sondern vielmehr für fachärztliche Leistungen. Gerade in ländlichen Regionen wird es damit zu einer engeren Kooperation mit Krankenhäusern kommen müssen, um die speziellen medizinischen Bedarfe der Pflegebedürftigen abdecken zu können.

## **Rehabilitation und Pflege**

Die gesetzliche Verpflichtung zur Genehmigung geriatrischer Rehabilitation, sofern entsprechende Rehabilitationspotenziale medizinisch erkennbar sind, ist als Signal des GKV-WSG wichtig gewesen. An der medizinischen Notwendigkeit hat sich richtigerweise nichts geändert, insofern ist im Gesetz eine bis dahin übliche Praxis verankert worden. Die geriatrische Rehabilitation mit einer Verweildauer von ca. 21-28 Tagen, von denen nach heutigen Vertragsvorlagen der Kassen häufig nur 19 Tage als Berechnungsgrundlage von Pauschalpreisen angesetzt werden, reicht nicht aus. Um bei multimorbiden Patienten nachhaltige und wirksame Effekte zu erzielen, muss an die geriatrische Rehabilitation eine regelmäßige Folgetherapie angeschlossen werden. Nachweisbare langfristige Effekte dieser Therapien sind jedoch nur dann, laut Aussage von Professor Hesse, Charité Berlin,

erzielbar, wenn mindestens 4 Therapieeinheiten je Woche und über 1 - 2 Jahre vom Pflegebedürftigen absolviert werden. In der Praxis sind 1-2 Therapieeinheiten in der Woche üblich, wenn entsprechende Verordnungen überhaupt ausgestellt werden. Auch die dauerhafte Verordnung von entsprechenden Therapien wird zunehmend reduziert.

### **Pflegehilfsmittel und Pflege (§ 40 SGB XI)**

Durch das im GKV-WSG festgelegte Ausschreibungsverfahren der Kassen, wird die Organisation der Pflegehilfsmittelversorgung von Pflegebedürftigen bürokratisiert. Betreut heute i.d.R. ein Sanitätshaus eine Einrichtung, ist dies zukünftig von der Vertragspartnerstruktur der Krankenkassen abhängig. Dies führt zu einer Vielzahl von Ansprechpartnern, einer permanenten Überwachung der Informationen der Krankenkassen über die aktuellen Lieferanten, die Einpflege dieser Informationen in die Heimverwaltungsprogramme bzw. die Pflegeverwaltungsprogramme der ambulanten Dienste. Ergänzend haben die Pflegekräfte, beispielsweise bei der Stoma-Versorgung, mit unterschiedlichen Systemen zu tun, so dass ein erhöhter Schulungs- und Einweisungsaufwand notwendig wird.

Absatz 4: In der Praxis ist schwer zu beurteilen, welche Maßnahmen ein nicht pflegebedürftiger Mensch im Sinne des SGB XI normalerweise selber durchführt und daher kein Zuschuss der Pflegekasse bedarf. So können heute in jedem Discounter, Elektronikmarkt, Baumarkt und Möbelhaus Ausstattungen und technische Hilfen erworben werden, die insbesondere älteren Menschen das Leben vereinfachen (z.B. Großtastentelefone mit Notruf-Funkfingern, Handgriffe, Lifter, ...). Die Abgrenzungsproblematik ließe sich durch die Festlegung eines Zuschusses für Wohnraumanpassung umgehen. Zudem würden dann auch im Falle einer teilweisen Kostenübernahme durch die Pflegekasse diese preiswerteren Angebote seitens der Pflegebedürftigen in Anspruch genommen werden. Das Preisniveau für dadurch insgesamt sinken.

### **Schnittstelle Krankenhaus und Pflege (§ 11 Abs. 4 SGB V)**

In der Regel ist eine zeitnahe Nachversorgung von Krankenhauspatienten gewährleistet. Daran haben die Krankenhäuser aus wirtschaftlichen Gründen ein hohes Interesse. Inzwischen sind fast überall so genannte Überleitungsmanager/innen – oder vergleichbare Positionen – eingerichtet worden. Die Wahlfreiheit des Patienten/Pflegebedürftigen wird dabei regelmäßig gewährleistet. Aufgrund ausreichend freier Platzkapazitäten von Pflegeeinrichtungen ist hier in Regel kein Druck zur Wahl von Einrichtungen für Pflegebedürftigen gegeben. Die Organisation von häuslichen Pflege- und Betreuungsangeboten könnte hier durch Pflegeberatungen sicherlich verbessert werden, da hierfür häufig die Zeit fehlt. Insbesondere die Einbindung von ehrenamtlich Aktiven kann im Grunde nur am Wohnort des Patienten erfolgen.

Insofern würde eine Aufgabenteilung zwischen Überleitungsmanagement zur Organisation des institutionellen Pflege-/Betreuungsangebotes und von Koordinierungsstellen für das ergänzende niederschwellige Angebot Sinn machen. Zugleich gäbe es Klarheit hinsichtlich der Zuständigkeiten, die bei der Installation der Pflegestützpunkte in der Praxis nicht ergeben würde.

## **2. Entbürokratisierung**

### **Dokumentation (§ 113 GB XI)**

Die Entwicklung eines bundesweit geltenden einheitlichen Dokumentationsstandards im Sinne eines verbindlichen Mindeststandards, so wie im neuen § 113 SGB XI angedacht, ist zu begrüßen. Empfehlenswert ist hier die Nutzung von ADLs als gemeinsame Grundlage aller Dokumentationen.

Jedoch muss für eine passende Verzahnung mit den Dokumentationsanforderungen der Expertenstandards sichergestellt werden. Es darf nicht dazu kommen, dass zwar die allgemeine Dokumentation vereinfacht wird und über die Expertenstandards eine zweite Dokumentationsrichtlinie eingeführt wird.

So wird beispielsweise im Bereich des Sturzmanagements immer mehr Zeit damit verbracht, haftungsbegrenzende Dokumentationen durchzuführen. Da die Krankenkassen die Pflegeeinrichtungen zunehmend in Regress nehmen, wenn medizinische Behandlungen und Therapien als Folge eines Sturzes notwendig werden, müssen die Pflegedienstleister die Unvermeidlichkeit des Sturzes und die vorbeugenden Maßnahmen dokumentieren. Auch hierbei geht es nicht um die Frage, dass eine ausreichende Sturzprophylaxe erfolgt. Vielmehr fehlt Zeit, sich mit den Pflegebedürftigen zu beschäftigen oder sich mit den Ärzten über eine sinnvolle Ausdünnung der Medikation auseinander zu setzen, da bekannt ist, dass durch eine Vielzahl von Medikamenten das Sturzrisiko erheblich steigt.

### **Heimbeirat**

Die Verpflichtung der Einbeziehung des Heimbeirates ist gut. Die Tendenz, zur Verbesserung der Transparenz und Kontrolle, dem Heimbeirat weitere Mitwirkungspflichten zu übertragen, stößt jedoch an praktische Grenzen. Es ist heute kaum möglich, innerhalb der Bewohnerschaft eine ausreichende Zahl solcher Pflegebedürftiger zu gewinnen, die überhaupt in der Lage wären, die Aufgaben eines Heimbeirates wahrnehmen zu können. Aus dieser Gruppe hat ein Großteil kein Interesse, sich den formalen Aufgaben anzunehmen. Daher wächst der Anteil der Heimbeiratsmitglieder, die mit dem Heim nur indirekt verbunden sind. Damit ändert sich aber auch der Mitwirkungsfokus des Heimbeirats. So verfolgen Seniorenverbände andere Fragestellungen, als sie Bewohner von Einrichtungen wirklich interessiert. Regelmäßige Konflikte zwischen den täglich geäußerten und sich verändernden Wünschen der Bewohner und den übergeordneten, häufig fachpolitisch geleiteten Interessen der Verbände sind an der Tagesordnung. Häufig sind die Forderungen auch eher praxisfremd. Angehörige im Heimbeirat sind zu begrüßen, aber auch hier nimmt die Beteiligungsbereitschaft deutlich ab. Die Angehörigen, die sich im Heimbeirat engagieren, tun dies nicht wegen des Interesses an den formellen Beteiligungen, sondern um etwas für die Pflegebedürftigen zu tun. Im Sinne des bürgerschaftlichen Engagements (= Ehrenamt) sollte den engagierten Angehörigen nicht noch mehr Formalien aufgebürdet werden. Vielmehr suchen die Heime durch diese enge Zusammenarbeit schon heute einen engen Austausch mit den Angehörigen und deren Einbindung in den Pflegealltag.

### **Preis- und Qualitätstransparenz (§ 115 Abs. 1a)**

Die im Gesetz angestrebte Preis- und Qualitätstransparenz ist zu befürworten. Anstatt länderspezifische Darstellungssysteme zu entwickeln, sollte eine bundeseinheitliche Preis- und Qualitätsangabenverordnung eingeführt werden. Diese verpflichtet die Pflegeeinrichtungen (stationär und ambulant) zu einer einheitlichen Struktur der Preisangabe sowie der Veröffentlichung von Qualitätsdaten. Dieser Ansatz vereinfacht vor allem überregionalen Trägern die Transparenzgebote vereinfacht einzuführen. Zudem können Pflegebedürftige und deren Angehörige einen auch überregionalen Vergleich der Preise und der Qualität vornehmen.

### **Aufgabe der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung und deren Integration in die Vergütungsvereinbarung**

Diese Regelung ist zu begrüßen.

### 3. Rehabilitation

#### **Bonuszahlung für Reduzierung der Pflegebedürftigkeit (§ 84 a Abs. 4 [neu] und § 40 Abs. 3 SGB XI)**

Der im PflWG gewählte Ansatz zur Vergütung der Pflegeeinrichtungen für eine gute aktivierende Pflege entspricht den langjährigen Forderungen der Pflegeeinrichtungen. Allerdings stellt das „Belohnungssystem“ keinen wirklichen Fortschritt dar.

Die Bonuszahlung i.H.v. 1.536 € entspricht der Differenz der Pflegestufe II zur Pflegestufe I für 6 Monate. Der Aufwand zur Verbesserung der eigenständigen Lebensführung und zur Reduzierung des Pflegebedarfs ist für die Pflegeeinrichtungen hoch. Analoge Zielsetzungen verfolgt die geriatrische Rehabilitation. In der geriatrischen Rehabilitation werden über zahlreiche Assessmentverfahren die Rehabilitationsentwicklungsschritte der Patienten erfasst und Rehabilitationserfolge gemessen. Übliche Verfahren sind beispielsweise der Barthel, Time Up And Go, Mobilitätstest nach Tinetti, Gemidas. Die Fortschritte der Patienten werden regelmäßig erfasst und sind inzwischen zunehmend Bestandteile ergebnisbezogener Vergütungsvereinbarungen mit den Krankenkassen.

Eine der neuesten Studien an der Charité zeigen, dass signifikante Erfolge in der geriatrischen Rehabilitation nur dann erreicht werden können, wenn mindestens 4 spezifizierte Therapieeinheiten je Disziplin wöchentlich von den Patienten absolviert werden. Dieses „Training“ von Alltagsfertigkeiten muss zudem über einen langen Zeitraum (mindestens ½ - 1 Jahr ) erfolgen. Die geriatrische Reha zielt darauf ab, Alltagsfertigkeiten multimorbider Patienten zu verbessern und die Pflegebedürftigkeit zu verhindern bzw. zu verringern. Dies erfolgt durch eine intensivste Kombination unterschiedlicher Therapieangebote über 21 – 28 Tage, bei einem Preise zwischen 3000 und 4500 €. Unter diesem Gesichtspunkt ist die Vergütung von 1536 keine Vergütung für das Ergebnis guter Pflege sondern eine Aufwandsentschädigung für die geleistete zusätzliche aktivierende Pflege. Vielmehr wird versucht, und das zeigt auch die Regelung in §40 Abs. 3 SGB XI, kostenintensivere geriatrische Rehabilitationsleistungen zu vermeiden. Durch die Verlagerung der rehabilitativen Leistungen auf die Pflegeheime werden Einsparungen um ca. 50 % erreicht. Jedoch mit einem Reha-Konzept light, das keinem wissenschaftlich evaluierten Verfahren entspricht und auch den BAR-Richtlinien zur geriatrischen Rehabilitation vollständig entgegenläuft. Die BAR-Richtlinien sind jedoch Zulassungsvoraussetzung jeder Rehabilitationseinrichtung. Zudem widerspricht dies den Bemühungen der Krankenkassen, die Prozess- und Ergebnisqualität der geriatrischen Rehabilitation weiter zu steigern. Dies wird durch eine Ausweitung der Therapieintensität, eine Optimierung der Bewertung der Rehabilitationspotenziale sowie durch eine Weiterentwicklung der BAR-Rahmenempfehlungen für die jeweiligen Indikationen erreicht.

Eine Reduzierung der Pflegestufe und eine damit einhergehende Reduktion der Leistungsvergütung wirkt in diesem Kontext kontraproduktiv, da der gleiche belegte Platz schlechter bezahlt wird. Um jedoch die erzielten Erfolge zu halten, und dies zeigen die Erfahrungen der geriatrischen Reha, ist eine intensive rehabilitative Pflege (= aktivierende Pflege) sowie eine passende Kombination von Heilmitteln (= Therapien) notwendig. Und diese wird nicht vergütet. Hinzu kommt, dass die Heilmittelabgabe letztendlich durch die Budgetierung der niedergelassenen Ärzte beschränkt ist. Ohne eine Begleitung der aktivierenden Pflege mit zielgerichteten Therapien, sind jedoch nachhaltige Verringerungen der Pflegebedürftigkeit kaum zu erwarten.

#### **Rehabilitation vor Pflege**

Fast alle Rehabilitationskonzepte beziehen die Lebenspartner/innen und Angehörigen des Rehabilitanden aktiv mit ein. Man weiß, dass ohne ein Empowerment dieser Gruppe viele Erfolge der Rehabilitation nach Beendigung der Maßnahmen wieder verschwinden. Aus der Demenz-Frührehabilitation ist bekannt, dass neben dem Patienten die zweite Hauptzielgruppe die

Lebenspartner sind. Werden diese befähigt mit den Krankheitssymptomen besser umzugehen und die eigene subjektive Belastung zu verringern, kann ein längerer Verbleib im bisherigen Wohnumfeld erreicht werden. Analog müssten entsprechend des Ansatzes Rehabilitation vor Pflege ein stärkeres Augenmerk auf den pflegenden Angehörigen gelegt werden. Von seiner Überlastungssituation ist der Zeitpunkt des Heimeinzuges wesentlich beeinflusst. Entsprechende geriatrische Frührehabilitationskonzepte mit direktem Einbezug der Lebenspartner und Angehörigen könnten hier hilfreich sein und müssten erprobt werden. Da es sich bei der geriatrischen Rehabilitation um Leistungen nach dem SGB V handelt, greifen hier die Modellregelungen des SGB XI nicht. Hier bedarf es sektorenübergreifender Modellvereinbarungsmöglichkeiten.

#### 4. Qualitätssicherung

##### Qualitätsvergleiche (§ 114 SGB XI)

Mehr Wettbewerb im Pflegesektor um Konzepte und Preise führt automatisch zu externen Qualitätsvergleichen. Im Wettbewerb mit medialer Kontrolle kann sich kein Anbieter leisten, schlechte Qualität zu liefern. Dies gilt auch, wenn ein so genannter Sozialhilfesatz in der Pflege als unterstes Preissegment eingeführt würde. Jeder Anbieter würde sofort Belegungsprobleme erhalten. Diese Korrektive sind schneller und effizienter als die staatlichen bzw. kassenseitigen Prüfungsinstanzen. Die MDK-Berichtsveröffentlichungen sind hier ein erster richtiger Schritt. Dies ist mit weniger Bürokratie durch die Informationsfreiheit jedoch besser und preiswerter zu erreichen:

- § Publikumszeitschriften würden Heimbewertungen regelmäßig vornehmen.
- § Sterneklassifikation führt zu mehr Transparenz in der Strukturqualität.
- § Wahlleistungskataloge ermöglichen Differenzierungen, wenn gewünscht.

##### Expertenstandards § 113 a SGB XI

Die Nutzung von Expertenstandards ist zu begrüßen. Jedoch müssen diese auch als Handlungshilfe praktikabel sein. Der Expertenstandardentwurf für die Pflege von Menschen mit chronischen Wunden beispielsweise beschränkt sich auf die Beschreibung von Strukturen und Tätigkeiten der Pflegekräfte. Dadurch das Fachwissen außerhalb der Pflege nicht einbezogen worden ist, fehlen konkrete Handlungshilfen zur Verbesserung der eigentlichen Wundbehandlung.

Werden Expertenstandards über die Anzeige im Bundesanzeiger verbindlich, so sind Einführungszeiträume festzulegen. Diese sind beispielsweise für Schulung der Pflegekräfte, für organisatorische und prozessuale Veränderungen notwendig.

#### 5. Ortsübliche Vergütung (§ 72 Abs. 3 SGB XI)

Die Forderung zur Einhaltung einer ortsüblichen Vergütung als Grundlage eines Versorgungsvertrages unter dem gleichzeitigen Postulat der Wirtschaftlichkeit lässt sich in der Praxis kaum Objekt nachweisbar umsetzen. Wenn in der Region vor allem kirchliche Träger mit Vergütungen nach den Allgemeinen Vergütungsrichtlinien (AVR) der Diakonie oder der Caritas tätig sind, dann liegt deren Lohnniveau bei bestimmten Beschäftigungsgruppen über einem marktüblichen Niveau. Dieses wird durch den pauschalen Ansatz von Personalkosten je Tätigkeitsgruppe der Pflegekassen und Sozialhilfeträger im Rahmen der Vergütungsvereinbarung letztendlich pflegesatzrelevant bestimmt. Liegen Einrichtungen aufgrund der AVR in den tatsächlich gezahlten Personalkosten über diesem Satz, verstoßen sie demnach gegen die Anforderung der Wirtschaftlichkeit. Wird jedoch unter AVR-Sätzen gezahlt, wird gegen die ortsübliche Vergütung verstoßen.

Offen ist bei der Regelung auch, was ortsüblich bedeutet. Welcher Radius wird zugrunde gelegt?

Offen ist auch, wie bei konkurrierenden Tarifverträgen mit der Forderung der Ortsüblichkeit umgegangen wird. Insbesondere, da die AVR kein Tarifvertrag im Sinne des Arbeitsrechts darstellen.

In der Praxis bilden sich regionale Vergütungsstrukturen bedingt durch die Nachfrage nach guten Pflegekräften und Pflegehilfskräften automatisch heraus. In Regionen mit einem Nachfrageüberhang bildet sich tendenziell ein höheres Lohnniveau heraus. Durch den neuen § 84 Abs. 6 wird der Personalbedarf der Einrichtungen tendenziell leicht steigen. Auch dadurch ergibt sich tendenziell ein leicht steigendes Lohnniveau. Insofern bedarf es keiner gesetzlichen Regelung zur Festlegung einer ortsüblichen Vergütung, da sich dies auf dem Markt eigenständig bildet und die Überprüfung der o.g. Regelung nur zu bürokratischen Aufwänden führt.

## **6. Berücksichtigung der Pflegesätze vergleichbarer Einrichtungen (§84 SGB XI)**

In der Praxis kann keine Einrichtung mehr Pflegesätze ohne Beachtung der Preise der konkurrierenden Einrichtungen festlegen. Aufgrund des Überangebots gibt es hier letztendlich schon einen Preiswettbewerb. Dafür bedarf es letztendlich keiner gesetzlichen Regelung.

Offen bleibt die Interpretation der Regelung durch die Kostenträger. Führt dies letztendlich zu einer bundesgesetzlichen Verankerung des derzeit landestypischen Verfahrens der Vergleichspflegesätze. Daraus würde letztendlich eine Nivellierung der Pflegesätze ergeben, allerdings mit der Tendenz zur Unterfinanzierung der Leistung (Vergleiche Ampellisten in der Reha).

Das hier aufgezeigte Bild geht davon aus, dass Pflegebedürftige auf Pflegeplätze warten und „über den Tisch gezogen“ werden. Das war einmal. Heute kann sich der Pflegebedürftige (oder sein Angehöriger) in der Regel die Einrichtung aussuchen. Die Preise sinken langsam oder steigen nur sehr moderat. Ein Wettbewerb um die Bewohner läuft, da der Markt erhebliche Überkapazitäten hat. Man könnte daher die Preisfindung freigeben und der Sozialhilfeträger setzt für seine Fälle einfach Pauschalen fest. Dann würden sich reelle Marktpreise ausbilden, die wahrscheinlich unter denen der heutigen Sätze liegen.