



DV 29/07 AF IV
5. Dezember 2007

Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz)

–wa– Das Bundeskabinett hat am 17. Oktober 2007 den Entwurf eines Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes beschlossen. Die nachstehende Stellungnahme wurde von der „AG Pflegereform 2007“ unter Vorsitz von Uwe Lübking, Beigeordneter des Deutschen Städte- und Gemeindebundes, erarbeitet, vom Fachausschuss „Rehabilitation und Teilhabe“ und vom Fachausschuss „Altenhilfe und Pflege“ beraten und vom Präsidium des Deutschen Vereins am 5. Dezember 2007 verabschiedet.

Der Deutsche Verein hat sich im August 2007 mit einer Stellungnahme zum Eckpunktepapier des Koalitionsausschusses „Reform zur nachhaltigen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung“ geäußert. Mit dieser weiteren Stellungnahme nimmt er die Entwicklungen im Gesetzgebungsverfahren zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz auf und bringt seine Positionen in das Gesetzgebungsverfahren ein.

Der Deutsche Verein begrüßt viele der im Regierungsentwurf zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz umgesetzten Regelungen. Bei einigen der vorgeschlagenen Gesetzesänderungen besteht jedoch Änderungsbedarf grundsätzlicher Art, andere bedürfen Korrekturen in der konkreten Ausgestaltung.

I. Pflegestützpunkte (§ 92 c SGB XI-E) und Pflegebegleitung (§ 7 a SGB XI-E)

Die Errichtung von Pflegestützpunkten und die Einsetzung von Pflegeberatern/Pflegeberaterinnen sind Schwerpunkte des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes.

1. Strukturelle Ebene: Pflegestützpunkte

Aus Sicht der Betroffenen ist bei Eintreten oder Vorliegen von Unterstützungs- und Pflegebedarf eine wohnortnahe Vernetzung, Koordinierung der und Beratung über die in Betracht kommenden Leistungen und Handlungsmöglichkeiten wichtig. Hierfür können die von der Bundesregierung geplanten Pflegestützpunkte und Pflegeberater/innen geeignete und wichtige Instrumente sein. Damit die Strukturen in der Praxis funktionieren, ist ihre konkrete Ausgestaltung entscheidend.

Dass der Gesetzentwurf das Anliegen verfolgt, die verschiedenen Leistungsträger zu integrieren, ist grundsätzlich begrüßenswert. Allerdings müssen aus Sicht des Deutschen Vereins die Grundentscheidungen der Bundesregierung hinterfragt werden, die Federführung und Verantwortung für die Entstehung von Pflegestützpunkten den Pflegekassen zuzuweisen.

In vielen Kommunen bestehen Institutionen, die Beratungs- und Kooperationsaufgaben wahrnehmen. Die bestehenden Strukturen und ihre Organisation sollten Ausgangspunkt sein, die Pflegestützpunkte qualitativ weiterzuentwickeln und, wo nötig, aus- und aufzubauen. Bei der Gestaltung der sozialen Infrastruktur kommt den Kommunen eine besondere Rolle zu. In besonderer Weise obliegt ihnen im Rahmen ihrer Daseinsvorsorge, aber insbesondere auch ihrer Verantwortung für Altenhilfestrukturen, Hilfe zur Pflege und für bürgerschaftliches Engagement, Verantwortung für die Gestaltung der konkreten Lebensbedingungen der alternden Gesellschaft.¹ Der Aufbau von Pflegestützpunkten betrifft die Gestaltung von Infrastruktur und ist im Zentrum kommunaler Zuständigkeiten angesiedelt. Die Verantwortung für die Steuerung, Koordination und Vernetzung von Infrastrukturleistungen und für die Koordination der Pflegestützpunkte muss deshalb nach Auffassung des Deutschen Vereins den Kommunen unter Beachtung der

¹ Vgl. Empfehlungen zur Gestaltung der sozialen Infrastruktur in den Kommunen mit einer älter werdenden Bevölkerung vom 27. September 2006, NDV 2006, 529 ff.

verfassungsrechtlichen Regelungen übertragen werden.² Das Kooperationsverhältnis mit den Gruppen und Verbänden, die im Gemeinwesen das bürgerschaftliche Engagement tragen, bleibt hiervon unberührt. Der Aufbau der Pflegestützpunkte hat in enger Zusammenarbeit mit den Pflegekassen und unter Einbeziehung ihrer Kompetenzen zu erfolgen. Um die Durchsetzung der Reform in der Fläche abzusichern, bedarf es verbindlicher Regelungen auf Bundes- und Landesebene. Solche Regelungen können im Einvernehmen zwischen Bund, Ländern und den Leistungsträgern bzw. den Kommunen auf gesetzlichem oder im Vereinbarungswege getroffen werden, damit im Ergebnis die Verantwortung für die Umsetzung und die Finanzierung einschließlich der Kooperation der Leistungsträger untereinander verbindlich festgelegt ist.

Der Deutsche Verein mahnt an, durch die im Gesetz formulierten Aufgaben der Pflegestützpunkte und ihre öffentliche Darstellung nicht unrealistische Erwartungen an die neuen Strukturen zu wecken. Vielmehr erwartet er vom Gesetzgeber eine realistische Konzeption, die konsequent umgesetzt werden kann. Da eine Implementierung effektiver Strukturen Zeit benötigt, regt er an, den Beteiligten hierfür eine Übergangsphase einzuräumen, innerhalb derer an Hand exakt definierter Etappenziele in regelmäßigen Abständen der Erfolg überprüft werden kann.

2. Individuelle Ebene: Pflegeberatung

Das Gesetz weist den Pflegeberatern/Pflegeberaterinnen einen sehr weit reichenden Aufgabenkreis zu wie zum Beispiel, „die für die Durchführung des Versorgungsplans erforderlichen Maßnahmen zu veranlassen“ oder „die zuständigen Leistungsträger frühzeitig mit dem Ziel der Abstimmung einzubeziehen“. Der Deutsche Verein weist darauf hin, dass die Einbindung der Pflegeberater/innen in das System der Pflegestützpunkte und die Zusammenarbeit mit anderen zuständigen Leistungsträgern nicht in ausreichendem Maß mit den Vorschriften korrespondieren, die das von den Leistungsträgern zu beachtende Verwaltungsverfahren regeln (z.B. Amtsermittlungsgrundsatz, Anhörung Beteiligter, Beratung, Auskunft). Der Deutsche

² Auch der Bundesrat spricht sich in seiner Stellungnahme zum Regierungsentwurf des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes für eine stärkere Verantwortung der Kommunen aus (Stellungnahme des Bundesrates, Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung [Pflege-Weiterentwicklungsgesetz], BR-Drucks. 718/07 [Beschluss], 30. November 2007).

Verein hält es zudem für erforderlich, die Beratungskompetenz der Pflegeberater/innen von Leistungsentscheidungen zu trennen, die bei den Leistungsträgern verbleiben. Die Pflegeberater/innen der Pflegekassen können naturgemäß nicht über den Leistungskatalog des SGB XI hinausgehende Entscheidungen treffen. Des Weiteren mahnt der Deutsche Verein realistische Konzepte für die Qualifikation der eingesetzten Mitarbeiter/innen an, da der Erfolg der Pflegeberater/innen entscheidend hiervon abhängig sein wird.

II. Zu den übrigen Regelungen im Einzelnen

1. Begutachtung von Kindern (§ 18 Abs. 7 SGB XI-E)

Da bei der Begutachtung von Kindern besonders geschulte Begutachter/innen immer von großer Bedeutung sind, fordert der Deutsche Verein, in dieser Vorschrift die Worte „in der Regel“ zu streichen und die Vorschrift insofern weiter zu fassen, als dass im Sinne einer interdisziplinären Zusammenarbeit auch Fachkräfte – wie die in § 71 Abs. 3 Satz 3 SGB XI-E genannten heilerzieherischen und heilpädagogischen Berufsgruppen – mit einbezogen werden.

2. Dynamisierung der Leistungen (§ 30 SGB XI-E):

Der Deutsche Verein fordert den Gesetzgeber auf, die Leistungen der Pflegeversicherung schon jetzt zu dynamisieren, da die geplanten Erhöhungen selbst den Kaufkraftverlust nicht ausgleichen werden.³ Die jetzt vorgesehene Regelung, die lediglich eine Prüfung der Notwendigkeit und Höhe einer Anpassung der Leistungen der Pflegeversicherung und dies erstmals ab dem Jahr 2014 anordnet, lässt befürchten, dass wegen der auch in Zukunft zum Teil anhaltend hohen Eigenleistungen die Akzeptanz des Gesetzes durch die Betroffenen und deren Angehörigen leidet.

3. Vorrang der Rehabilitation vor Pflege (§ 31 Abs. 3 SGB XI-E):

Der Deutsche Verein begrüßt, dass durch das GKV-WSG 2007 ein Rechtsanspruch auf medizinische Rehabilitation geschaffen wurde, der ausweislich der Begründung auch die Leistungen der geriatrischen Rehabilitation umfasst. Auch die Ausweitung der medizinischen Rehabilitation auf die mobile Rehabilitation durch die Änderung in

³ Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Eckpunktepapier des Koalitionsausschusses: „Reform zur nachhaltigen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung“ vom 1. August 2007, NDV 2007, 340 ff.

§ 40 Abs. 1 SGB V begrüßt der Deutsche Verein uneingeschränkt, denn gerade für behinderte und pflegebedürftige Menschen wird diese Änderung eine erhebliche Verbesserung mit sich bringen. Er erkennt auch das Bemühen der Bundesregierung an, dem Vorrang der Rehabilitation vor Pflege größere Wirkung zu verleihen. Er weist jedoch zum wiederholten Mal darauf hin, dass es, um dem Rechtsanspruch auf medizinische Rehabilitation auch bezüglich der geriatrischen Rehabilitation die erforderliche Wirksamkeit zu verleihen, erforderlich ist, mehr fachlich fundierte, qualitätsgesicherte und bedarfsdeckende Angebote zur geriatrischen Rehabilitation in der Bundesrepublik Deutschland zu schaffen. Diese müssen Rehabilitationsbedarfe sowohl physischer, psychischer als auch sozialer Art erfassen. Stationäre und ambulante geriatrische Rehabilitationsangebote sollten außerdem unter klarer Federführung vernetzt sein.⁴

4. Persönliches Budget (§ 35 a Satz 1 SGB XI i. V. m. § 17 Abs. 2–4 SGB IX)

Der Deutsche Verein fordert, die bisherige Regelung in § 35 a Satz 1 SGB XI, welche die Einbeziehung von Pflegesachleistungen im Persönlichen Budget nach § 17 Abs. 2–4 SGB IX ausschließlich in Form von Gutscheinen ermöglicht, so zu gestalten, dass auch die Pflegesachleistung in voller Höhe als Geldleistung budgetfähig wird⁵ (so auch die Stellungnahme des Bundesrates, Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung [Pflege-Weiterentwicklungsgesetz], 6., Drucksache 718/07 [Beschluss], 30. November 2007). Voraussetzung sollte hierbei sein, dass durch regelmäßigen Nachweis der Leistungsberechtigten gewährleistet ist, dass die Budgetleistungen durch sozialversicherungspflichtig beschäftigte Personen erbracht werden. Dies kann im Arbeitgebermodell oder durch Dienste und Einrichtungen erfolgen.⁶

5. „Poolen“ von Leistungsansprüchen (§ 36 Abs. 1 Satz 5–7 SGB XI-E)

Der Deutsche Verein begrüßt bei aller noch notwendigen differenzierten Betrachtung die neu ins Gesetz aufgenommene Möglichkeit des „Poolens“ von Leistungen. Er sieht diese als ersten richtigen Schritt dafür an, das gemeinschaftliche Wohnen von Menschen, die leistungsberechtigt im Sinne des SGB XI sind, zu fördern.

⁴ Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Eckpunktepapier des Koalitionsausschusses (Fußn. 3), S. 340 ff.

⁵ Empfehlende Hinweise des Deutschen Vereins zur Umsetzung des Persönlichen Budgets nach SGB IX vom 7. März 2007, NDV 2007, 105 ff.

⁶ Empfehlende Hinweise des Deutschen Vereins zur Umsetzung des Persönlichen Budgets (Fußn. 5), S. 105 ff.

Der Deutsche Verein weist im Übrigen darauf hin, dass die Möglichkeit des „Poolens“ von Leistungen entsprechend in das SGB XII eingefügt werden muss, um vor dem Hintergrund des Bedarfsdeckungsprinzips Abrechnungsschwierigkeiten zu vermeiden. Es muss gewährleistet werden, dass auch Empfänger/innen von Hilfe zur Pflege am „Poolen“ teilnehmen und von anspruchübergreifenden Wirtschaftlichkeitsreserven bei einer gemeinsamen Inanspruchnahme von „gepoolten“ Leistungen profitieren können.

Die Regelung in § 36 Abs. 1 Satz 7 SGB XI-E, die den Ausschluss der Leistungen zu Lasten der Pflegekasse für den Fall vorsieht, dass diese Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen finanziert werden, ist zu streichen. Die Leistungen der Pflegeversicherung dürfen nicht mit dem Verweis auf diejenigen der Eingliederungshilfe verwehrt werden. Bei den Betreuungsleistungen gemäß § 36 Abs. 1 Satz 5–7 SGB XI-E handelt es sich um andere Leistungen als die der Eingliederungshilfe. Die Eingliederungshilfe gehört, anders als die soziale Betreuung als Bestandteil der Pflege, zu den Rehabilitationsleistungen nach dem SGB IX und ist eine Leistung zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Die aktivierende Pflege unterscheidet sich von der Eingliederungshilfe inhaltlich durch deren andere Ziele und ihre Leistungsangebote.⁷

6. Anhebung der Sachleistungsbeträge (§§ 36 Abs. 3, 43 Abs. 3–4 SGB XI-E)

Der Deutsche Verein begrüßt die Anhebung der Sachleistungsbeträge bei häuslicher Pflege und das Fortbestehen bzw. die Anhebung der Leistungsbeträge für die Pflege in vollstationären Einrichtungen. Er kritisiert jedoch, dass in den Pflegestufen I und II die ambulanten auch im Jahr 2012 noch unterhalb der stationären Sachleistungsbeträge liegen werden.⁸

7. Leistungen für die häusliche Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson (§ 39 Satz 3–5 SGB XI-E)

Der Deutsche Verein erachtet es als positiv, dass die Leistungsbeträge für die Verhinderungspflege erhöht werden und dass mit der neuen Regelung Prüfungsaufwand für die Frage, ob die Pflege erwerbsmäßig ausgeübt wird, vermieden wird. Er hält jedoch seine bereits geäußerte Forderung aufrecht, dass der

⁷ Pöld-Krämer, S., in: Klie, T./Kramer, U., Lehr und Praxiskommentar, LPK–SGB XI, § 43 Rdnr. 15, § 28 Rdnr. 21, 2. Aufl. 2003.

⁸ Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Eckpunktepapier des Koalitionsausschusses (Fußn. 3), S. 340 ff.

Zugang zur Verhinderungspflege zu erleichtern ist, indem die Hürde von zwölf Monaten Pflegezeit vor erstmaliger Verhinderung abgesenkt⁹ (so auch die Stellungnahme des Bundesrates, Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung [Pflege-Weiterentwicklungsgesetz], 11., Drucksache 718/07 [Beschluss], 30. November 2007) oder aufgehoben wird.¹⁰

8. Aufwendungen für Pflegeleistungen in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe (§ 43 a SGB XI)

Hinsichtlich der Schnittstelle zwischen Eingliederungshilfe für behinderte Menschen und Pflege hat der Deutsche Verein wiederholt angemahnt, dass unabhängig vom jeweiligen Aufenthaltsort des Menschen mit Pflegebedarf sich die Pflegekassen auch an den notwendigen Pflegeleistungen beteiligen müssen und § 43 a SGB XI deshalb entsprechend angepasst werden muss.¹¹ Der Deutsche Verein fordert den Gesetzgeber auf, zumindest eine Anhebung des maximalen Betrages für Pflegeleistungen in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe vorzunehmen. Dieser Leistungsbetrag ist bisher unverständlicherweise einer der wenigen, die nicht erhöht werden sollen.

9. Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit (§ 44 a SGB XI-E, PflegZG)

Die Einführung einer Pflegezeit und die hierfür vorgesehenen weitergehenden Leistungen ebenso wie der Anspruch, bei kurzzeitiger Arbeitsverhinderung wegen einer akut auftretenden Pflegesituation zehn Tage der Arbeit fernzubleiben, werden vom Deutschen Verein vom Grundsatz und der Zielsetzung her begrüßt. Er ist der Ansicht, dass die Anforderungen an die Arbeitsorganisation in den Betrieben durch die Pflegezeit im Verhältnis zu dem hohen Nutzen der Pflegezeit für die Pflegebereitschaft von Arbeitnehmern/Arbeitnehmerinnen und einer Kultur des Pflegens in der Bevölkerung zu vernachlässigen sind. Aus diesem Grund lehnt er es ab, dass nunmehr der Anspruch auf Pflegezeit gegenüber Arbeitgebern/Arbeitgeberinnen mit in der Regel 15 oder weniger Beschäftigten ausgeschlossen sein soll anstatt, wie noch im Referentenentwurf zum Gesetz vorgesehen, mit in der Regel zehn oder weniger Beschäftigten. Der Deutsche Verein

⁹ Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Eckpunktepapier des Koalitionsausschusses (Fußn. 3), S. 340 ff.

¹⁰ Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Eckpunktepapier des Koalitionsausschusses (Fußn. 3), S. 340 ff.

¹¹ Verwirklichung selbstbestimmter Teilhabe behinderter Menschen! Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Weiterentwicklung zentraler Strukturen in der Eingliederungshilfe vom 13. Juni 2007, NDV 2007, 245 ff.; Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Eckpunktepapier des Koalitionsausschusses (Fußn. 3), S. 340 ff.

weist jedoch auf die Problematik hin, die dadurch entstehen kann, dass ein Ersatz für das Einkommen des Personenkreises, der diese Möglichkeiten in Anspruch nimmt, nicht gewährleistet ist. Er fordert in diesem Zusammenhang den Gesetzgeber auf, Regelungen zu schaffen, die es verhindern, dass durch die Inanspruchnahme der Pflegezeit zusätzliche Transferleistungen durch die Träger der Sozialhilfe zu tragen sind. Ergänzend zu einer Pflegezeit hält der Deutsche Verein Arbeitszeit- und Arbeitsteilzeitregelungen für wichtig, die es ermöglichen, dass Angehörige im Alltag flexibel die Anforderungen von Pflege erfüllen können. Darüber hinaus fordert er eine Regelung für eine Absicherung in der Rentenversicherung während der Pflegezeit analog der Elternzeit anstatt der bisherigen Abhängigkeit von der Pflegestufe. Dies bedeutet, dass auch pflegende Angehörige rentenrechtlich so gestellt werden sollen, als hätten sie während der Pflegezeit das Durchschnittseinkommen aller Versicherten erzielt.¹²

10. Leistungsbeträge für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (§§ 45 a, 45 b SGB XI-E)

Der Deutsche Verein begrüßt ausdrücklich die Erhöhung der zusätzlichen monatlichen Leistungsbeträge für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz und dass in den berechtigten Personenkreis auch Menschen einbezogen werden, die einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung haben, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht. Er weist jedoch darauf hin, dass das im Gesetzentwurf vorgesehene Verfahren für die Zuordnung der Höhe der Leistungen im Einzelfall durch die Pflegekasse auf Empfehlung des MDK in der Umsetzung problematisch sein kann. Da es sich, wie in der Gesetzesbegründung dargelegt, nur um eine Übergangslösung handelt, die nach Erarbeitung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs obsolet wird, fordert der Deutsche Verein mit Blick auf eine zeitnahe Inanspruchnahme der Leistungen und eine unbürokratische Leistungsgewährung, allen anspruchsberechtigten Personen den Leistungsbetrag in Höhe von 200,- € monatlich zu gewähren. Auf eine Zuordnung der Höhe der Leistungen im Einzelfall sollte in jedem Fall verzichtet werden (so auch die Stellungnahme des Bundesrates, Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung [Pflege-Weiterentwicklungsgesetz], 13., Drucksache 718/07 [Beschluss], 30. November 2007).

¹² Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Eckpunktepapier des Koalitionsausschusses (Fußn. 3), S. 340 ff.

Im Übrigen fordert der Deutsche Verein den Gesetzgeber auf, die neue Regelung zu streichen, durch die niedrigschwellige Betreuungsangebote, die von Pflegestützpunkten vermittelt werden, in den Katalog der Leistungen aufgenommen werden, die erstattungsfähig im Sinne der Vorschrift sind (§ 45 b Abs. 1 Satz 5 Nr. 5 SGB XI-E) (so auch die Stellungnahme des Bundesrates, Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung [Pflege-Weiterentwicklungsgesetz], 14.c., Drucksache 718/07 [Beschluss], 30. November 2007). Mit dieser Neuregelung wird der Anerkennung von Betreuungsangeboten nach Landesrecht die Vermittlung durch Pflegestützpunkte gleichgestellt. Der Deutsche Verein ist jedoch der Auffassung, dass es bei einem Anerkennungsverfahren für die hier in Rede stehenden niedrigschwelligen Betreuungsangebote als einer Voraussetzung für die Erstattungsfähigkeit der Leistungen durch die Pflegekassen bleiben muss. Ob diese Betreuungsangebote danach durch Pflegestützpunkte vermittelt werden können, bleibt im Sinne der oben beschriebenen rechtlichen Ausgestaltung der Pflegestützpunkte landesrechtlichen Vorschriften vorbehalten.

11. Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen (§ 45 c SGB XI-E)

Wegen der erheblichen Bedeutung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen für die Versorgung von Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz und ihre Angehörigen fordert der Deutsche Verein, den Betrag mehr als bisher geplant anzuheben, mit dem der Auf- und Ausbau von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten durch die Spitzenverbände der Pflegekassen ebenso wie durch die Länder oder die jeweilige kommunale Gebietskörperschaft gefördert wird (auch der Bundesrat empfiehlt in seiner Stellungnahme eine Erhöhung dieses Betrages, Stellungnahme des Bundesrates, Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung [Pflege-Weiterentwicklungsgesetz], 16 a., b., Drucksache 718/07 [Beschluss], 30. November 2007).

12. Beitragssatz (§ 55 Abs. 1 Satz 1 SGB XI-E)

Der Deutsche Verein hat schon in seiner Stellungnahme zum Eckpunktepapier des Koalitionsausschusses deutlich gemacht, dass er die Tatsache, dass die Reform die zentrale Frage der finanziellen Nachhaltigkeit der sozialen Pflegeversicherung nicht

lösen soll, als nicht sachgerecht erachtet. Der Deutsche Verein hält die Regelung, zur künftigen Finanzierung der Leistungen die Beiträge um 0,25 Prozentpunkte zu erhöhen, für unzureichend. Er mahnt nach wie vor an, dass mit Blick auf Demografie und Nachhaltigkeit kein Stillstand im Reformgeschehen eintreten darf, und fordert den Gesetzgeber auf, gesetzliche Regelungen hinsichtlich der Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung zu treffen, die nachhaltig die finanziellen Probleme unter Einbeziehung der Effekte eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der demografischen Mehrausgaben lösen.¹³

13. Voraussetzung für die Kündigung eines Versorgungsvertrages (§ 74 Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 2 SGB XI-E)

Der Deutsche Verein weist darauf hin, dass die Sicherstellung einer der Würde und Selbstbestimmung entsprechenden Pflege nach § 2 SGB XI den Pflegekassen und Einrichtungen gleichermaßen obliegt und sie gemeinsam darauf hinzuwirken haben. Versorgungsverträge müssen die Bedingungen zur Erfüllung dieser Grundsätze schaffen. Der Deutsche Verein teilt daher die Bedenken seitens der Einrichtungsträger hinsichtlich des Wortlauts der neuen Vorschrift, der die Möglichkeiten der Kündigung eines Versorgungsvertrages durch die Landesverbände der Pflegekassen erweitert. Die Regelung unterscheidet nicht zwischen Versorgungsauftrag und der darin festzulegenden Art, dem Inhalt und dem Umfang der allgemeinen Pflegeleistungen einerseits, für die auch entsprechende Pflegesätze vereinbart werden, und Mängeln in der pflegerischen Versorgung andererseits. Soweit letztere vorliegen, sollte natürlich eine Kündigungsmöglichkeit gegeben sein. Hierfür sind Regelungen im Gesetz bereits vorhanden.

14. Möglichkeit der Beteiligung bürgerschaftlich engagierter Menschen und Selbsthilfegruppen in Rahmenverträgen über die pflegerische Versorgung (§ 75 Abs. 2 Satz 1 Nr. 9 SGB XI-E)

Der Deutsche Verein begrüßt ausdrücklich, dass der Einsatz der Mitglieder von Selbsthilfegruppen sowie von ehrenamtlichen Pflegepersonen und von weiteren Personen, die sich bürgerschaftlich engagieren, zur Unterstützung und Ergänzung der professionellen Versorgung von Pflegebedürftigen erleichtert werden soll. Er befürwortet Maßnahmen des Gesetzgebers, die dazu beitragen, diese Menschen zu

¹³ Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Eckpunktepapier des Koalitionsausschusses (Fußn. 3), S. 340 ff.

der ehrenamtlichen Tätigkeit zu ermuntern und zu befähigen. Für diese Einsätze kann auch das Erfahrungswissen von Ärztinnen und Ärzten, die sich ehrenamtlich engagieren möchten, insbesondere in stationären Einrichtungen, herangezogen werden. Die vorgeschlagene Regelung ist jedoch aus Rechtsgründen ungeeignet, engagierten Personen Rechte oder Pflichten aufzuerlegen, weil die Vereinbarungen nur die Vereinbarungspartner binden können. Kaum akzeptabel ist ferner, dass sich die Vereinbarungspartner über Möglichkeiten einigen, wie im Rahmen der häuslichen Pflege die Nachbarschaftshilfe zwischen Menschen ablaufen soll, die in keiner Weise am Zustandekommen der „Rahmenvereinbarung“ beteiligt waren.

15. Außerkrafttreten der PflegebuchführungsVO und Vereinbarung der Grundsätze ordnungsgemäßer Buchführung (§ 75 Abs. 7 SGB XI-E)

Der Deutsche Verein befürwortet die Abschaffung der PflegebuchführungsVO, wendet sich jedoch dagegen, neue Vereinbarungen zu Grundsätzen ordnungsgemäßer Buchführung an dessen Stelle zu setzen. Er erachtet dies nicht als notwendig. Vielmehr weist er darauf hin, dass ein Rückgriff auf die Regelungen des Handelsgesetzbuches der Fragestellung ausreichend gerecht wird, insbesondere weil schon bisher aufgrund der Befreiungen nach der PflegebuchführungsVO eine Reihe von Einrichtungen und Diensten ihre Buchführung nach den Regelungen des HGB erstellen.

16. Berücksichtigungsfähigkeit von Aufwendungen für Selbsthilfegruppen, ehrenamtliche und sonstige zum bürgerschaftlichen Engagement bereite Personen in Pflegesätzen und Vergütungsvereinbarungen (§ 82 b SGB XI-E)

Der Deutsche Verein begrüßt die Möglichkeit der Berücksichtigung von notwendigen Aufwendungen für Qualifizierung und Begleitung der genannten Personengruppen ebenso wie für Organisation und Planung ihrer Einsätze in Vergütungsvereinbarungen und Pflegesätzen, soweit sie dazu dienen, die Menschen zu ihrer ehrenamtlichen Tätigkeit zu befähigen.¹⁴

¹⁴ Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Eckpunktepapier des Koalitionsausschusses (Fußn. 3), S. 340 ff.

17. Qualitätssicherung und -weiterentwicklung in der Pflege (§§ 113 ff. SGB XI-E)

Der Deutsche Verein fordert einen größeren Kreis derer, die die Qualität in der Pflege beurteilen. Insbesondere die betroffenen Menschen, die Verbraucherinnen und Verbraucher, müssen in diesen Kreis einbezogen werden und im Mittelpunkt der Beurteilung von Standards stehen. In Zukunft muss bei der Frage der Beurteilung der Qualität von Pflege daher weit mehr als bisher die Frage nach einer angemessenen Verbraucherbeteiligung Berücksichtigung finden.

Im Interesse aller Beteiligten müssen weitere sachliche Informationen, als sie bisher in den Prüfberichten enthalten sind, nach nachvollziehbaren Kriterien veröffentlicht werden. Die Prüfberichte der Medizinischen Dienste enthalten naturgemäß nur eine eingeschränkte Aussage über die Lebensqualität und die Zufriedenheit der Bewohnerinnen und Bewohner einer Einrichtung. Kriterien, die die öffentliche Hand zurzeit an Qualitätsmaßstäbe von Einrichtungen legt, stimmen nicht notwendigerweise mit allen überein, die für die Verbraucher/innen entscheidend sind. Der Prüfbericht kann daher oftmals weder sprachlich noch inhaltlich ein umfassendes und ausgewogenes Bild vom Zustand einer Einrichtung vermitteln. Vielmehr gehören hierzu auch Auskünfte zu Rahmenbedingungen wie zum Beispiel die Einbringung von eigenen Gegenständen, die Zufriedenheit, die Möglichkeit der Haustierhaltung u.Ä. Wichtiger als ein Ranking der Einrichtungen und Dienste muss das Ziel sein, allen Nutzerinnen und Nutzern eine selbstbestimmte und menschenwürdige Pflege bieten zu können.

Der Deutsche Verein fordert auch, dass das Verfahren zur Veröffentlichung der Ergebnisse von Prüfberichten des MDK und von solchen, die an deren Stelle von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannt sind, transparent gemacht bzw. verbindlich festgelegt wird (§ 115 Abs. 1 a SGB XI-E). Es muss sich im Sinne der Betroffenen und der Einrichtungsträger um ein geordnetes Verfahren handeln. Den Einrichtungsträgern müssen die Berichte vor ihrer Veröffentlichung bekannt gemacht werden.

18. Entlassungsmanagement (§ 11 Abs. 4 SGB V-E)

Der Deutsche Verein hat schon in seiner Stellungnahme zum Eckpunktepapier des Koalitionsausschusses darauf hingewiesen, dass ohne einen sofortigen Umzug einer pflegebedürftigen Person in eine stationäre Pflegeeinrichtung nach einer Krankenhausbehandlung ein dauerhafter stationärer Aufenthalt vermieden werden könnte. Erreicht werden könnte dies unter Nutzung des rehabilitativen Potenzials der Kurzzeitpflege, baulichen Anpassungen in den Wohnungen und Organisation von häuslichen Pflegearrangements. Erforderlich hierfür ist unter anderem ein entsprechendes Screening in der Geriatrie der Krankenhäuser zur Entscheidung, ob Kurzzeitpflege, stationäre Unterbringung oder Entlassung nach Hause die beste Empfehlung ist.¹⁵ Der Deutsche Verein fordert den Gesetzgeber auf, bei der konkreten Ausgestaltung der Vorschriften zum Entlassungsmanagement diese Überlegungen umzusetzen. Des Weiteren fordert er, dass bei der Änderung dieser Regelung zum Entlassungsmanagement gleichermaßen sozialarbeiterische wie pflegerische Fachkompetenz Beachtung findet. Im Übrigen wird eine solche Regelung daran zu messen sein, ob sie trotz ihrer systematischen Einordnung in § 11 SGB V einen verpflichtenden Charakter entfalten kann. Ansonsten bleibt zu befürchten, dass die Vorschrift nicht die erhofften Verbesserungen im Versorgungsmanagement mit sich bringen wird.¹⁶

19. Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 119 b SGB V-E)

Der Deutsche Verein begrüßt grundsätzlich die Möglichkeit für stationäre Pflegeeinrichtungen, an der vertragsärztlichen Versorgung nach dem SGB V teilnehmen zu können, wenn eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten ohne einen in der Pflegeeinrichtung tätigen angestellten Arzt nicht sichergestellt ist. Er weist jedoch darauf hin, dass diese Regelung weder eine Verantwortung der Träger stationärer Einrichtungen begründen kann, für die ärztliche Versorgung ihrer Bewohner/innen zu sorgen, die diesen selbst bzw. ihren rechtlichen Betreuern/Betreuerinnen obliegt, noch den Sicherstellungsauftrag der kassenärztlichen Vereinigung einschränken kann.

¹⁵ Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Eckpunktepapier des Koalitionsausschusses (Fußn. 3), S. 340 ff.

¹⁶ Vgl. hierzu: Stellungnahme des Deutschen Vereins zur Gesundheitsreform 2006 und zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) vom 27. September 2006, NDV 2006, 502 ff.; Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Eckpunktepapier des Koalitionsausschusses (Fußn. 3), S. 340 ff.