



Hochschule Neubrandenburg
Postfach 11 01 21, 17041 Neubrandenburg

Telefon (03 95) 5 69 34 69

Telefax (03 95) 5 69 34 97

E-Mail welti@hs-nb.de

Deutscher Bundestag
- Ausschuss für Gesundheit -

Datum 16. Januar 2008

Stellungnahme zur Anhörung Pflege-Weiterentwicklungsgesetz u.a. am 21.1.2008

Als Hochschullehrer des Sozialrechts am Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management der Hochschule Neubrandenburg nehme ich zu dem Gesetzentwurf unter Gesichtspunkten der **Rechtsentwicklung und Rechtssystematik** sowie der **wissenschaftlichen und professionellen Weiterentwicklung im Pflege- und Gesundheitswesen** Stellung.

I. Weiterentwicklung des Pflegeversicherungsrechts im Sozialgesetzbuch

1. Allgemeines

Die Regelungen des Pflegeversicherungsrecht (SGB XI) sollten sich insgesamt in die Ziele und Instrumente des Sozialgesetzbuchs einfügen. Verfahrens- und leistungsrechtliche **Sonderregelungen** einzelner Zweige des Sozialrechts sollten nur dann bestehen, wenn sie sozialpolitisch besonders begründet sind. Insbesondere sollten pflegebedürftige Menschen nicht verfahrens- und leistungsrechtlich schlechter gestellt werden als andere Personen. Ein systematisches Recht mit möglichst wenigen Sonderregelungen ist auch ein Beitrag zur **Transparenz** und **Entbürokratisierung**.

Pflegebedürftige Menschen sind immer auch behindert im fachlichen und rechtlichen (§ 2 Abs. 1 SGB IX, § 10 SGB I) Sinn. Viele pflegebedürftige Menschen sind neben den Pflegeleistungen auch auf **Leistungen anderer Sozialleistungsträger** angewiesen, darunter insbesondere Leistungen der Hilfe zur Pflege und der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft im Rahmen der Eingliederungshilfe der Träger der Sozialhilfe und Leistungen der Krankenbehandlung und der medizinischen Rehabilitation der Krankenkassen. Es ist daher problematisch, dass die Pflegekassen immer noch nicht als Träger von Rehabilitations- und Teilhabeleistungen in das **SGB IX**

– **Rehabilitation und Teilhabe² behinderter Menschen** – einbezogen worden sind und den pflegebedürftigen Menschen insbesondere verfahrensrechtliche Regelungen vorenthalten werden, die im SGB IX zur **Sicherung der Koordinierung und der Leistungsansprüche** und mit den Zielen der **Selbstbestimmung** und **gleichberechtigten Teilhabe** geschaffen worden sind.

Leider sind weder die Ankündigung des Koalitionsvertrages der die Regierung tragenden Fraktionen, ein **Gesamtkonzept für behinderte und pflegebedürftige Menschen** schaffen zu wollen, noch die Empfehlungen des **Arbeitskreises teilhabeorientierte Pflege** der Beauftragten der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen im Entwurf des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes hinreichend aufgegriffen worden.

Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz ist daran zu messen, wie weit das Pflegeversicherungsrecht mit allgemeinen Regeln des **SGB I und SGB IX harmonisiert** wird, um die sozialen Rechte pflegebedürftiger Menschen zu sichern (§ 2 SGB I). Dies ist auch **verfassungsrechtlich geboten**, da pflegebedürftige Menschen wegen ihrer regelmäßig besonders schwer ausgeprägten Behinderung nicht im Verhältnis zu anderen Menschen benachteiligt werden dürfen (**Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG**).

2. Pflegebedürftigkeitsbegriff (§ 14 SGB XI)

Der Pflegebedürftigkeitsbegriff in § 14 SGB XI **entspricht nicht dem Stand der Pflegewissenschaft**. Er ist auch nicht abgestimmt mit dem **Behinderungsbegriff in § 2 Abs. 1 SGB IX**, der sich an der **International Classification of Functioning, Disability and Health** der Weltgesundheitsorganisation orientiert. Durch das in § 14 SGB XI vorgegebene Leistungssystem werden insbesondere **demenziell erkrankte und in kommunikativen Funktionen behinderte pflegebedürftige Menschen benachteiligt**. Diese Benachteiligung bei der Verteilung knapper Mittel ist sozialpolitisch und **verfassungsrechtlich bedenklich**. Sie kann durch die zusätzlichen Betreuungsleistungen nur partiell gemildert werden. Bei der laufenden Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist unbedingt darauf zu achten, dass dieser mit dem Behinderungsbegriff abgestimmt wird.

3. Bedarfsfeststellung (§ 18 SGB XI)

Eine adäquate Bedarfsfeststellung ist entscheidend für die Realisierung von Leistungsansprüchen und eine bedarfsgerechte Versorgung. In einem Teilsicherungssystem wie dem SGB XI muss die Bedarfsfeststellung sich nicht darauf

beschränken, Leistungsansprüche gegen³ die Pflegekasse festzustellen. Sie kann und sollte auch Bedarfe feststellen, die durch Ansprüche gegen andere Leistungsträger oder im Rahmen der Eigenverantwortung des familiären oder bürgerschaftlichen Systems gedeckt werden müssen. In § 18 SGB XI besteht insofern erheblicher Weiterentwicklungsbedarf, der im Gesetzentwurf noch nicht hinreichend berücksichtigt ist. Ziel sollte eine **umfassende und zügige Bedarfsfeststellung** sein, wie sie im Bereich der Rehabilitationsträger durch §§ 10 Abs. 1, 14 SGB IX bereits gesetzlich vorgeschrieben ist. Bisher fehlt es insbesondere an einer **systematischen Verknüpfung zu den Trägern der Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft**, also vor allem der Sozialhilfe. Zwar könnte das gleiche Ergebnis auch durch eine konsequente Anwendung von §§ 8, 10 SGB IX durch die Krankenkassen als Rehabilitationsträger erreicht werden, doch scheint im Hinblick auf die Praxis eine Klarstellung angezeigt, die eine umfassende Prüfpflicht im Rahmen der Pflegebegutachtung statuiert.

Regelungsvorschlag:

In § 18 Abs. 1 werden folgende Sätze 4 und 5 angefügt:

„Weiterhin sind Feststellungen darüber zu treffen, durch welche Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft eine möglichst große Unabhängigkeit von Pflege zu erreichen ist. Der zuständige Träger wird informiert; dies gilt als Weiterleitung im Sinne von § 14 Abs. 1 Satz 2 SGB IX.“

Weiterhin ist die **Zügigkeit der Pflegebegutachtung** als entscheidender Faktor zur Vermeidung von Schnittstellenproblemen und von Unterversorgung zu verbessern und den Fristen nach § 14 SGB IX anzunähern. Die vorgeschlagene Neuregelung in § 18 Abs. 3 SGB XI ist ein Schritt in diese Richtung. Im Hinblick auf eine konsequente Durchsetzung der gesetzgeberischen Intention **sollten die in § 18 Abs. 3 Satz 3 SGB XI unter Nr. 1 und 2 enthaltenen Einschränkungen gestrichen und die Begutachtungsfrist unbedingt gesetzt werden.**

4. Wunsch- und Wahlrechte

Das **Selbstbestimmungsrecht der Pflegebedürftigen** im Hinblick auf die Auswahl des Leistungserbringers und die Gestaltung der Leistung sollte dem in § 9 SGB IX enthaltenen Standard angeglichen werden. Die in **§ 2 SGB XI** vorgeschlagene Regelung zur Pflege durch eine Person gleichen Geschlechts ist insofern klarer zu fassen. Im

Vergleich zur nach § 33 SGB I bereits⁴ geltenden Rechtslage handelt es sich nicht um eine Verbesserung, sondern um eine **Einschränkung des Selbstbestimmungsrechts**.

Eine deutliche **Einschränkung der Wahlfreiheit der Pflegebedürftigen** ist durch die in **§ 72 Abs. 3 Satz 3 SGB XI** geplante **Verbindlichkeit der Einzugsbereiche** ambulanter Pflegedienste zu erwarten. Für diese Regelung gibt es keinen hinreichenden Grund. Sie ist **abzulehnen**.

5. Persönliches Budget (§ 35a SGB XI)

Pflegebedürftige Menschen haben häufig Ansprüche gegen mehrere Sozialleistungsträger. Die neue Leistungsform des **trägerübergreifenden Persönlichen Budgets** nach § 17 Abs. 2 SGB IX soll ermöglichen, dass diese **Leistungen von nur einem Sozialleistungsträger als Ansprechpartner** bezogen und in **größerer Selbstbestimmung** verwendet werden können. **Modellvorhaben** nach § 17 Abs. 6 SGB IX im Bereich des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales wie auch zum Pflegebudget nach § 8 Abs. 3 SGB XI haben gezeigt, dass ein Integriertes Budget eine sinnvolle Lösung für pflegebedürftige behinderte Menschen ist. Die Bundesregierung sieht zu Recht im Persönlichen Budget ein wichtiges Element ihrer Politik für behinderte Menschen, mit dem mehr Selbstbestimmung und eine bedarfsgerechte Weiterentwicklung von Leistungsangeboten erreicht werden kann. Diese Orientierung muss auch in der Weiterentwicklung der Pflegerversicherung berücksichtigt werden.

§ 17 Abs. 2 Satz 2-4 SGB IX regeln bereits, dass Leistungen der Pflegeversicherung, die sich auf alltägliche und regelmäßig wiederkehrende Bedarfe beziehen, budgetfähig sind. § 35a SGB XI begrenzt die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen im Rahmen eines Persönlichen Budgets auf das Pflegegeld und auf Gutscheine für Sachleistungen nach den §§ 36, 38, 41 SGB XI. Die Modellversuche zum personenbezogenen Budget nach § 8 Abs. 3 SGB XI und zum trägerübergreifenden Persönlichen Budget nach § 17 SGB IX haben gezeigt, dass die **Restriktion auf Gutscheine einem Integrierten Budget im Sinne der Leistungsberechtigten entgegensteht**. Auch die **Ausnahme von Kurzzeitpflege und vollstationärer Pflege ist nicht sinnvoll**, da auch schwerstbehinderte und pflegebedürftige Menschen mit einem Budget ihre Selbstbestimmung verbessern können.

§ 17 Abs. 2 Satz 4 SGB IX regelt bereits, dass Leistungen der Pflegeversicherung nur neben Leistungen zur Teilhabe budgetfähig sind. Eine Ausweitung der Leistungen der

sozialen Pflegeversicherung ist daher nicht⁵ zu erwarten. Um dies klarzustellen, wird die Norm entsprechend neu gefasst.

Regelungsvorschlag:

An § 28 wird folgender Absatz angefügt:

„(5) Leistungen der Pflegeversicherung sind nach § 17 Abs. 2-6, 159 Abs. 5 SGB IX auf Antrag zusammen mit Leistungen zur Teilhabe in Form eines Persönlichen Budgets zu erbringen, um den Leistungsberechtigten ein möglichst selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. Die Budgetverordnung ist anzuwenden.“

§ 35a SGB XI wird gestrichen.

Alternativ sollte zumindest dem Regelungsvorschlag des Bundesrates gefolgt werden.

6. Beratung, Begleitung, Fallmanagement (§§ 7a, 92c SGB XI)

Es trifft zu, dass **eine verbesserte Beratung und Begleitung sowie ein Fallmanagement für pflegebedürftige Menschen** zu den Kernfragen einer Weiterentwicklung der Pflegeversicherung gehören. Strittig ist, ob die im Gesetzentwurf vorgeschlagenen Instrumente dazu beitragen können. Die **bisherigen Beratungspflichten der Pflegekassen nach § 15 SGB I und § 7 SGB XI sind nicht evaluiert worden**. Nach Berichten aus der Praxis sind sie nicht hinreichend umgesetzt worden. Im Gesetzentwurf fehlt es an einer Reflexion darüber, warum bisher bestehende Pflichten der Pflegekassen nicht realisiert worden sind oder das gesetzgeberische Ziel nicht erreicht haben.

Im Sinne einer Vereinfachung und Effektivierung des sozialrechtlichen Systems sind träger- und leistungsspezifische Beratungsangebote zugunsten eines trägerübergreifenden und unabhängigeren Ansatzes zurückzuführen. Hierzu wäre am Ansatz der **gemeinsamen Servicestellen (§ 22 SGB IX)** anzuknüpfen, an denen auch nach bisherigem Recht die Pflegekassen zu beteiligen waren. Auch die gemeinsamen Servicestellen der Rehabilitationsträger haben jedoch die in sie gesetzten Erwartungen bisher nicht voll erfüllen können.

Insbesondere die **Einbindung der kommunalen Sozialleistungsträger** wäre eine wesentliche Voraussetzung für den Erfolg eines trägerübergreifenden Ansatzes. Wegen der verfassungsrechtlichen Restriktionen für den Bundesgesetzgeber (Art. 84 Abs. 1 Nr. 7 GG) sollte erwogen werden, die Schaffung einer trägerübergreifenden örtlichen

Beratungsstruktur den Ländern verbindlich⁶ vorzugeben, ihre **Ausgestaltung aber den Ländern zu überlassen.**

Für das Pflegeversicherungsrecht wäre im Übrigen zu erwägen, den **Anspruch auf Pflegebegleitung** leistungrechtlich auszugestalten. Hierzu kann auf einen von **Harry Fuchs ausgearbeiteten Vorschlag (Anhang)** verwiesen werden.

7. Leistungsrechtliche Sonderregelungen

Im Leistungsrecht sind Regelungen zu minimieren, die sozialrechtliche Ansprüche deswegen vorenthalten, weil Menschen pflegebedürftig oder im Pflegeheim sind. Hierzu gehört insbesondere der **durch § 43a SGB XI eingeschränkte Leistungsanspruch von pflegebedürftigen Menschen in Einrichtungen der Behindertenhilfe.** Zum mindesten müsste der Anspruch in § 43a SGB XI an der geplanten Erhöhung und Anpassung der Leistungen teilhaben. Vorzugswürdig wäre es, die Sonderregelung entfallen zu lassen.

Die **neue Sonderregelung in § 36 Abs. 1 Satz 7 SGB XI** zu Lasten von Menschen in Einrichtungen der Eingliederungshilfe sollte nicht aufgenommen werden.

8. Rehabilitation vor und bei Pflegebedürftigkeit

Der **Vorrang von Rehabilitation vor und bei Pflegebedürftigkeit wäre bereits heute von den Krankenkassen nach § 8 Abs. 3 SGB IX umzusetzen.** Dies geschieht in der Praxis nicht hinreichend. Als Ursache können strukturelle Gründe vermutet werden: Es gibt im Kassenwettbewerb keine positiven Anreize, Rehabilitation zur Vermeidung und Linderung von Pflegebedürftigkeit zu fördern, sondern Anreize zur Unterversorgung. **Wer pflegebedürftig oder von Pflegebedürftigkeit bedroht ist, ist im Kassenwettbewerb kein erwünschter Versicherter der Krankenversicherung.** Erwünscht ist allein die Verschiebung von Kosten in den Bereich der Pflegeversicherung, die nicht wettbewerbsrelevant ist. Es ist zu befürchten, dass auch der Wettbewerb um Nicht-Erhebung eines Zusatzbeitrags in Zukunft zu den gleichen Ergebnissen führt.

Um die Rehabilitation vor und bei Pflegebedürftigkeit zu fördern, müssten entweder die Pflegekassen **selbst Rehabilitationsträger** werden oder sie müssten zumindest wirksame Mittel haben, entsprechende Leistungen der Krankenkassen durchzusetzen. Hierzu wäre die Pflegekasse mit **eigenen Organen** auszustatten. Ohne strukturelle Änderungen ist zu befürchten, dass auch die **in § 31 Abs. 3 SGB XI, § 87a Abs. 4 SGB**

XI und § 40 Abs. 3 SGB V vorgesehenen⁷ Regelungen (Strafzahlungen) nicht wirksam werden, weil sie nicht durchgesetzt werden.

II. Weiterentwicklung der Pflege in wissenschaftlicher und professioneller Sicht

1. Allgemeines

Die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung ist darauf angewiesen, dass die Pflegeberufe und die Pflegewissenschaft in die Lage versetzt werden, mit eigenen fachlichen Standards möglichst selbstregulativ die Qualität der Pflege zu bestimmen und zu verbessern. Der Gesetzgeber kann dies durch sozialrechtliche und berufsrechtliche Rahmenseetzungen fördern.

2. Expertenstandards (§§ 113 a, 113b SGB XI)

Die Heranziehung und Rezeption von Expertenstandards für die Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität und zur Konkretisierung des allgemeinen Standards der medizinisch-pflegerischen Erkenntnis, wie in § 113a und 113b SGB XI vorgesehen, ist grundsätzlich sinnvoll. **Ein wissenschaftlicher Standard kann jedoch nicht beschlossen und paktiert werden**, er kann auch nicht schiedsstellenfähig sein. Hier sind schwerwiegende systematische Probleme und Wertungswidersprüche zum Haftungsrecht zu besorgen.

Es ist daher zu empfehlen, dass die Vertragsparteien nur den **Auftrag zur Ermittlung und Rezeption des fachlichen Standards** bekommen. Ihnen könnte dabei ein unabhängiges Institut nach dem Vorbild des IQWiG (§ 139a SGB V) zur Seite gestellt werden.

3. Verantwortlichkeit für Fallmanagement

Die in **§ 11 Abs. 4 Satz 2 SGB V** vorgesehene Konkretisierung von für Entlassungsmanagement qualifiziertem Personal mit dem Einschub „**insbesondere Pflegefachkräfte**“ könnte in der Praxis die Gefahr bergen, dass darunter ein hinreichender Standard verstanden wird. **Pflegefachkräfte mit dreijähriger Ausbildung verfügen jedoch nicht ohne Weiteres über die erforderliche Qualifikation**, andererseits ist solche Qualifikation bei anderen Berufsgruppen vorhanden. Der Gesetzgeber sollte daher die Anforderungen an die Qualifikation inhaltlich und nicht formal formulieren. Damit würde der Weiterentwicklung dringend benötigter Fallmanagement-Kompetenzen in der Praxis eher geholfen. Für die Pflegeberufe wäre im Rahmen der Weiterentwicklung des Berufsrechts und der

Akademisierung eine entsprechende⁸ ausbildungs- und berufsrechtliche
Regelung erst noch zu schaffen.

Zudem ist fraglich, ob die Regelung im Verhältnis zum Krankenhausrecht der Länder
hinreichend abgestimmt ist und ob überhaupt eine entsprechende
Gesetzgebungskompetenz besteht.

Anhang: Regelungsvorschlag von Harry Fuchs, Düsseldorf:

„§ 7a Pflegeberatung, Pflegebegleitung, Koordination der Versorgung

(1) Die Pflegeberatung der Pflegekassen nach § 7 Abs. 2 umfasst in Verbindung mit § 12 Abs. 2 insbesondere,

- 1. über die Voraussetzungen von bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen, insbesondere Leistungen zur Pflege und Leistungen zur Teilhabe sowie über die Verwaltungsabläufe zu informieren und zu beraten**
- 2. die unverzügliche Feststellung des Hilfebedarfs nach § 18 durch den Medizinischen Dienst sicher zu stellen**
- 3. die Entscheidung der zuständigen Pflegekasse so umfassend vorzubereiten, dass diese innerhalb von 14 Tagen nach Eingang der Feststellungen nach § 18 entscheiden kann**
- 4. bei der Inanspruchnahme eines Persönlichen Budgets das Verfahren nach der BudgetV durchzuführen**
- 5. zu klären, welcher Träger für Teilhabeleistungen nach dem Neunten Buches zuständig ist sowie die Entscheidung dieses Trägers über Teilhabeleistungen so umfassend vorzubereiten, dass dieser innerhalb der Fristen nach § 14 des Neunten Buches darüber entscheiden kann**
- 6. bei sonstigen Sozialleistungen auf klare und sachdienliche Anträge hinzuwirken und den Berechtigten bei der Antragstellung zu unterstützen**
- 7. bei den beteiligten Sozialleistungsträgern auf zeitnahe Entscheidungen und Leistungen hinzuwirken.**

Die Pflegeberatung ist so auszustatten, dass sie umfassend, qualifiziert und zeitnah wahrgenommen werden kann sowie Zugangs- und Kommunikationsbarrieren nicht bestehen. Die Pflegekassen setzen für die Beratung und das Versorgungsmanagement durch Pflegeberater und Pflegeberaterinnen entsprechend qualifiziertes Personal, insbesondere auch Pflegefachkräfte in ausreichender Zahl ein. Zur erforderlichen Anzahl und zur Qualifikation von Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen erlässt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen Richtlinien. Werden die Richtlinien nicht bis 31. August 2008 erlassen, werden ihre Inhalte durch das Bundesministerium für Gesundheit festgelegt.

Private Versicherungsunternehmen, die die Pflege-Pflichtversicherung oder die private Krankenversicherung durchführen, können mit den Pflegekassen Vereinbarungen über die Inanspruchnahme der Pflegeberatung, des Versorgungsmanagements und der Pflegebegleitung treffen.

(2) Zur Koordination der Versorgung vereinbart die Pflegeberatung auf der Grundlage des nach § 18 Abs. 1 festgestellten individuellen Versorgungsbedarfs mit dem Leistungsberechtigten einen Versorgungsplan, nach dem seine Versorgung organisiert und durchgeführt wird. An der Vereinbarung des Versorgungsplanes wirken die Pflegebegleiter (§ 7a Abs. 3) und auf Wunsch des Berechtigten weitere von ihm benannte Vertrauenspersonen mit. Für den Versorgungsplan gelten § 3 Abs. 1 und 2 sowie § 4 BudgetV entsprechend.

(3) Personen, die Leistungen nach diesem Buch geltend machen, haben ab dem 1. Januar 2009 Anspruch auf Pflegebegleitung durch einen Pflegebegleiter oder eine Pflegebegleiterin. Die Pflegebegleitung ist eine Form der Selbsthilfe, des ehrenamtlichen und sonstigen bürgerschaftlichen Elements im Sinne des § 82b. Sie fördert und unterstützt die Selbstbestimmung der Berechtigten und begleitet sie, ihre Angehörigen und Lebenspartner

- 1. bei der Klärung des Hilfebedarfs**

2. bei der Beurteilung, welche Hilfen ¹⁰ erforderlich sind, wo solche Hilfen verfügbar sind

und welche Angebote zur Deckung des Hilfebedarfs geeignet und wirksam sind

3. bei der Gestaltung der Pflege- und Versorgungssituation im häuslichen Umfeld

4. bei der Beantragung von Sozialleistungen und während der Leistungsausführung.

Während der Leistungsausführung unterstützt die Pflegebegleitung die Berechtigten und ihre Angehörigen bei der Erlangung der bedarfsgerechten, qualitätsgesicherten und wirksamen Hilfen und Leistungen durch die Leistungserbringer. Der Pflegebegleiter oder die Pflegebegleiterin soll dem Berechtigten möglichst dauerhaft persönlich zugeordnet bleiben. Pflegeberater und Pflegeberaterinnen dürfen Sozialdaten nur erheben, verarbeiten und nutzen, soweit dies zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach diesem Buch erforderlich ist.

(4) Die Pflegebegleitung wird von Personen ausgeführt, die erfolgreich an einer für diese Aufgabe zugelassenen Fortbildungsmaßnahme teilgenommen haben. Die Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter erhalten für ihre Tätigkeit den Ersatz angemessenen Aufwandes einschließlich der Kosten der Teilnahme an den Fortbildungsmaßnahmen.

(5) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen vereinbart mit den auf Bundesebene maßgeblichen Selbsthilfeorganisationen pflegebedürftiger und behinderter Menschen sowie den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege unter Beteiligung der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe Inhalt und Umfang der Fortbildungsmaßnahmen nach Absatz 4 sowie Regelungen zur Entschädigung des angemessenen Aufwandes für die Tätigkeit der Pflegebegleitung durch die Pflegekassen. Wird bis zum 31. Oktober 2008 keine Vereinbarung getroffen, werden die Anforderungen an die Fortbildung sowie die Regelungen zur Aufwandsentschädigung durch das Bundesministerium für Gesundheit festgelegt. Die Landesverbände der Pflegekassen vereinbaren unter Beteiligung der Landesregierung mit den auf Landesebene maßgeblichen Selbsthilfeorganisationen pflegebedürftiger und behinderter Menschen sowie den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege die Organisation der Fortbildungsmaßnahmen nach Absatz 3 sowie das Akkreditierungsverfahren für deren Durchführung.

(6) Über die Erfahrungen mit der Pflegeberatung legt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen unter Beteiligung der auf Bundesebene maßgeblichen Selbsthilfeorganisationen pflegebedürftiger und behinderter Menschen, der zuständigen obersten Landessozialbehörden sowie der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. Juni 2011 einen unter wissenschaftlicher Begleitung zu erstellenden Bericht vor. Er kann hierzu Mittel nach § 8 Abs. 3 einsetzen.

Begründung:

Der Änderungsantrag konkretisiert die den seit dem erstmaligen Inkrafttreten der Pflegeversicherung bestehenden leistungsrechtlichen Beratungsauftrag der Pflegekassen nach § 7 Abs. 2 SGB XI und operationalisiert zugleich den Koordinierungsauftrag der Pflegekassen nach § 12 Abs. 2 Satz 2 SGB IX.

An diesen originären Aufgaben und Pflichten der Pflegekassen wird festgehalten, weil nur durch diese öffentlich-rechtliche Aufgabenwahrnehmung das der Selbstverwaltung der Pflegekassen, des MDK und anderen beteiligten Sozialversicherungsträgern eingeräumte Ermessen bei der Ausgestaltung ihrer Verwaltungsverfahren im Sinne einfacher und beschleunigter Verwaltungsverfahren gebunden werden kann.

Unabhängig von der Leistungsberatung ¹¹ erhält der Berechtigte einen Rechtsanspruch auf eine leistungsträgerunabhängige Pflegebegleitung. Die Pflegebegleitung ist eine Form des ehrenamtlichen und bürgerschaftlichen Elements. Da sie bisher ein – allerdings in der Praxis nicht realisierter - Teil der Koordinationsaufgabe der Pflegekassen nach § 12 Abs. 2 SGB XI ist, soll der damit verbundene Aufwand als Bestandteil der Verwaltungskosten von den Pflegekassen getragen werden.

Zu Absatz 1:

Satz 1 Nr. 1 konkretisiert den bestehenden Beratungs- und Koordinierungsauftrag der Pflegekassen. Damit wird gewährleistet, dass die Pflegekassen künftig nicht mehr nur über die Leistungen der Pflegekassen, sondern über alle Leistungen beraten, die pflegebedürftige Menschen nach bundes- oder landesrechtlichen Vorschriften erhalten können.

Voraussetzung für eine umfassende Leistungsberatung ist die Kenntnis über die Hilfebedarfe. Deswegen wird der MDK in § 18 Abs. 1 SGB IX verpflichtet, nicht nur Feststellungen zum Pflegebedarf, sondern zum gesamten Hilfebedarf zu treffen, der sich als Folge der Pflegebedürftigkeit ergibt. Die Pflegeberatung der Pflegekassen wird verpflichtet, die unverzügliche Begutachtung durch den MDK zu veranlassen und sicher zu stellen. Zur Beschleunigung des Verfahrens wird damit das den Pflegekassen bisher bei der Organisation des Prüfauftrages nach § 18 Abs. 1 SGB IX belassene Verwaltungsermessen der Pflegekassen gebunden (Nr. 2).

Nach Erhalt der Feststellungen des MDK hat die Pflegeberatung innerhalb von 14 Tagen eine Leistungsentscheidung der Pflegekassen herbeizuführen. Die Frist kann statt der im Regierungsentwurf bisher vorgesehenen drei Wochen auf zwei Wochen verkürzt werden, weil die Anträge durch die Pflegeberatung entscheidungsreif vorbereitet sind und es weiterer Feststellungen durch die Pflegekassen nicht mehr bedarf (Nr. 3).

Bei Inanspruchnahme des ab 1.1.2007 auch für pflegebedürftige Menschen bestehenden Rechtsanspruchs auf ein Persönliches Budget nach § 17 Abs. 2 SGB IX soll die Pflegeberatung für die Pflegekasse die Aufgabe des beauftragten Trägers im Sinne des § 17 Abs. 4 SGB IX übernehmen und das entsprechende Verfahren durchführen (Nr. 4)

Die Nr. 5 räumt der Pflegeberatung der Pflegekassen für die Rehabilitations- und Teilhabeleistungen pflegebedürftiger Menschen die gleichen Rechte und Pflichten ein, die die Gemeinsamen Servicestellen für behinderte Menschen nach § 22 SGB IX haben. Wegen der Einheit der Trägerschaft (Pflege-/Krankenkasse) bzw. Einheit des Leistungsrechts (Rehabilitation/Teilhabe) ist auch bei diesen Leistungsbedarfen eine „entscheidungsreife“ Aufbereitung durch die Pflegeberatung möglich, sodass es vor Erlass des Verwaltungsaktes über die Leistungen keiner weiteren Ermittlungen durch den Träger mehr bedarf. Damit ist eine erhebliche Beschleunigung der Verwaltungsverfahren gesichert.

Soweit neben den Pflege- sowie Rehabilitations- und Teilhabeleistungen sonstige Sozialleistungen (u.a. Leistungen nach dem SGB II, V, XII) erforderlich sind, soll die Pflegeberatung die notwendigen Anträge vorbereiten und die Berechtigten im Antragsverfahren gegenüber dem zuständigen Träger unterstützen. Wegen der

Uneinheitlichkeit der Träger bzw. des ¹²Leistungsrechts kann hier keine entscheidungsreife Vorbereitung der Verwaltungsverfahren vorgesehen werden (Nr. 6)

Absatz 1 Satz 2 und 3 konkretisiert die Ausstattungsqualität der Pflegeberatung der Pflegekassen. Dazu soll der Spitzenverband Bund der Pflegekassen zur Gewährleistung einer bundeseinheitlichen Rechtsanwendung verbindliche Maßstäbe vorgeben.

Soweit private Versicherungsunternehmen ihren Versicherten gleichwertige Leistungen der Pflegeberatung, der Pflegebegleitung und des Versorgungsmanagements anbieten wollen ohne dafür eigene Strukturen zu entwickeln, können sie diese Angebote der Pflegekassen auf vertraglicher Basis gegen Kostenerstattung nutzen.

Zu Absatz 2:

Die Pflegeberatung ist verpflichtet, im Rahmen des Fallmanagements nach § 12 Abs. 2 zur Koordination der Versorgung gemeinsam mit dem Berechtigten einen Versorgungsplan zu erstellen, der zur Grundlage der Entscheidung über den Leistungsantrag und zur Ausführung der Leistungen durch die Leistungserbringer wird. Der Versorgungsplan bindet durch die entsprechende Anwendung der §§ 3, 4 BudgetV – wie die dort geregelte Zielvereinbarung im Rahmen des Persönlichen Budgets nach § 17 Abs. 2 SGB IX – die beteiligten Leistungsträger im Innenverhältnis und stellt damit auch im Verhältnis zum Leistungsberechtigten schon vor Erlass des Verwaltungsaktes Rechts- und Versorgungssicherheit her.

In das Verfahren der Versorgungsplanerstellung werden immer die ehrenamtlichen Pflegebegleiter nach § 7 Abs. 2 als Unterstützer des Berechtigten einbezogen. Damit entfällt das Erfordernis für weitere Regelungen zur Einbindung der Selbsthilfegruppen bzw. sonstiger ehrenamtlicher Personen. Daneben können auf Wunsch des Berechtigten weitere Vertrauenspersonen einbezogen werden, die nicht auf Angehörige beschränkt sind.

Zu Absatz 3:

Absatz 3 begründet den Anspruch auf einen Pflegebegleiter und konkretisiert damit zugleich eine Form des ehrenamtlichen und bürgerschaftlichen Engagements im Sinne des § 82b. Pflegebegleitung kann nicht erst in Anspruch genommen werden, wenn feststeht, dass ein Leistungsanspruch besteht, sondern schon dann, wenn ein Anspruch geltend gemacht, d.h., die Leistung beantragt wird. Ansonsten stünde dem Berechtigten die Unterstützung während der wichtigen Phase der Klärung des Hilfe- und Leistungsbedarfs nicht zur Verfügung.

Die Aufgabenstellung der Ziffern 1 – 4 orientiert sich u.a. an dem vom Forschungsinstitut Geragogik und anderen unter der wissenschaftlichen Begleitung der Katholischen Fachhochschule in Freiburg durchgeführten Modellprojekt Pflegebegleiter. Die Aufgabenstellung ist nicht auf die leistungs- und verfahrensrechtlichen Fragen ausgerichtet, sodass keine Überschneidung mit den Aufgaben der Pflegeberatung der Pflegekassen besteht. Sie erfasst lebensweltorientiert die Probleme und Fragen, die pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen beim Eintritt von Pflegebedürftigkeit, bei der Feststellung des Hilfebedarfs, der Organisation der Hilfen und der Ausführung der Leistungen haben. Es handelt sich um eine ergänzende Hilfe für die Fragestellungen und Problembereiche der Berechtigten, die kostenträgerunabhängig im Sinne selbstbestimmter Entscheidungen des Berechtigten zu klären sind und nicht Gegenstand der Pflegeberatung der Pflegekassen sein können und sollen.

Die Pflegebegleitung dient damit
Unterstützung der
Selbstbestimmungs- und Selbstentscheidungsfähigkeit der pflegebedürftigen
Menschen und kompensiert Einschränkungen, die diese Menschen in diesen
Bereichen als Folge von Pflegebedürftigkeit erlitten haben.

13 ausdrücklich der Förderung und

Zu Absatz 4 und 5:

Ehrenamtlicher Pflegebegleiter oder Pflegebegleiterin kann grundsätzlich jeder in seinen bürgerliche Rechten nicht eingeschränkte Mensch werden, der an einer entsprechenden Fortbildungsmaßnahme erfolgreich teilgenommen hat. In den Verträgen nach Absatz 5 können die Vertragspartner die persönlichen und sonstigen Anforderungen regeln, die Pflegebegleiter erfüllen sollten.

Die Anforderungen an die Fortbildung zum Pflegebegleiter bzw. zur Pflegebegleiterin sollen gemeinsam vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen, den Selbsthilfeorganisationen und den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege in einer Vereinbarung festgelegt werden. Wie die Fortbildungsmaßnahmen organisiert und durchgeführt werden, soll von den Beteiligten unter Beteiligung der Länder ebenfalls in Vereinbarungen auf Landesebene geregelt werden, um vorhandene Ressourcen und Gegebenheiten nutzen zu können.

Der Umfang der Pflegeberatung und die dafür zu gewährenden Aufwandsentschädigung einschl. evtl. Fahrkosten und der Kosten der Fortbildungsmaßnahmen soll durch die genannten Beteiligten einheitlich auf Bundesebene festgelegt werden. Eine Regelung unmittelbar durch den Bundesgesetzgeber verbietet sich, weil für die Definition der nach den verschiedenen Aufgabenstellungen und Begleitphasen notwendiger Weise abzustufenden Aufwandsentschädigung die Erfahrungen und der Sachverstand aller Beteiligten unmittelbar greifen muss. Wegen der Auswirkungen der Tätigkeit der Pflegebegleiter auch auf die Leistungserbringung im Geltungsbereich des SGB XII ist die Mitwirkung der kommunalen Spitzenverbände und der überörtlichen Sozialhilfeträger sowohl bei der Definition der Fortbildungsinhalte wie auch der Festlegung der Aufwandsmodule im Rahmen der Entschädigungsregelung vorgesehen.

Zu Absatz 6

Da sich die Inanspruchnahme der Pflegebegleiter mit Blick auf die erforderliche Fortbildung und anderen mit der Einführung verbundenen Gründen erst langsam entwickelt, sind in den ersten drei Jahren keine gesetzlichen Kostenbeschränkungen vorgesehen, weil die zu erwartenden Kosten nicht über den entsprechenden Kosten im Rahmen der geplanten Pflegestützpunkte liegen. Zudem ist in den Verträgen nach Absatz 5 eine handlungsorientierte, modular gebundene Aufwandsentschädigung zu vereinbaren, die die Kosten auf ein bedarfsgerechtes Maß begrenzt. Der im Absatz 6 vorgesehene Bericht sichert den gesetzgebenden Körperschaften die Grundlage dafür, nach der Anlaufphase ggfls. steuernd einzugreifen, falls sich dafür eine Notwendigkeit ergibt.