

Dr. Joachim Wilbers

Stellungnahme zum

**Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der
Pflegeversicherung
(Pflege-Weiterentwicklungsgesetz)**

Anhörungen des Ausschusses für Gesundheit am 21.1.2008

Bereiche:

**Abbau von Schnittstellen, Entbürokratisierung, Qualitätssicherung,
Hilfsmittel, Rehabilitation, Prävention**

**Stärkung der Versorgung, Pflegestützpunkte, Pflegezeit, Pflegebegriff,
Demenzielle Versorgung**



Dr. Joachim Wilbers
ProjectCare GmbH
Schumannstraße 10
60325 Frankfurt am Main
Telefon: 069/74 22 17 20
Fax: 069/74 22 19 79
joachim.wilbers@projectcare.de
www.projectcare.de

Vorbemerkung:

Zu dem umfangreichen Gesetzentwurf sind und werden sehr viele ausführliche Stellungnahmen von Verbänden und Einzelsachverständigen abgegeben. Ich beschränke mich daher auf einige aus meiner Sicht wichtige ergänzende Punkte.

Prüfungen der Pflegeheime durch den MDK

In der Diskussion wird oft vergessen, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des MDK viel häufiger in den Heimen sind, als das die Prüffrequenz vermuten lässt. Bei den meisten Heimen werden mehrmals im Jahr Begutachtungen zur Eingruppierung vorgenommen. Dabei erhalten die MDK-Gutachter Einblick in die Dokumentation, sehen den Pflegezustand, sprechen mit den Pflegenden und den Pflegebedürftigen. Zudem erhalten sie einen Gesamteindruck von der Pflegeeinrichtung. Bei erkannten Pflegemängeln könnten sofort umfangreiche Anlassprüfungen durchgeführt werden. Mir ist nicht bekannt, ob diese Informationen tatsächlich genutzt werden.

Expertenstandards

Das im Gesetzentwurf vorgesehene Verfahren, Expertenstandards zu erarbeiten und diese über die Veröffentlichung im Bundesanzeiger für alle verbindlich zu machen, ist kritisch zu sehen.

Es wird nie möglich sein, dass sich ausnahmslos alle Experten eines Fachgebiets bei der Erarbeitung einbringen und auf einen Standard einigen, der dann als Endpunkt der Diskussion zu gelten hat. Auch zu den bisher erarbeiteten nationalen Standards gibt es kritische Stimmen aus der Fachwelt.

Wenn nun diese Standards „amtlich“ für unmittelbar verbindlich erklärt werden, kann es sein, dass eine wissenschaftliche Diskussion durch Veröffentlichung im Bundesanzeiger entschieden wird.

Ein weiteres kommt hinzu: Standards sind nur gut, wenn die zugrunde liegenden Kenntnisse aktuell sind. Was passiert, wenn es neue Erkenntnisse gibt, die nahelegen, vom bisherigen Standard abzuweichen, auch weil dieser ja nicht ständig kurzfristig überarbeitet werden kann? Werden diese Neuerungen in der Praxis eingesetzt, so weichen die Pflegenden von dem „unmittelbar verbindlichen“ Standard ab, tun sie es nicht, handeln sie nicht auf der Basis der anerkannten pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse.

Im Übrigen sei auf die Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG) verwiesen.

Rehabilitation

Nach Angabe des 4. Berichts der Bundesregierung zur Entwicklung der Pflegeversicherung wurden 2006 bei 1,7 Prozent der Begutachtungen durch den MDK Empfehlungen zur medizinischen Rehabilitation gegeben. Angesichts des überall propagierten Mottos „Rehabilitation vor Pflege“ ist dies sehr wenig. In welchem Umfang diese Empfehlungen tatsächlich zu Rehabilitationsmaßnahmen geführt haben, ist nicht veröffentlicht.

Es gibt wohl keinen oder nur sehr wenige Fälle, in denen die Pflegekasse vorläufige Maßnahmen zur Rehabilitation (§ 32 Absatz 1 SGB XI) eingeleitet hat.

Es ist fraglich, ob die mögliche Zahlung von Strafgeldern seitens der Krankenkassen (§ 40 Absatz 3 SGB V) bei nicht erfolgter Rehabilitation die Bereitschaft des MDK, der von den Kassen finanziert wird, erhöht, Rehabilitation zu empfehlen.

Sowohl in den bisherigen als auch in der vorgeschlagenen Vorschriften zur Rehabilitation wird nicht unterschieden zwischen denjenigen Versicherten, die nach Begutachtung des MDK eine Pflegestufe erhalten, und jenen, deren Antrag abgelehnt wird (sog. Pflegestufe 0). Hier ergibt sich eine besondere Chance. Gerade bei Personen, die eine Pflegestufe beantragt haben, diese aber nach Begutachtung des MDK nicht bekommen, ist anzunehmen, dass eine Rehabilitation in vielen Fällen eine Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI vermeiden kann. Dieser Personenkreis hat pflegerischen Hilfebedarf, der aber in seinem Umfang die Schwelle zur Pflegestufe 1 nicht überschreitet. Wenn hier der MDK, der im Rahmen der Begutachtung eine ausführliche Untersuchung des Antragstellers vorgenommen hat, den Betroffenen und dessen Krankenkasse über Rehabilitationschancen informierte, könnte der Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ im Wortsinne umgesetzt werden.

Bürokratieabbau

Es ist lobenswert, überflüssigen bürokratischen Aufwand im Rahmen der Regelungen zur Pflegeversicherung und beim Heimrecht abzubauen. Doch es gibt eine Vielzahl von Bestimmungen, die ebenfalls von der Pflege, insbesondere den Heimen, mit sehr viel Aufwand eingehalten werden müssen. Diese widersprechen je nach Interpretation von Behörden und Kontrolleuren konzeptionellen Überlegungen der Altenhilfe. So gibt es regelmäßig unterschiedliche Auffassungen zu den Themen Wohnlichkeit/Brandschutz oder Hausgemeinschaft/Hygiene.

Zudem ist es, um weitere Beispiele zu nennen, nicht so einfach, GEZ und GEMA regelkonform zu handhaben.

Zur Entlastung von Bürokratie in der Pflege bedarf es demnach auch Bemühungen außerhalb der Sozialgesetzbücher und der Heimgesetze.

Finanzieller Anreiz für Zurückstufung

Es wird generell davon ausgegangen, dass aus wirtschaftlichen Gründen jedes Heim daran interessiert sein müsse, dass die Bewohner möglichst hoch eingestuft sind. Diese Annahme, die auch von Heimleitungen und Geschäftsführungen häufig als selbstverständlich angesehen wird, ist falsch. Jede Höherstufung hat nach den vereinbarten Personalschlüsseln eine bessere Personalbesetzung zur Folge, deren Einhaltung durch die Pflegekassen kontrolliert wird. Damit sind höhere Kosten verbunden. Diese Mehrkosten bilden sich mehr oder weniger exakt in den Pflegesätzen für die verschiedenen Pflegestufen ab.

Beispiel Baden-Württemberg: Hier gibt es Spannbreiten bei den Pflegeschlüsseln. Wenn man nun den mittleren Wert nimmt, benötigt man bei einer Höhergruppierung von Stufe 1 nach Stufe 2 0,114 zusätzliche Stellen, bei der Höhergruppierung von Stufe 2 nach Stufe 3 0,145 Stellen. Bei den anerkannten Gesamtpersonalkosten für Pflegekräfte in Baden-Württemberg ergeben sich im ersten Fall (von 1 nach 2) Mehrkosten von 13 Euro/Tag, im zweiten Fall (von 2 nach 3) 16,50 Euro/Tag. Tatsächlich liegen die Differenzen der Durchschnittswerte der Pflegestufen in Baden-Württemberg bei 12,95 Euro/Tag (Stufe 2/Stufe 1) sowie 16,00 Euro/Tag (Stufe 3/Stufe 2). Das heißt, den höheren Einnahmen stehen nahezu gleiche Ausgaben gegenüber. Ein rein wirtschaftlicher Anreiz für Höhergruppierungen besteht für die Heime nicht.

Demenz

Eine Einbeziehung der Demenzkranken in Heimen in die neue Regelung nach § 45b SGB XI (200 Euro/Monat) wäre sachgerecht. Sehr viele Heimbewohner sind demenziell erkrankt. Hier könnten zusätzliche Mittel in zusätzliche Betreuung umgesetzt werden, zum Beispiel durch hauswirtschaftliche Kräfte, wie sie in Hausgemeinschaftskonzepten vorgesehen sind.

Wichtig ist, dass nur solche stationäre Einrichtungen diese zusätzlichen Mittel einsetzen dürfen, die über ein nachvollziehbares und überprüfbares Konzept verfügen und von denen der höhere Personaleinsatz nachgewiesen wird.

Denkbar ist auch, dass diese Mittel als individueller Anspruch des Versicherten für bestimmte Zusatzleistungen der Demenzkrankenversorgung der stationären Einrichtung eingesetzt und abgerechnet werden können.