

Stellungnahme des ABVP

zum Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – PFWG)

I. Allgemeiner Teil

Der ABVP begrüßt die Intention des Gesetzes, die Pflegeversicherung noch besser auf die Bedürfnisse und Wünsche der Pflegebedürftigen sowie ihrer Angehörigen auszurichten. Die Orientierung an dem Leitbild der Pflegeversicherung jetzt und in Zukunft eine menschenwürdige Pflege, die ein möglichst selbständiges Leben zum Ziel hat und dadurch dazu beiträgt, eine selbstbestimmte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen, ebnete in der Vergangenheit und auch für die Zukunft den richtigen Weg.

Unter der Berücksichtigung der von den meisten Pflegebedürftigen bevorzugten Form der häuslichen Versorgung soll das Gesetz besonderes Augenmerk auf die Stützung und Förderung häuslicher Versorgungsstrukturen nach dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ legen. Danach sollen wohnortnahe Versorgungsstrukturen gestützt und aktiviert werden.

Diesen Grundsatz begrüßt der ABVP ausdrücklich, der Gesetzentwurf geht diesbezüglich in die richtige Richtung, allerdings spiegeln die Maßnahmen aus Sicht des ABVP, insbesondere im Bereich der Ausgestaltung der finanziellen Leistungen den Grundsatz „ambulant vor stationär“ nicht hinreichend wieder.

Nach Auffassung des ABVP liegt durch die gegenwärtige, aber auch der geplanten Ausgestaltung der Höchstbeträge der Pflegestufen, eine Fehlallokation der Leistungsströme im ambulanten und stationären Sektor vor.

Diese Fehlallokation würde mit einer Angleichung der Pflegestufen, wie sie der ABVP bereits seit langem vorschlägt, beseitigt werden können. Das Ungleichgewicht zwischen ambulantem und stationärem Sektor besteht bereits seit der Einführung der Pflegeversicherung im Jahre 1995.

So zeigt die amtliche Pflegestatistik 2005 eindrucksvoll, worauf der ABVP seit langem aufmerksam macht. So hat sich die Zahl der Pflegebedürftigen, die in Heimen versorgt werden, von 1999 bis 2005 von 573.211 auf 676.582 erhöht. Die Zahl der Pflegebedürftigen, die zu Hause versorgt werden, hat sich im selben Zeitraum hingegen von 1.442.880 auf 1.451.968 entwickelt. Damit ist die Zahl der Pflegebedürftigen, die in Heimen versorgt werden in diesem Zeitraum um rund 18 Prozent gestiegen, während das Wachstum der Pflegebedürftigen, die zu Hause versorgt werden, lediglich 0,63 Prozent beträgt. Betrachtet man die Ausgabensteigerungen im stationären und ambulanten Bereich zur Basis 1997, klafft die Schere noch deutlicher auseinander.

Nach Ansicht des ABVP lassen diese Zahlen keinen Interpretationsspielraum zu; der ABVP fordert daher die Politik auf, den real existierenden Grundsatz „stationär vor ambulant“ endlich gemäß des im Gesetz verankerten Grundsatz „ambulant vor stationär“ zu wandeln. Eine wirkliche Umsetzung dieses Grundsatzes kann nur erreicht werden, indem die richtigen Anreize gesetzt werden.

Der ABVP nimmt enttäuscht zur Kenntnis, dass die o.a. Fakten -wie ein Vorentwurf der Eckpunkte für ein Gesetz zur nachhaltigen Reform der Pflegeversicherung zeigt- zwar erkannt (so sah dieser Vorentwurf eine Angleichung der Höchstbeträge der Pflegestufen bis zum Jahr 2011 vor, wobei der Höchstbetrag in der Pflegestufe I im ambulanten Bereich bei 600 Euro und im stationären Bereich bei 700 Euro angesiedelt wurde. Die Stufen II und III sollten einheitlich mit 1000 und 1500 Euro angesetzt werden), aber mit dem vorliegenden Gesetzentwurf nicht umgesetzt wurden.

Dieser Vorentwurf hätte den Grundsatz „ambulant vor stationär“ adäquat umgesetzt. Insofern ist es dem ABVP nicht verständlich, warum dieser Vorschlag wieder verworfen wurde. Offenbar haben die Warnungen einiger Mischverbände, insb. die in den Medien gezielt gestreute Gefahr vor einer „neuen Altersarmut“ ihre Wirkung nicht verfehlt, wenngleich dieses Argument ohne substantiellen Gehalt publiziert wurde.

Außer Acht gelassen wird, dass eine Angleichung der Höchstbeträge der Pflegestufen mit einem Bestandsschutz für die jetzigen Heimbewohner ausgestaltet sein könnte. Bei einer durchschnittlichen Pflegezeit/Verweildauer von drei Jahren würde somit für zukünftige Generationen von Pflegebedürftigen insb. in der Pflegestufe I ein Anreiz in Richtung ambulanter Versorgung gesetzt werden. Die vielfach genannte Zusatzbelastung der Sozialhilfeträger bleibt aus, wenn durch die Anreizumkehr die Leistungsströme in den ambulanten Sektor gelenkt werden.

Im Hinblick auf die Schaffung neuer Instrumente, wie der Implementierung von Pflegestützpunkten und der Vorhaltung von Pflegebegleitern und Pflegebegleiterinnen sieht der ABVP die Gefahr, dass Doppelstrukturen aufgebaut werden, die erhebliche Teile der Mehreinnahmen durch den angehobenen Beitragssatz der Pflegeversicherung für Bürokratieaufwendungen verzehren werden, anstatt den pflegebedürftigen Menschen zu Gute zu kommen. Sowohl im Hinblick auf die Pflegestützpunkte, als auch auf die Pflegebegleiter vermisst der ABVP eine solide Kostenkalkulation, insb. der Folgekosten.

Weiter ist der Entwurf von Widersprüchlichkeiten geprägt. Wie wir nachstehend darlegen, zeigt sich dies am Bestreben zu entbürokratisieren, demgegenüber aber zusätzliche bürokratische Strukturen zu schaffen. Es zeigt sich auch an der Absicht, einerseits die Qualität der Leistungserbringung verbessern zu wollen, andererseits Liberalisierungen vorzunehmen, die zwangsläufig zu Qualitätsabsenkungen führen werden.

II. Besonderer Teil

Artikel 1: Änderungen im SGB XI

§ 2 Abs. 2 Satz 3 (Selbstbestimmung)

Mit dieser Ergänzung ist der Entbürokratisierungsansatz nicht vereinbar, da in der Praxis kein Problem vorliegt. Die entsprechenden Wünsche der Pflegebedürftigen nach Selbstbestimmung, insb. der Wunsch nach gleichgeschlechtlicher Pflege, werden bereits heute auch ohne eine gesetzliche Regelung nach Möglichkeit erfüllt.

Es ist ein Qualitätsmerkmal des Pflegedienstes, auf die Wünsche des Pflegebedürftigen einzugehen. Im umgekehrten Fall kann der Pflegebedürftige ggf. den Pflegedienst wechseln, soweit er seinen Wünschen nicht entsprechen kann.

Im Übrigen werden bereits gegenwärtig pflegebedürftige Frauen von Pflegerinnen gepflegt, daher stellt diese Vorschrift eine mittelbare Diskriminierung von männlichem Pflegepersonal dar.

§ 7 Abs. 3 Satz 2 (Aufklärung, Beratung)

Siehe Anmerkungen zu § 7a und 92c

§ 7 Abs. 3 geänderter Satz 3 (ehemals Satz 2)

Siehe Anmerkungen zu § 7a und 92c

§ 7 Abs. 3 Sätze 4 ff.

Siehe Anmerkungen zu § 7a und 92c

§ 7a (Pflegebegleitung)

Der ABVP spricht sich mit Nachdruck gegen die Implementierung von Pflegebegleitern aus.

Entgegen der Gesetzesbegründung, nach der der wesentliche Mehrwert der Pflegebegleitung die Abstimmung aller erforderlichen Pflegemaßnahmen rund um die Pflegebedürftigkeit aus einer Hand sei, ist es aus Sicht des ABVP angebracht, die immensen zusätzlichen Kosten für die Pflegebegleiter direkt in die Pflege fließen zu lassen. Daher ist das formulierte Ziel der Gesetzesbegründung, die Pflegebegleitung möglichst wirtschaftlich zu erbringen, ein Widerspruch in sich.

Bei der zu Grunde liegenden Bemessungszahl der angesetzten Pflegeberater im Verhältnis 1:100 und einer Inanspruchnahme von rund einer Million Pflegebedürftigen (siehe Gesetzesbegründung zu C. Finanzielle Auswirkungen) ist nach Berechnungen des ABVP mit weitaus höheren Kosten als die in der Gesetzesbegründung angesetzten 0,29 Milliarden Euro zu rechnen. Bei derzeit 2 Millionen Leistungsempfängern ist die prognostizierte Nachfrage von nur 1 Million zu tief gegriffen, zumal die Prognosen über die Entwicklung der Pflegebedürftigkeit in den nächsten beiden Jahrzehnten erheblich nach oben weisen.

Ausgehend von ca. 15.000 bis 20.000 Pflegebegleitern, die in Vollzeit beschäftigt werden müssten, ist mit Kosten von 0,4 bis 0,6 Milliarden Euro zu rechnen.

Die Mehrausgaben der Pflegebegleitung entsprechen damit bis zu 0,05 Beitragssatzpunkten. Das bedeutet, dass rund 20 Prozent der Beitragssatzanhebung statt für Pflege für eine zusätzliche bürokratische Struktur aufgewendet werden sollen. Dem gegenüber bleiben die dringend notwendigen Erhöhungen der Leistungsbeträge weit hinter den Anforderungen zurück.

Die Pflegebegleiter können nicht als Sachwalter der Pflegebedürftigen fungieren, wenn sie Mitarbeiter der Pflegekasse sind bzw. von der Pflegekasse bezahlt werden. Ein wesentlicher Bestandteil des Fallmanagements ist auch die Bewältigung von Interessenskonflikten zwischen Versichertem und Kostenträger. Hier wird letztlich der Bock zum Gärtner gemacht. Der Referentenentwurf sieht ferner vor, dass die Möglichkeit der Beauftragung von Pflegebegleitern gegeben sein soll. Kann ein Pflegebegleiter demnach auch Mitarbeiter einer

Krankenkasse sein, der über die Ablehnung einer Verordnung über häusliche Krankenpflege entscheidet?

Nach der Gesetzesbegründung sollen unnötige Doppelstrukturen vermieden werden. Gerade diese Gefahr ist jedoch gegeben, weil der Begriff des Pflegebegleiters unscharf gezeichnet ist. Einerseits wird versucht, von der so genannten Alltagsbegleitung, die in der Praxis in den Bereichen der Hauswirtschaft und der sozialen Betreuung angesiedelt ist, abzugrenzen, andererseits wird genau auf diese Erfahrungen zurückgegriffen, um die Notwendigkeit eines Pflegebegleiters zu begründen.

Bereits jetzt gibt es neben den Pflegediensten viele Institutionen (MDK, Pflegekassensachbearbeitung, Sozialhilfeträger, Sozialdienste der Krankenhäuser, BEKO), die die Aufgaben der Pflegebegleitung wahrnehmen. Schon durch die Assessments wird eine Doppelstruktur geschaffen, weil der Pflegebegleiter bei unverändertem Pflegebedürftigkeitsbegriff nicht von der MDK-Einstufung nach § 15 SGB XI abweichen kann. Soweit das Assessment Bedarfe, die außerhalb des Pflegeversicherungsgesetzes liegen, berücksichtigt, würde dies auf eine Fehlverwendung von Beiträgen hinauslaufen. Daraus ergibt sich, dass auch der auf das Assessment gegründete Versorgungsplan und das Verhältnis zur Pflegeplanung überhaupt nicht definiert sind. Darüber hinaus ist nicht geklärt, inwieweit der Versicherte gegen die Entscheidungen des Pflegebegleiters im Rahmen des Versorgungsplans vorgehen kann, bzw. Welche Auswirkungen die Nichtbefolgung des Versorgungsplans durch den Pflegebedürftigen auf die Gewähr von Pflegeversicherungsleistungen hat.

Hinsichtlich der Anforderungen an die Qualifikation eines Pflegebegleiters, ist kritisch anzumerken, dass als Erstausbildung eine Ausbildung zum Sozialversicherungsfachangestellten ausreichen soll. Die Erfahrung hat gezeigt, dass in der Praxis medizinische Sachverhalte unrichtig bewertet werden und dass es sich bewährt hat, dass der MDK systematisch den medizinisch-pflegerischen Sachverstand der Krankenkassen begründet. Für die Wahrnehmung der Aufgaben ist daher eine Erstausbildung als Pflegefachkraft sinnvoller.

Die Entscheidungsbefugnisse der Pflegeberater sind weder durch den Gesetzestext noch durch die Begründung geklärt.

Bestehende Lücken des Leistungsrechts werden durch den Gesetzesentwurf nicht geschlossen. Darüber kann auch die Implementierung des Pflegebegleiters nicht hinweg täuschen.

§ 18 Abs. 1 geänderter Satz 2 (Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit)

Die Erweiterung der Prüfung um die Feststellung des Vorliegens einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz (§ 45a) wird grundsätzlich begrüßt.

Der Gesetzesentwurf und die Begründung lassen allerdings offen, nach welchen Kriterien eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz festgestellt wird und wie die konkrete Höhe des Anspruchs nach § 45a (bis zu 200 Euro) festgestellt wird.

§ 18 geänderter Abs. 3 und geänderter Abs. 6

Die Änderungen sind grundsätzlich zu begrüßen, da eine Beschleunigung des Begutachtungsverfahrens Rechtssicherheit für Pflegebedürftige und Leistungserbringer schafft.

§ 18 Abs. 7 Satz 2

Die Änderung wird grundsätzlich begrüßt, die ausgeübte Praxis hat bereits vielfach gezeigt, dass durch entsprechend qualifiziertes Personal sachnähere Entscheidungen getroffen werden.

§ 30 (Dynamisierung)

Der ABVP kritisiert scharf, dass die notwendige sofortige Dynamisierung zum Ausgleich des Kaufkraftverlustes ausbleibt.

Eine Dynamisierung erst ab 2014 bedeutet, dass ca. zwei Generationen von Pflegebedürftigen (die durchschnittliche Bezugsdauer der Pflegeleistungen liegt bei 3 Jahren) weiterhin mit einem Kaufkraftverlust zurechtkommen müssen. Ob ab 2014 dann tatsächlich eine Dynamisierung eintritt, ist völlig ungewiss, da dies zum einen erst in der übernächsten Legislaturperiode entschieden werden soll, zum anderen der Vorbehalt der gesamtwirtschaftlichen Rahmenbedingungen im Gesetz verankert werden soll.

Soweit die Ausgestaltung der Höchstbeträge der Pflegestufen so vorgenommen wird, wie in den §§ 36 und 43 vorgesehen, wird sich das Ungleichgewicht von ambulanter und stationärer Versorgung bei etwaigen Dynamisierungen weiterhin vergrößern (siehe auch unsere Ausführungen zu § 36 und § 43).

§ 31 Abs. 3 geändert (Vorrang der Rehabilitation vor Pflege)

Die Änderungen werden begrüßt, da der Bereich der Prävention und der Rehabilitation gestärkt werden und das Verwaltungsverfahren im Sinne des Pflegebedürftigen beschleunigt wird.

§ 36 Abs. 1 Sätze 5 ff. (Pfllegesachleistung)

Der Gesetzestext unterstellt unrichtigerweise, dass die individuelle Grundpflegeleistung bei einem Wohngemeinschafts-Pflegebedürftigen verkürzbar sei im Vergleich zu einem allein wohnenden Pflegebedürftigen fünf Straßen weiter. Allenfalls in der hauswirtschaftlichen Versorgung sind Synergieeffekte denkbar. Praktische Relevanz dürfte im Übrigen nur bei Wohngemeinschaften zu sehen sein, wie in „nahe zusammen gelegenen Wohnungen, etwa in einer Straße“ „gepoolt“ werden soll, bleibt unvorstellbar. Der ABVP verweist darauf, dass etwaige Synergieeffekte bereits heute in den Vergütungsvereinbarungen mit den Kostenträgern auf Landesebene gem. § 89 SGB XI berücksichtigt sind bzw. berücksichtigt werden können.

§ 36 Abs. 3 geändert und § 43 (Vollstationäre Pflege) geändert

Der ABVP ist der Ansicht, dass mit den im Gesetzentwurf vorgesehenen Höchstbeträgen der Pflegestufen im ambulanten und stationären Bereich weiterhin Fehlanreize zu dem in der Realität vorliegendem Grundsatz „stationär vor ambulant“ einhergehen, der eindrucksvoll durch die Pflegestatistik 2005 bestätigt wird.

Die Finanzsituation in der sozialen Pflegeversicherung ist in den letzten Jahren durch steigende Ausgaben gekennzeichnet, die durch die Einnahmen nicht mehr gedeckt werden. Darüber kann auch nicht das positive Ergebnis der SPV im Jahr 2006 hinweg täuschen, das im Wesentlichen auf die Vorfälligkeit der Sozialversicherungsbeiträge sowie der Finanzspritze aus der Umsetzung des Bundesverfassungsgerichtsurteils, das durch den

Zusatzbeitrag der Kinderlosen rund 700 Mio. Euro in das System gespült hat, zurück zu führen ist.

Insbesondere die Ausgaben für stationäre Pflegeleistungen sind erheblich gestiegen. Zu beobachten ist insbesondere, dass der gesetzlich verankerte Grundsatz „ambulante vor stationärer Versorgung“ nicht umgesetzt wird, da immer mehr Menschen stationär versorgt werden. Dies ist umso unverständlicher, als dass die Zielvorstellung dieses Grundsatzes zum Gegenstand hat, dass die Pflege in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen erbracht wird und somit ein Beitrag für eine höhere Lebensqualität der Pflegebedürftigen geleistet wird.

So hat sich die Zahl der Pflegebedürftigen, die in Heimen versorgt werden, von 1999 bis 2005 von 573.211 auf 676.582 erhöht. Die Zahl der Pflegebedürftigen, die zu Hause versorgt werden, hat sich im selben Zeitraum hingegen von 1.442.880 auf 1.451.968 entwickelt. Damit ist die Zahl der Pflegebedürftigen, die in Heimen versorgt werden, in diesem Zeitraum um rund 18 Prozent gestiegen, während das Wachstum der Zahl der Pflegebedürftigen, die zu Hause versorgt werden, lediglich 0,63 Prozent beträgt. Betrachtet man die Ausgabensteigerungen im stationären und ambulanten Bereich zur Basis 1997, klafft die Schere noch deutlicher auseinander.

Um dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ gerecht zu werden, bedarf es einer Angleichung der Höchstbeträge der Pflegestufen, wie es der ABVP seit langem fordert. Es ist nicht nachzuvollziehen, aus welchen Gründen die ursprünglichen Entwürfe, die eine Angleichung der Höchstbeträge der Pflegestufen vorsahen, verworfen wurden. Das vielfach genannte Argument der „Altersarmut“ ist eine bloße Behauptung, die jeglicher Grundlage entbehrt und unter der Annahme eines Bestandsschutzes der jetzigen Heimbewohner entkräftet werden kann.

§ 36 Absatz 3 ist daher wie folgt zu fassen:

„(3) Der Anspruch auf häusliche Pflegehilfe umfasst je Kalendermonat

1. für Pflegebedürftige der Pflegestufe I Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 500 Euro ab 1.Juli 2008
2. für Pflegebedürftige der Pflegestufe II Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 1.000 Euro ab 1.Juli 2008
3. für Pflegebedürftige der Pflegestufe III Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 1.500 Euro ab 1.Juli 2008

Analog zu § 36 Absatz 3 sind die Höchstbeträge der Pflegestufen im stationären Bereich in § 43 Absatz 2 abzusenken.

§ 37 Absatz 3 geändert

Der ABVP begrüßt die Vergütungserhöhung für Beratungseinsätze.

Aufgrund fehlender Sanktionsmechanismen ruft der ABVP den Gesetzgeber auf, Kriterien für den Entzug von Pflegegeld zu konkretisieren. Verwiesen wird an dieser Stelle auf vergleichbare Regelungen in der Arbeitslosenversicherung, wie z.B. der Sperrfrist.

Soweit eine Versorgungslücke bei Beratungseinsätzen besteht, erscheint dem ABVP der MDK als die fachlich geeignete Institution zur Schließung dieser Lücke. Die Schaffung zusätzlicher Beratungsstellen ist obsolet.

§ 37 Absatz 8 neu

In Absatz 7 wird ausdrücklich auf die Verpflichtung zur Unabhängigkeit und Neutralität der Beratungsstellen hingewiesen. Dies kommt nicht von ungefähr, da die Beratungsbesuche natürlich nicht nur der Beratung, sondern insbesondere der Kontrolle darüber dienen, dass die Pflege sichergestellt ist. Gerade deswegen durften nach der bisherigen Gesetzeslage nur in Ausnahmefällen von der Pflegekasse beauftragte aber nicht angestellte Pflegefachkräfte im Einzelfall Beratungsleistungen erbringen. Dies wird nunmehr komplett ausgehöhlt, indem die Pflegekasse jetzt durch ihre Mitarbeiter berät und gleichzeitig kontrolliert.

Absatz 8 ist daher zu streichen.

§ 41 (Tagespflege) geändert

Der ABVP begrüßt die Anpassung der Höchstbeträge analog zu den ambulanten Sachleistungen, da somit vorzeitige stationäre Pflege vermieden wird.

§ 43 (Vollstationäre Pflege) geändert

- Verweis auf Anmerkungen zu § 36 -

§ 44a (Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit) neu

Hierzu positioniert sich der ABVP gesondert.

§ 45a ff (Leistungen für Personen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf)

Die beabsichtigte Neuregelung ist eine echte und sofortige Verbesserung der Betreuung der an Demenz erkrankten Pflegebedürftigen, bevor die dringend erforderliche Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs vollzogen ist.

§ 45b (Zusätzliche Betreuungsleistungen) geändert

Es ist allerdings darauf zu achten, dass die Höhe des Anspruchs nach S. 1 durch die Pflegekassen und den MDK nicht restriktiv gehalten wird.

Wenn die bisherigen Qualitätsmaßstäbe für niedrigschwellige Betreuungsangebote aufrecht erhalten bleiben sollen, müssen auch für die Angebote, die von Pflegestützpunkten vermittelt werden, die Maßstäbe der nach Landesrecht anerkannten niedrigschwelligen Betreuungsangebote angelegt werden. Entgegen den Qualitätsanforderungen an alle anderen Kräfte ist die beabsichtigte Regelung überraschend. Daher ist § 45b Absatz 1 S. 5 Nr. 5 zu streichen.

§ 55 (Beitragssatz) geändert

Es ist fragwürdig, ob die Erhöhung des Beitragssatzes bereits mittelfristig ausreicht. An dieser Stelle sei auf das Reformkonzept des ABVP hingewiesen, das durch die Angleichung der Höchstbeträge der Pflegestufen tatsächlich Anreize zur Leistungsumsteuerung hin zu

„ambulant vor stationär“ initiiert. Auch im Modell des ABVP käme es zu Beitragssatzsteigerungen, allerdings fielen diese deutlich moderater aus.

§ 71 Absatz 3 Buchstabe b (Pflegeeinrichtungen) geändert

Der ABVP begrüßt aus Qualitätsgesichtspunkten die verpflichtenden Voraussetzungen für die Anerkennung als verantwortliche Pflegefachkraft.

Er fordert Bestandsschutz für die Pflegedienste, die zum Stichtag 31.12.2007 einen Vertrag gem. § 72 SGB XI ohne die 460-Stunden-Weiterbildung als zwingende Voraussetzung für die Pflegedienstleitung haben. Aufgrund der durch die Rechtsprechung entstandenen Rechtsunsicherheit ist eine Übergangsfrist von 3 Jahren gerechtfertigt.

§ 72 (Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag) geändert

Absatz 2 Satz 1 geändert

Unter Qualitätsgesichtspunkten muss jede selbstständig wirtschaftende Einrichtung über eine eigene verantwortliche Pflegefachkraft verfügen. Die geplante Regelung dagegen widerspricht der verpflichtenden Einführung der 460-Stunden-Weiterbildung, da diese mit der Neuregelung umgangen werden könnte. Die geplante Regelung ist außerdem praxisfern. Die vorliegenden Erfahrungen zeigen, dass es nicht möglich ist, mit nur einer verantwortlichen Pflegefachkraft mehrere Pflegedienste angemessen zu steuern.

Soweit die strukturellen Voraussetzungen in den selbstständig wirtschaftenden Einrichtungen gewährleistet sind, spricht nichts gegen die dem Entbürokratisierungsgedanken folgenden Gesamtversorgungsverträge.

Absatz 3 geändert

Mit der Frage der Zahlung einer „ortsüblichen Arbeitsvergütung“ will die Neuregelung des SGB XI der Diskussion um den Mindestlohn vorgreifen; diese Diskussion sollte jedoch im gesamtgesellschaftlichen Zusammenhang geführt werden, wo sie hingehört. Die Intention - ein Schutz gegen den Lohnverfall/ gegen Lohndumping - geht fehl, weil hier Betreuungsleistungen überhaupt nicht mitgeregelt werden (können). Der ABVP hat im Übrigen datenschutzrechtliche Bedenken, wenn die Arbeitsvergütungen der einzelnen Mitarbeiter den Pflegekassen gegenüber offen gelegt werden müssen und sieht darin außerdem einen unangemessenen Eingriff in die Unternehmensfreiheit. Eine Regelung dieser Art sucht in anderen Branchen ihresgleichen.

Zu Recht hat das Bundessozialgericht im Urteil vom 24.6.2006 (Az. B 3 P 1/05) darauf hingewiesen, dass zugelassene Pflegedienste über den im Versorgungsvertrag festgelegten Einzugsbereich hinaus regional, überregional und auch bundesweit tätig werden können und keiner weiteren oder zusätzlichen Zulassung bedürfen. Die von den Pflegekassen vorgetragene Einschränkung wurde vom Bundessozialgericht mit Hinweis auf Art. 12 Abs. 1 GG zurückgewiesen. Ein Regelungsbedarf, um das Urteil zu widerlegen, ist nicht zu erkennen. Aus eigenem Interesse werden die Unternehmen den Einzugsbereich nach wirtschaftlichen Kriterien bemessen. Mehrkosten zu Lasten der Pflegekassen können im Übrigen nicht entstehen, weil in allen Vergütungsvereinbarungen bzw. Rahmenverträgen die Abrechnung zusätzlicher Wegekosten ausgeschlossen ist.

Die Verpflichtungen aus Ziffer 3 und 4), das Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln sowie Expertenstandards anzuwenden, würden nach dem Text parallel zu den gesetzlichen Verpflichtungen nach §§ 113, 113a laufen. Eine Wiederholung im

Zulassungsvertrag ist damit bürokratisch und systematisch nicht erforderlich. Hinsichtlich der inhaltlichen Bedenken wird auf die Ausführungen zu § 113a verwiesen.

§ 74 (Kündigung von Versorgungsverträgen) geändert

Nach der Gesetzesbegründung ist das Ziel dieser Neuregelung die Durchsetzung des Selbstbestimmungsrechts nach § 2. Dieses Ziel ist aber nur über eine Erweiterung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit zu erlangen. Die in der Begründung zur Neuregelung aufgeführten Hilfen, „sich aktiv der Sorgen, Nöte sowie der individuellen z.B. religiösen Bedürfnisse und der daraus resultierenden Wünsche Pflegebedürftiger anzunehmen“ finden sich bei weitem nicht in der verrichtungsbezogenen Definition der Pflegebedürftigkeit nach § 14 wieder. Soweit der Gesetzgeber mit der Einschränkung im Pflegebedürftigkeitsbegriff die Durchsetzung des verfolgten Ziels gem. § 2 beschränkt, kann er von den Leistungserbringern nicht erwarten, dass diese dem Widerspruch des Gesetzes unter Außerachtlassung der Vergütungsproblematik abhelfen.

Die Auslegung der Begriffe und den damit verbundenen Intentionen nach Absatz 1 dürfte in der Praxis mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden sein, da sie zu unbestimmt formuliert sind.

Zu Absatz 1 Ziffer 2

Wie schon unter Absatz 1 dargelegt, führt die Regelung aufgrund der unpräzisen Formulierung zu Rechtsunsicherheiten im Streitfalle. Insofern ist Ziffer 2 nicht zu akzeptieren, da die ganz oder teilweise Aussetzung der Versorgung bei unklarer Rechtslage die Existenzgrundlage der betreffenden Einrichtung entziehen würde.

§ 75 (Rahmenverträge/Bundesrahmenempfehlung) geändert

Die Erleichterung des Einsatzes der Mitglieder von Selbsthilfegruppen sowie von ehrenamtlichen Pflegepersonen wird begrüßt. Sie erweitert die Möglichkeiten der Hilfeleistung auch außerhalb der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisse.

Zu Absatz 7 neu

Der ABVP begrüßt die Neuregelung. Es ist sinnvoll, die einheitlichen Grundsätze ordnungsgemäßer Pflegebuchführung auf Bundesebene im Rahmen der Selbstverwaltung zu vereinbaren.

§ 76 Absatz 6 (Schiedsstelle) neu

Aus Sicht des ABVP ist es erforderlich, im Gesetz eine grundsätzliche Trennung der Kosten zwischen ambulanten und stationären Schiedsverfahren vorzunehmen.

In der Regel wird dies zwar in den Bundesländern durch die Geschäftsordnungen geregelt, allerdings durch Mehrheitsentscheid der Vertragsparteien. In Abstimmungsverfahren der einzelnen Vertragsparteien besteht seitens der Kostenträger oder der Mischverbände kein Interesse die Kosten zu trennen. Dadurch entsteht die kuriose Situation, dass der ABVP als einziger Bundesverband, der ausschließlich die Interessen ambulanter Einrichtungen vertritt, stationäre Verfahren anteilig mit bezahlen muss. Ähnliches gilt für Verbände, die vorrangig ambulante Einrichtungen vertreten. Somit werden ambulante Pflegedienste diskriminiert und

trotz naturgemäß niedrigerer Einnahmen in gleichem Umfang an den Kosten der stationären Verfahren beteiligt.

Dieser Missstand könnte durch eine entsprechende gesetzliche Regelung abgestellt werden.

§ 77 (Ambulante Versorgung, ehemals: Häusliche Pflege durch Einzelpersonen) geändert

Eine Einzelpflegekraft kann nur wirksamer und wirtschaftlicher arbeiten, wenn sie im Vergleich zu einem professionellen Pflegedienst billiger ist. Dies kann sie nur sein, wenn sie geringere Anforderungen als ein Pflegedienst erfüllen muss.

Die Regelung stellt die Qualitätsvorgaben hinsichtlich der personellen Mindestausstattung als strukturelles Qualitätsmerkmal der Pflegedienste in Frage und schafft hier Umgehungsmöglichkeiten. Was passiert aber, wenn die Einzelpflegefachkraft kurzzeitig arbeitsunfähig wird? Dass mit der geplanten Regelung, wie die Gesetzesbegründung (S. 164) vorgibt, die Rechte der Pflegebedürftigen gestärkt werden, ist schon durch diese praktische Frage nicht nachvollziehbar. Nicht von ungefähr haben zugelassene Pflegeeinrichtungen neben einer verantwortlichen Pflegefachkraft eine Stellvertretung anzustellen, sowie vielfach einen Qualitätsbeauftragten, einen Hygienebeauftragten sowie weitere Kräfte angestellt, um die sachgerechte Versorgung der Versicherten rund um die Uhr zu gewährleisten.

Dass der Einsatz von Einzelpflegekräften bei der Gründung und Realisierung von Wohngruppen, Wohn- und Hausgemeinschaften wirksamer und wirtschaftlicher sein soll, ist nicht nachzuvollziehen.

Ebenfalls ist nicht nachzuvollziehen, warum durch „gepoolte“ Leistungen zusätzliche Wirtschaftlichkeitsreserven erschlossen werden sollen. Der ABVP verweist an dieser Stelle auf die Ausführungen zu § 36 Absatz 1.

Gerade die Wünsche nach einer Versorgung durch eine Pflegekraft gleichen Geschlechts oder gleicher Religion, Kultur- und Weltanschauung können bereits heute durch zugelassene Pflegedienste vorbildlich berücksichtigt werden. Der Hinweis in der Gesetzesbegründung, dass Einzelpflegekräfte sich besser dazu eignen, auf Bedürfnisse nach gleichgeschlechtlicher Pflege (bereits heute pflegen in Pflegediensten überwiegend Frauen weibliche Pflegebedürftige) bzw. Religion, Kultur und Weltanschauung Rücksicht zu nehmen, ist nicht nachvollziehbar.

Die geplante Regelung ist anfällig für Missbrauch und nicht vereinbar mit den Qualitätsmaßstäben. Es wird zwar verlautbart, dass die Einzelpflegekraft Qualität erbringen solle; die Inhalte hinsichtlich Umfang, Qualität, Qualitätssicherung, Vergütung sowie Prüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit werden jedoch von den Vertragspartnern festgelegt. **Der Hinweis in der Gesetzesbegründung, die §§ 112 ff. entsprechend anzuwenden, fehlt im Gesetzesentwurf.**

Des Weiteren sieht der ABVP die Gefahr von Scheinselbständigkeiten, fehlendem arbeitsrechtlichem Schutz und Preis-Dumping.

Der ABVP warnt davor, dass Pflegepersonen zu Einzelpflegekräften mutieren, um den erhöhten Sachleistungsbetrag abrechnen zu können. Letztlich besteht die Gefahr, dass durch die Regelung ein Rechtsanspruch vieler Pflegegeldempfänger auf Umwandlung von Pflegegeld in –sachleistung geschaffen wird.

§ 87 a Absatz 4 (Berechnung und Zahlung des Heimentgelts) neu

Der Gesetzesbegründung ist zu entnehmen, dass die Regelung insofern für ambulante Pflegedienste nicht in Betracht kommt, als dass Pflegedienste typischerweise bzw. häufig

nur einen Teil des insgesamt erforderlichen Versorgungs- und Betreuungsaufwandes erbringen und überdies regelmäßig eine begleitende ambulante Rehabilitation stattfindet, so dass ein Erfolg nur schwerlich allein oder auch überwiegend den Anstrengungen des Pflegedienstes zugeordnet werden kann.

Der ABVP weist darauf hin, dass es viele Pflegedienste gibt, die den gesamten Betreuungs- und Versorgungsaufwand leisten. Für diese Dienste, bei denen der Nachweis erbracht werden kann, dass der Erfolg überwiegend dem Pflegedienst zuzuordnen ist, sollten diese ambulanten Pflegedienste den stationären Einrichtungen gleichgestellt sein, anderenfalls liegt eine deutliche Ungleichbehandlung vor.

§ 89 (Grundsätze für die Vergütungsregelung) geändert

Wie bereits in § 36 Absatz 1 dargelegt, ist nicht nachvollziehbar, welche Zeit- und Kostenersparnisse sich aus einer gemeinsamen Leistungsanspruchnahme ergeben, die dem Pflegebedürftigen zugute kommen können. Allenfalls in der hauswirtschaftlichen Versorgung sind Synergieeffekte denkbar.

Hinsichtlich des Einzugsbereichs wird auf die Ausführungen zu § 72 Absatz 3 verwiesen.

Die Vereinbarung von Vergütungen für Betreuungsleistungen wird grundsätzlich begrüßt.

§ 92c (Pflegestützpunkte) neu

Der ABVP spricht sich gegen die Implementierung von Pflegestützpunkten aus.

Alternativ dazu werden die Kassen aufgefordert, der seit Beginn des Pflegeversicherungsgesetzes bestehenden Beratungspflicht gem. §§ 7 und 12 verstärkt nachzukommen.

Die Gefahr einer Wettbewerbsverzerrung ist in hohem Maße gegeben. Nicht einmal ein Betreiben durch kommunale Einrichtungen kann einen fairen Wettbewerb gewährleisten. An dieser Stelle sei auf die so genannten Ambulante Hilfe-Zentren (AHZs) in Rheinland-Pfalz verwiesen, die mit öffentlichen Mitteln gefördert wurden. Letztlich wurde festgestellt, dass diese Konstruktion gegen das Grundgesetz verstößt, weil sie die nicht geförderten Einrichtungen in wettbewerbswidriger Weise beeinträchtigt hat. Analog den Pflegebegleitern ist die Neutralität anzuzweifeln, wenn wie in der Gesetzesbegründung angegeben, davon ausgegangen wird, dass die Kosten- und Leistungsträger kompetente Mitarbeiter in die Pflegestützpunkte entsenden, um die Aufgaben dort zu bewältigen.

Nach dem angekündigten Schlüssel ist mit ca. 4.000 Stützpunkten zu rechnen. Der ABVP hält den zu erwartenden Nutzen im Verhältnis zu den zu erwartenden Kosten für nicht vertretbar. Insoweit weist er darauf hin, dass der Referentenentwurf einer Kalkulation für den Dauerbetrieb von Pflegestützpunkten entbehrt; so wird im Abschnitt C Finanzielle Auswirkungen behauptet, dass durch die Schaffung von Pflegestützpunkten keine zusätzlichen Kosten entstehen, da in diesen Aufgaben erledigt werden, die sonst beim jeweiligen Leistungsträger anfallen würden. Der Begründung auf Seite 183 ist hingegen zu entnehmen, dass lediglich die Anlaufkosten eines Pflegestützpunktes mit bis zu 45.000 Euro unterstützt werden. Personalkosten und offenbar auch sämtliche weitere Kosten wie Mietverpflichtungen und Ausstattung des Pflegestützpunktes sind entweder den laufenden Aufwendungen zuzuordnen, oder im Falle des Personals den Pflegebegleitern zuzuordnen, die nach den Regelungen des § 7a finanziert werden.

Dieses Geld, das hier in strukturelle Veränderungen und Bürokratie gesteckt wird, sollte unmittelbar der Pflege am Menschen zu Gute kommen.

§ 92d (Erprobung persönlicher Budgets im Rahmen der wohnortnahen Versorgung) neu

Der ABVP verweist auf seine Stellungnahme zum persönlichen Budget. Bemerkenswert ist, dass ein über vier Jahre erprobtes Modell weitere fünf Jahre erprobt werden soll. So stellt sich die Frage nach den Opportunitätskosten des Modellversuchs.

§ 113 (Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität) geändert

Der ABVP begrüßt, dass die Festlegung der Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität den Verbänden und Organisationen der Selbstverwaltung überlassen bleibt. Es ist zweckmäßig, dass diese Inhalte von den Vertragspartnern nach §§ 75 und 89 festgelegt werden, da sie untrennbar mit den vertraglichen Regelungen über Struktur und Vergütung zusammenhängen. Eine einseitige Festlegung dieser Inhalte hätte sich in Widerspruch zu den vertraglichen Vereinbarungen insbesondere in den Bundesländern gesetzt. Vor allem die Regelung nach Absatz 1 Ziffer 4 über die Art der Veröffentlichung der Prüfergebnisse des MDK ist erfreulich. Wozu einseitige Veröffentlichungen und Festlegungen führen können, hat die problematische Berichterstattung der Veröffentlichung des 2. MDS-Berichtes nach § 118 Abs. 4 „Qualität in der ambulanten und stationären Pflege“ gezeigt.

§ 113a (Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege) neu

Der ABVP befürwortet die Neuregelung. Expertenstandards werden erst durch dieses Verfahren legitimiert. Es ist auch insofern schlüssig, die inhaltlichen Festlegungen den Verbänden auf Bundesebene zu überlassen, da diese auch für die vertragliche Umsetzung der Leistungen verantwortlich sind. Der ABVP kündigt in seiner Stellungnahme seine aktive Mitarbeit an.

§ 113b (Schiedsstelle Qualitätssicherung) neu

Der ABVP nimmt die Regelung erfreut zur Kenntnis, dass jede Vertragspartei oder das BMG die Schiedsstelle nach § 113b anrufen kann, soweit Vereinbarungen nach Absatz 1 bis zum 31. März 2009 nicht ganz oder teilweise zustande gekommen sind.

Unter Hinweis darauf, dass in der Praxis immer wieder Schwierigkeiten bei der Kostentragung der Schiedsstelle entstehen, schlägt der ABVP vor, folgenden § 113c einzufügen:

§ 113 c einzufügen (neu)

„Die nach §§ 113 – 113b entstehenden Kosten sind Verwaltungskosten, die vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen getragen werden. Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflegepflichtversicherung durchführen, beteiligen sich mit einem Anteil von 10 von 100 an den Aufwendungen nach Satz 1.“

Der ABVP hält diese Regelung für systemkonform, da sie sowohl die Entwicklung der Qualitätsstandards als auch sich daraus ergebende Streitigkeiten Bestandteil der Verwaltungskosten der Pflegekasse sind.

§ 114a (Durchführung von Qualitätsprüfungen) neu

Grundsätzlich ist das Anliegen unangemeldeter Prüfungen insbesondere im stationären Bereich verständlich. Im Gegensatz zum stationären Bereich sind unangemeldete Prüfungen im ambulanten Bereich jedoch kaum praktikabel. Eine Vorlaufzeit zur Organisation der Prüfungsdurchführung muss gewährleistet werden, um den reibungslosen Ablauf des Betriebs sicherstellen zu können. Das Personal auf Tour ist für den MDK schließlich nicht greifbar. Das gleiche gilt im Übrigen für die Patienten. (Inhaber ist nicht da, Akten sind unter Verschluss). Im ambulanten Bereich sollten vor diesem Hintergrund unangemeldete Prüfungen auf akute Gefährdungsanlässe beschränkt werden.

Unangemeldete Prüfungen sind auch deshalb problematisch, weil eine Beteiligung der Verbandsvertreter nach Abs. 4 vielfach nicht möglich sein wird. Deshalb wird für eine regelgerechte Prüfung eine Anmeldefrist von 14 Tagen angemessen sein, um das Beteiligungsrecht der Verbände faktisch nicht zu unterlaufen. Zu verweisen ist an dieser Stelle auf das vorbildliche Verfahren in Thüringen, nach dem Prüfungen 14 Tage vorher angekündigt werden. Dies führt zu gut vorbereiteten und zügigen und somit wirtschaftlichen Prüfungsabläufen.

Um den Arbeitnehmer zu schützen, sollte dieser vor einer Befragung und vor der Erklärung des Einvernehmens zur Befragung darauf hingewiesen werden, dass seine Antworten Bestandteil des MDK-Prüfberichts werden.

§ 115 (Ergebnisse von Qualitätsprüfungen) geändert

Der ABVP hält es für wichtig, dass die verschiedenen Institutionen an der Erstellung der Kriterien zur Veröffentlichung der Ergebnisse von Qualitätsprüfungen beteiligt werden. Zur Begründung wird auf die Stellungnahme zu § 113 verwiesen (Veröffentlichung von MDK-Berichten).

Artikel 5: Änderungen im SGB V

§ 63 Absatz 3b neu

Der ABVP begrüßt ausdrücklich die Einbeziehung von den im Krankenpflegegesetz geregelten Berufen, die im Rahmen von Modellvorhaben die Verordnung von Verbandsmitteln und Pflegehilfsmitteln sowie die inhaltliche Ausgestaltung der häuslichen Krankenpflege einschließlich deren Dauer erproben können.