

## **Stellungnahme zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz vom 07.12.2007**

Das Deutsche Rote Kreuz begrüßt ausdrücklich die strukturelle Weiterentwicklung des Pflegeversicherungsgesetzes und hier die Stärkung der ambulanten Versorgung, die Entlastung von pflegenden Angehörigen, die Erweiterung der Leistungsmöglichkeiten für demenziell Erkrankte sowie einzelne Verfahrensfragen. Darüber hinaus enthält der Regierungsentwurf aber auch aus Sicht des DRK kritische Regelungen, denen wir nicht oder nur eingeschränkt zustimmen können.

Im Einzelnen nehmen wir zu Schwerpunkten wie folgt Stellung:

### **1. Stärkung der ambulanten Versorgung - Pflegestützpunkt , Pflegeberatung, flexible Angebotsgestaltung - Einzelpflegekräfte**

---

#### **1.1. Steuerung des Leistungsgeschehens – Pflegestützpunkte ( §§ 12, 92 c)**

Der immer stärker werdende Vernetzungsbedarf der unterschiedlichen und im Einzelfall in Frage kommenden Leistungen ist unstrittig. Durch die Abnahme von Familienpflege einerseits und Ausdifferenzierung von Leistungsangeboten und –anbietern andererseits sind wohnortnahe Beratungs- und Unterstützungsangebote inzwischen unerlässlich, um die individuell richtigen Leistungspakete zusammenstellen zu können. Die Begründung zum Gesetzesentwurf sagt aus, dass damit die „starrten Grenzen zwischen der sozialen und privaten Pflegeversicherung, der offenen örtlichen Altenhilfe, der Hilfe zur Pflege“ nach dem SGB XII „sowie der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung gemeinsam zu überwinden, um im Rahmen eines umfassenden Versorgungs- und Betreuungskonzeptes eine verbesserte Zusammenarbeit zu fördern“ sind. Dieses Ziel kann man nur uneingeschränkt unterstützen. Die Frage ist jedoch, ob die im Gesetzesentwurf vorgeschlagenen strukturellen Lösungen der geeignete Weg zur Erreichung dieses Ziels sind.

Erfolgreiche Vernetzung von lokalen Angeboten und Anbietern geht von gleichberechtigtem Wirken aus. Da die Funktion des Pflegeberaters im Rahmen des Pflegestützpunktes aber die Information, Beratung, Planung, Veranlassung der Maßnahme und Kontrolle (vergl. dazu auch 1.2.) umfasst, kann es hier nur um – hoffentlich – erfolgreiche Vermittlung anderer Leistungsangebote gehen, kaum aber um Vernetzung. Für die Vermittlung weiterer Leistungen braucht es aber keine zusätzliche Struktur, sondern die für alle vor Ort bekannte und transparente Darstellung von Leistungen und den erklärten Willen aller Beteiligten, i.S. des Betroffenen zu kooperieren.

Vernetzung dagegen ist eine andere Qualität. Sie bedeutet das Umsetzen gemeinsamer Zieldefinitionen, Planungen, Entwicklungsvorhaben und das aktive Überwinden der jeweils eigenen Organisationsgrenzen. Dies geschieht erfolgreich auf Basis der Einsicht und setzt Gleichberechtigung voraus. Hier aber sollen sich zwei Sozialleistungsträger ureigenste Aufgaben der kommunalen Hilfeplanung aneignen, ein Bereich, in dem die Kranken- und Pflegekassen bislang keinen Handlungsbedarf zur Mitwirkung sahen.

Wie der Regierungsentwurf vorsieht, sollen Pflegestützpunkte eingerichtet und dort Pflegeberaterinnen/Pflegeberater angesiedelt werden. Träger dieser Pflegestützpunkte und Anstellungsträger der Pflegeberaterinnen wären die Pflegekassen und Krankenkassen. Neben den zu erwartenden Synergieeffekten wie beispielsweise bei der Bewilligung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen ist jedoch zu befürchten, dass mit der Zentralisierung der Ermittlung des Hilfebedarfes und gleichzeitiger Leistungsgewährung die bisherige wettbewerbsneutrale Marktsteuerung aufgehoben wird.

Die Pflegekassen haben die Kompetenzen für einen Teil der Altenpflege (Teilkaskoprinzip des SGB XI), die wiederum Bestandteil der Altenhilfe ist. Seit langem laufen Bemühungen darum, den Fokus wieder zu erweitern und sich nicht ausschließlich auf die SGB XI Fragen zu reduzieren. Daher wäre eine Anbindung der Pflegestützpunkte an die Pflegekassen/Krankenkassen widersinnig.

Den Pflegekassen/Krankenkassen wird die Verantwortung für das Funktionieren eines Systems aufgetragen, auf das sie nur bedingt Einfluss nehmen können (Auszug Begründung: „ Die Pflege- und Krankenkassen haben die Initiative zur gemeinsamen

Errichtung von Pflegestützpunkten zu ergreifen. Sie haben konsequent und zu jedem Zeitpunkt des Aufbaus und Betreibens des neuen und umfassenden Versorgungssystems dafür zu sorgen, dass sich die nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der örtlichen Altenhilfe als Teil der örtlichen Daseinsvorsorge und die für die Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch zu bestimmenden Stellen an den Pflegestützpunkten beteiligen, um damit die Verzahnung der unterschiedlichen Hilfsangebote und die Versorgung in den Wohnquartieren nachhaltig zu verbessern.“).

Wenn die lokalen Akteure gemeinsam ihr Leistungsgeschehen zum Wohle des Pflegebedürftigen abstimmen und gleichzeitig aktiv an der Weiterentwicklung arbeiten sollen, dann kann eine Institution vor Ort, bei der auch das Fallmanagement angesiedelt werden soll, nur in gemeinsamer Trägerschaft sein – vergl. dazu auch § 8 Abs. 2 SGB XI (gemeinsame Verantwortung). Die Formulierung im Gesetzesentwurf in Abs. 1 Satz 4 ist dafür zu vage „Die Pflegekassen haben jederzeit darauf hinzuwirken, dass sich insbesondere die ..... an den Verträgen nach Satz 1 beteiligen.“ Die verwendete Begrifflichkeit „Kosten- und Leistungsträger“ ist geeignet, Unklarheiten zu verstärken, da sich die Pflegekassen bislang als „Sozialleistungsträger“ verstanden, die Pflegedienste und -einrichtungen dagegen als „Leistungserbringer“ oder „Leistungsanbieter“.

Wäre aber die vorgesehene Regelung so gemeint, dass die Initialzündung durch die Pflegekassen gesetzt werden soll, es aber sonst ein Geschehen unter **gleichberechtigten Vertragspartnern** im Sinne einer gemeinsamer Trägerschaft würde, dann in der Tat könnte dies ein Fortschritt werden, insbesondere dann, wenn die Pflegeberater in gemeinsamer Trägerschaft der Pflegestützpunkte angestellt würden und sich zudem noch als Case-Manager/in qualifiziert hätten.

Daher plädiert das DRK dafür, dass sich die gemeinsame Verantwortung für die qualifizierte Information, Beratung, Planung niederschlägt in der Möglichkeit einer gleichberechtigten Trägerschaften aus Pflegekassen, Krankenkassen, Kommunen und Leistungserbringern .

Um den Rechtsansprüchen des Versicherten zu entsprechen, halten wir es für wichtig, die Pflegeberatung von der Bewilligung der Leistungen dabei personell und organisatorisch zu trennen.

Im Zusammenhang mit der integrierten Versorgung erwähnt ist es wesentlich, die niedergelassenen Ärzte und die Krankenhäuser bei dieser Koordinierungsaufgabe einzubeziehen.

Das DRK plädiert zudem für eindeutige Verfahrensregelungen hinsichtlich

- der Qualitätssicherung der Pflegestützpunkte und der einzusetzenden Pflegeberatung
- der Zusammenarbeit mit der Agentur für Arbeit bzgl. der Bereitstellung und Qualifizierung von Kräften –
- der Vermeidung möglicher Parallelstrukturen.

## **1. 2. Fallmanagement – Pflegeberater ( §§ 7a, 12)**

Die Einführung der Pflegeberatung als individueller Rechtsanspruch Pflegebedürftiger durch einen Pflegeberater ist grundsätzlich positiv zu bewerten, jedoch ist die international anerkannte Begrifflichkeit Case-Manager aus unserer Sicht zu bevorzugen, zumal damit auch die Möglichkeit gegeben wäre, die Stützpunkte durch freiberufliche unabhängige Case-Manager zu besetzen, ebenso wäre damit das Anforderungsprofil eindeutig.

Dem Pflegeberater wird im Gesetzesentwurf eine herausgehobene Macht- und Steuerungsposition zugewiesen, wie es bislang in der Sozial- und Gesundheitsgesetzgebung nicht vorgesehen ist. Er erfasst und analysiert den Hilfebedarf, erstellt einen individuellen, umfassenden Versorgungsplan, entscheidet über die Einleitung von Maßnahmen für Patienten (nimmt damit Einfluss auf die Existenz von Leistungsanbietern), überwacht die Durchführung des Versorgungsplans, passt ihn ggf. an und wertet den Hilfeprozess aus.

Gerade deshalb lehnen wir die alleinige Verortung und Anstellung des Pflegeberaters bei den Pflegekassen/Krankenkassen ab, da der Pflegeberater im Interesse des pflegebedürftigen Menschen handeln muss. Der Pflegeberater darf ausschließlich die Aufgabe haben, die Hilfeversorgung für den Betroffenen unter Gesichtspunkten der Lebensqualität zu optimieren, nicht jedoch als Umsetzung eines Kostenmanagements. Der Pflegeberater (als Case-Manager) sollte daher bei einer neutralen Stelle oder – wie ausgeführt - in einer gemeinsamen Trägerschaft angebunden werden. Als Modell könnten die in einigen Ländern bereits bestehenden, zum Teil über Landes-

mittel, zum Teil über Eigenmittel der Verbände geförderten und finanzierten Beratungsstellen dienen.

Für die Pflegestützpunkte als auch den Einsatz von Pflegeberater/innen sollen allein für die Anlaufkosten für drei Jahre 80 Millionen Euro aus dem Ausgleichsfonds zu Verfügung gestellt werden.

Dies ist nur akzeptabel, wenn es eine transparente Qualitätskontrolle der Pflegeberatung bezogen auf Wirksamkeit und Übereinstimmung mit Fachnormen gibt und ein deutlicher Mehrwert für die Versicherten entsteht.

Ungeklärt sind nach unserer Einschätzung z.B.

- Qualifikation der Pflegeberater – genannt sind Kompetenzen der Pflege und des Sozialversicherungsrechts (in der Begründung ist erwähnt, dass nicht mehr benötigtes Personal aufgrund der Verwaltungsreform (der Kranken- und Pflegekassen) hier eingesetzt werden kann.
- das Verhältnis von Planungsempfehlungen des MDK, Versorgungsplan des Pflegebegleiters und Planung des Leistungserbringers.
- Fragen zum Datenschutz, die Mitarbeiter bekommen ein umfassendes Bild vom Hilfebedürftigen (SGB V, XI, XII) und Lebenssituationen
- Steuerung von Leistungen für Selbstzahler - Frage der Zulässigkeit unter wettbewerbsrechtlichen Gesichtspunkten
- Leistungsumfang 100 Personen pro Pflegeberater – kann dabei der Anspruch nach vernetztem Leistungsgeschehen im Einzelfall realisiert werden?

### **1.3. Flexible Angebotsgestaltung (vergl. §§ 36, 77, 89) - Einzelpflegekräfte, Poolbildung**

Die Ausweitung des Einsatzes von Einzelkräften ist zur Deckung regionaler Unterversorgung zu begrüßen, wenn Sie **in besonderem Maße hilft**, ein möglichst **selbstständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen**, was insbesondere für Behinderte gelten dürfte. Im Zusammenhang mit alternativen Wohnformen oder mit der Umsetzung des persönlichen Budgets kann – regional unterschiedlich – diese Regelung hilfreich sein.

Im Sinne der Versorgungssicherheit bei Einsatz von Einzelkräften muss es Regelungen für Urlaub und Krankheit geben, die sicherstellen, dass der Koordinations-

aufwand für den die Pflegebedürftigen bzw. die pflegenden Angehörigen oder Pflegeberater nicht steigt.

Durch das Poolen, sollen ebenfalls Wirtschaftlichkeitsreserven erschlossen werden – vergl. dazu Begründung zu § 77 ... „Darüber hinaus erleichtert die Regelung den Einsatz von Einzelpflegekräften für mehrere Pflegebedürftige, um durch aufeinander abgestimmte („gepoolte“) Einsätze zusätzliche Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen“.

Ebenso sieht die Neufassung des § 89 Abs. 3 vor, dass Poolen im Zusammenhang mit Pflegediensten bei der Berechnung der Vergütung berücksichtigt werden muss (vermutete Wirtschaftlichkeitsreserven werden in der Begründung dazu erwähnt) , die Zeitersparnis soll im Sinne von Betreuung wieder eingesetzt werden. Entsprechend ist vorgesehen für die Betreuungsleistungen Vergütungen nach § 36 zu vereinbaren. Letzteres macht grundsätzlich Sinn, es wird jedoch verkannt, dass

- a) eine Teilkaskoversicherung wie das SGB XI keine finanziellen Spielräume zulässt, weitere, in diesem Gesetz nicht formulierte Leistungen abzudecken
- b) bereits in einigen Landesvereinbarungen zu Vergütungen auf die Zeitersparnis durch Einsätze in räumlicher Nähe eingegangen wird (Reduzierung der Hausbesuchspauschale, Halbierung der Fahrtkosten etc.) ,
- c) die Träger von Pflegediensten in den vergangenen Jahren besagte Wirtschaftlichkeitsreserven – soweit vorhanden – erschlossen haben, es solche aber mittlerweile nicht mehr gibt
- d) die Entwicklung in der ambulanten Pflege dazu führt, dass die Verdienstmöglichkeiten für den einzelnen Mitarbeiter verringert wurden ( erfolgte Prüfung zum Ausstieg aus dem Tarifvertrag )
- e) die Einsatz- und Tourenplanung in der Regel eine knapp bemessene Hausbesuchszeit vorgibt, die keine weiteren Spielräume zulässt.
- f) die vereinbarten Vergütungen lt. Gesetz wirtschaftlich sein müssen.

Daher entsteht die Frage, ob es beim „Poolen“ von Leistungen wirklich noch zu Zeit- und Kostenersparnissen kommen wird oder ob nicht vielmehr damit eine Entwicklung der abzusenkenden Vergütungssätze eingeleitet werden soll. Ebenso wird die Möglichkeit eines **besonders wirksamen und wirtschaftlichen** Einsatzes von Ein-

zelpflegekräften, wie es die Neuformulierung des § 77 Abs. 2 vorsieht, vom DRK nicht gesehen. Wir haben die Besorgnis, dass zukünftig vermehrt gering qualifizierte Kräfte zu Dumping-Löhnen zum Einsatz kommen

Im Gesetzentwurf ist an vielen Stellen der deutliche Wille erkennbar die Leistungsqualität in der Pflege, Betreuung und Versorgung nach dem SGB XI stärker als bisher zu definieren, zu kontrollieren und verpflichtend zu veröffentlichen. Dem gegenüber soll nun die Möglichkeit eingeräumt werden, mit unbegrenzt vielen Einzelpflegekräften jegliche Leistungsqualität zu jeglichen Preisen zu vereinbaren. Verbindliche gesetzliche Regelungen (z.B. Anwendung von §§ 112 ff oder die Anwendung des novellierten § 72 Abs.32 (ortsüblichen Vergütung)) werden für diese Personengruppe nicht getroffen. Dieser Widerspruch ist nicht nachvollziehbar.

## **2. Unterstützung pflegender Angehöriger und Förderung des bürgerschaftlichen Engagements –vergl Pflegezeitgesetz – PflegeZG, §§ 44a, 45 d, 82 b**

---

Die Schaffung des Pflegezeitgesetzes (PflegeZG) mit der Einführung der „kurzzeitigen Arbeitsverhinderung“ und einer „Pflegezeit“ für Angehörige führt zu einer Verbesserung der Vereinbarkeit von Beruf und familiärer Pflege. Dies ist uneingeschränkt positiv zu sehen. Damit wird die häusliche Pflege durch Angehörige gestärkt und dem Wunsch vieler Pflegebedürftiger entsprochen, solange wie möglich in ihrer vertrauten häuslichen Umgebung durch Angehörige versorgt zu werden.

Ebenso führen die zusätzlichen Leistungen bei Pflegezeit grundsätzlich zu einer verbesserten Absicherung der pflegenden Angehörigen. Diese Regelung kann man als guten Einstieg betrachten. Bedauerlich ist, dass im Gegensatz zum Referentenentwurf der Gesetzesentwurf nicht mehr die finanzielle Absicherung der kurzzeitigen Arbeitsverhinderung (10 Tage) enthält und insbesondere auch keine finanzielle Absicherung der Pflegezeit (Freistellung bis zu 6 Monaten) vorgesehen ist. Damit wird der Personenkreis für die Inanspruchnahme auf diejenigen reduziert, die sich den unbezahlten Pflegeurlaub finanziell leisten können.

Für die Freistellung von 10 Tagen und bis zu 6 Monaten werden Regelungen analog der Elternzeit notwendig sein, wenn die Familienpflege gestärkt werden soll. Letzteres ist in Anbetracht des zunehmenden Pflegekräftemangels unumgänglich.

Zusätzlich hält das DRK Arbeitszeitregelungen für notwendig, die es möglich machen, dass Angehörige im Alltag flexibel die Anforderungen von Pflege erfüllen können.

Das DRK begrüßt die Stärkung von ehrenamtlichen Strukturen und bürgerschaftlichem Engagement für Personen mit erheblichem Betreuungsaufwand. Es fehlt aber weiterhin eine Förderung des bürgerschaftlichen Engagements für pflegebedürftige Menschen allgemein. Der Auf- und Ausbau dieser Angebote dient der notwendigen Entlastung von pflegenden Angehörigen bzw. der Kompensation fehlender privater Netzwerke und dem längeren Verbleib in der eigenen Häuslichkeit für die Pflegenden. Wir begrüßen es, dass Aufwendungen für Schulungen etc. refinanziert werden sollen. Diese Aufwendungen sollten möglichst aber nicht auf den Pflegesatz geschlagen werden, da dies Wettbewerbsauswirkungen hat. Eine Finanzierung aus einem Fond ist sinnvoller und wettbewerbsneutral.

### **3. Finanzieller Rahmen (vergl. §§ 30, 36-43, 45ff)**

---

#### **3.1. Finanzierungskonzept**

Die vom DRK in den vergangenen Jahren geforderte Leistungsdynamisierung (§ 30) findet sich nun im Gesetz wieder. Die Höhe der Dynamisierung ist jedoch zu gering, um die Inflationsrate auszugleichen und damit die Erosion der Gehälter insbesondere des für einen hohen Qualitätsstandard so dringend benötigten Fachpersonals aufzuhalten. Daher vertritt das DRK die Ansicht, dass die Dynamisierung der Leistungen – an Stelle der Anhebung um Festbeträge - um einen angemessenen Prozentsatz bereits jetzt erfolgen und in kürzeren zeitlichen Intervallen (als ab 2014 vorgesehen) fortgeschrieben werden muss.

Das zugrunde liegende Finanzierungskonzept ist aus unserer Sicht insgesamt nicht nachhaltig. Wir glauben nicht, dass mit der geplanten Beitragssatzerhöhung von 0,25 % die vorgesehenen Leistungen und Strukturen ausreichend zu finanzieren sind. Ebenso finden wir keinen Hinweis auf die Absicherung dieser Leistungssäule unter Demographiegesichtspunkten.

Es fällt auf, dass die finanziellen Konsequenzen, z.B. prognostizierte Beitragsausfälle bei den Sozialversicherungen, Mehraufwendungen, Steuerminderungen bis ein-



schließlich 2009 hochgerechnet werden, nur zum geringen Teil darüber hinausgehend. Wir bewerten das so, dass spätestens dann ein nachhaltiges Finanzierungskonzept für die soziale Pflegeversicherung als weitere Reform notwendig wird.

### **3.2. Leistungen für demenziell Erkrankte**

Das DRK begrüßt, dass nun auch Personen, die nicht in eine Pflegestufe eingruppiert sind, aber dennoch durch z.B. demenzbedingte Fähigkeitsstörungen erhebliche Einschränkungen der Alltagskompetenz haben, Leistungen erhalten.

Die Anhebung der zusätzlichen Betreuungsleistungen für Personen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf von 460 Euro auf bis zu 2400 Euro pro Kalenderjahr ist ein wichtiger Schritt. Das DRK hält die vom Bundesrat vorgeschlagene Änderung, Verzicht auf Einzelfallprüfungen durch den MDK bzgl. der Höhe des Betreuungsgeldes, für dringend geboten. Eine Begutachtung durch den MDK zur Feststellung einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz für die Gewährung einer zusätzlichen Betreuungsleistung hält das DRK jedoch vorübergehend bis Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes für sinnvoll. Als Ergebnis sollte nur eine Anerkennung oder Ablehnung, nicht jedoch ein gestuftes Verfahren der Leistungsgewährung (bis 200 €) hinterlegt werden.

Auch die Neuerung, dass künftig eine Kostenerstattung auch bei Inanspruchnahme niedrigschwelliger Betreuungsangebote möglich ist, die nicht nach Landesrecht anerkannten niedrigschwelligen Betreuungsangeboten gem. § 45 b Abs. 1-4 entsprechen, wird begrüßt. Der Beibehaltung der bisherigen Regelung, nicht verwendete Mittel in das nächste Haushaltjahr übertragen zu können, stimmen wir ebenfalls zu, damit wird die Flexibilität erhöht.

Die vom Bundesrat vorgeschlagene Anhebung des Fördervolumens auf 25 Mio. Euro je Kalenderjahr zum Auf- und Ausbau von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten und zur Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen ist positiv zu sehen, da durch die Ausweitung des leistungsberechtigten Personenkreises und durch die Erweiterung des Gesetzes um den § 45 d SGB XI zusätzliche Mittel benötigt werden.

Die Beratungsbesuche auch für Menschen mit eingeschränkten Alltagskompetenzen, die noch keine Pflegestufe haben, einzuführen, bewerten wir positiv.

Eine Zulassung von niedrigschwelligen Angeboten, die nicht die landesrechtlichen Voraussetzungen erfüllen, durch Pflegestützpunkte, lehnt das DRK ab. Die grundsätzlichen Zulassungsbedingungen sind ausreichend und qualitativ gesichert.

### **3.3. Ambulant**

Das Prinzip der verpflichtend in Anspruch zu nehmenden Beratungen bei Bezug von Pflegegeld gilt seit Beginn des Pflegeversicherungsgesetzes und ist sinnvoll. Bislang war unstrittig (zwischen Kassen und Leistungserbringer), dass die Beratungsbesuche durch Kräfte mit hoher Fachqualifikation durchzuführen sind. Dem haben die im SGB XI festgelegten Vergütungssätze nie entsprochen. Auch die nun erfolgte Anhebung dieser Sätze deckt die entstehenden Kosten nicht.

Die Anerkennung neutraler Beratungsstellen als gleichwertig ist angemessen. Die Vorgabe jedoch, dass die Pflegeberater (Erstberatung, Bewilligung, Überprüfung und dann noch Beratung) den Beratungsbesuch übernehmen können, schränkt die Möglichkeiten der Pflegebedürftigen ein, bzw. erhöht deren Abhängigkeit von einer Person. Dieser Regelung kann nicht zugestimmt werden.

Sie würde dann Sinn machen, wenn die Pflegeberater in einer neutralen Beratungsstelle angesiedelt wären und der Steuerungsanspruch der Pflegekassen sich reduzieren würde auf die SGB XI-Anteile.

Die Anhebung der Sätze für Sachleistungen, der Vergütung der selbstbeschafften Pflegekraft und des Pflegegeldes ist dringend erforderlich. Wobei die Höhe der Anhebung in den genannten Bereichen die bisherigen Inflationsraten nicht auffangen wird. Für Pflegestufe III sind im Sachleistungsbereich weiterhin gleich hohe Sätze vorgesehen wie im stationären Bereich. Dies wird den realen Pflegesituationen nicht gerecht.

### **3.4. Stationär**

Auch aus der Sicht des DRK sollte der seit Jahren geltende Grundsatz „ambulant vor stationär“ stärker umgesetzt werden. Dennoch wurde die Diskussion der vergangenen Jahre auch wegen der Erwartung, die stationären Leistungen zu Gunsten der ambulanten abzubauen mit Interesse und Besorgnis verfolgt. Das DRK begrüßt, dass diesen Vorschlägen nicht gefolgt wurde und die Stufe III in der Finanzierung auch ausgebaut wurde. Das Einfrieren der Vergütungen für die Pflegestufen I und II stellt aus unserer Sicht aber keine verbesserte Steuerung in Richtung "ambulant" dar, son-

dert es verschlechtert nur die Finanzierung der Pflege und Betreuung für Heimbewohner. Bereits nach dem geltenden Pflegeversicherungsgesetz besteht nur Anspruch auf stationäre Pflege, wenn der MDK dies befürwortet und mithin häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheiten des einzelnen Falls nicht in Betracht kommt.

Wenn sich der Pflegestufenmix im Pflegeheim so verschieben würde, dass dort überwiegend Pflegestufe 3 und Härtefälle versorgt werden, so hätte dies mit hinreichender Wahrscheinlichkeit fatale Auswirkungen auf die Bedingungen der dort Handelnden. In diesem Zusammenhang wird u.a. verwiesen auf den Gesundheitsreport 2004 der DAK/BGW, der differenzierte Aussagen zur Wechselwirkung von Handlungsbedingungen, Gesundheit des Pflegepersonals und Verweildauer der Pflegekräfte in diesem Aufgabenbereich ausweist.

Im Gegenzug dazu, dass bei Pflegestufe I intensiver geprüft werden sollte, ob nicht doch eine häusliche Versorgung möglich ist, wird eine moderate Anhebung für die Pflegestufe II vorgeschlagen.

Der neu eingeführte Satz 7 des § 84 Abs. 2 SGB XI sieht vor, dass bei der Bemessung der Pflegesätze für eine Pflegeeinrichtung die Pflegesätze anderer, vergleichbarer Einrichtungen berücksichtigt werden können.

Preisvergleiche zwischen Einrichtungen sind nach Ansicht des DRK nur dann aussagefähig, wenn Qualitätskriterien einbezogen werden, denn selbst vor dem Hintergrund des Marktpreis-Urteils des Bundessozialgerichtes ist regelmäßig strittig, welche Einrichtungen miteinander verglichen werden können. Die tarifliche Bindung des Heimes bzw. des Trägers sollte als Vergleichsmerkmal berücksichtigt werden und in den Gesetzestext aufgenommen werden.

Gegen einen Vergleich von Pflegeeinrichtungen bestünden prinzipiell keine Einwände, wenn die Einrichtungen, die verglichen werden, auch wirklich vergleichbar sind. In der momentanen Gesetzesfassung erhalten die Pflegekassen aber als gemeinsam marktbeherrschende Unternehmen de facto die Möglichkeit, einseitig Höchstgrenzen für die Vergütungen festzulegen.

Das DRK begrüßt daher die Absicht, die Umsetzung des externen Vergleiches als einvernehmliche Aufgabe der Vertragsparteien vorzusehen und sieht zur Zielerreichung die Notwendigkeit, dieses Einvernehmen auch in den Gesetzestext aufzunehmen.

Der nach § 84 Abs. 2 Satz 6 SGB XI eingefügte Satz könnte lauten: „Bei der Bemessung der Pflegesätze einer Pflegeeinrichtung können auf gemeinsamen Wunsch der Vertragsparteien die Pflegesätze derjenigen Pflegeeinrichtungen, die nach Art, Größe und ihren tariflichen Bindungen bzw. Verpflichtungen sowie hinsichtlich der in § 84 Abs. 5 SGB XI genannten Leistungs- und Qualitätsmerkmale im Wesentlichen gleichartig sind, angemessen berücksichtigt werden.“

Die Veränderung der Bemessungsgrundsätze (§ 84) im stationären Bereich wird positiv bewertet.

In der Vergangenheit wurde den Pflegebedürftigen mit Härtefall eine höhere Finanzierung zugestanden, die Träger durften aber nur (bei erhöhter Leistung) Stufe III in Rechnung stellen. Vertraglich wird nun die vorzuhaltende Personalanzahl festgelegt. Es fehlt jedoch ein anerkanntes Personalbemessungsverfahren. Urlaub, Krankheit etc. sind vorab im Personalschlüssel mit zu vereinbaren.

Die Zuschläge werden als positiv bewertet, da sie auf langjährigen Forderungen beruhen.

#### **4. Qualität (vergl. §§ 7, 71, 74, 112 – 115) - Qualität, Qualitätsprüfung, Transparenz**

---

Positiv ist die Regelung für die Pflegefachkraft eine Weiterbildung mit 460 Std. gesetzlich festzuschreiben und damit Handlungssicherheiten zu schaffen.

Für problematisch halten wir die Vorgabe in § 71 Abs. 3, nach der verantwortliche Pflegefachkräfte innerhalb der letzten fünf Jahre zwei in ihrem Ausbildungsberuf gearbeitet haben. Das könnte z.B. beim Krankenpfleger als adäquaten Einsatzort das Krankenhaus bedeuten damit ist noch nicht die Grundqualifikation für eine leitende Funktion in der ambulanten Pflege gegeben. Nach unserer Einschätzung reichen

zudem zwei Jahre Berufshandeln in der Pflege i.d.R. nicht aus, um die Qualität für eine verantwortliche Pflegefachkraft mit leitender Funktion zu entwickeln.

Die Regelungen zur Qualitätsverantwortung in §§ 112 ff werden vom DRK grundsätzlich begrüßt. Bemerkenswert ist, dass erstmalig auf die in § 113a näher geregelten Expertenstandards verwiesen wird. Dies entspricht vom Grundsatz her dem Leitliniengedanken im SGB V.

Die Veröffentlichung von Ergebnisqualität wird vom DRK grundsätzlich für richtig gehalten, jedoch gibt es derzeit keine wissenschaftlich evaluierten Ergebniskriterien. Die veröffentlichten Daten dürfen nicht strittig sein, da die Existenz von Einrichtungen durch fehlerhafte Begutachtungen gefährdet werden kann. Aus der Sicht des DRK kann daher die gewünschte und in jüngster Zeit immer wieder in der Öffentlichkeit genannte Forderung nach Veröffentlichung der Prüfberichte des MDK nicht kritiklos hingenommen werden.

Das DRK möchte eine verbraucherfreundliche Darstellung der Qualität der Einrichtungen und Dienste erreichen. Dies sowohl mit allen gängigen Strukturmerkmalen, aber auch mit messbaren Kriterien, die Aussagen über die Pflege- und Lebensqualität zulassen. Die Prüfberichte in der gegenwärtigen – nicht bundeseinheitlichen – Form hält das DRK nicht für verbraucherfreundlich, da diese für Laien aufgrund der Terminologie schwer verständlich sind. Weiterhin enthalten sie kaum vergleichbare Aussagen und sind nicht nach Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität differenziert. Trotz des Transparenzgebotes sollten Berichte in angemessener Form für den Laien verständlich aufbereitet werden und daher nur die zentralen Ergebnisse berücksichtigen. Die Vorgabe in § 113, die Anforderungen an zu veröffentlichende Berichte gemeinsam auszuhandeln, halten wir daher für richtig.

Diesem Aushandlungsprozess wird gewissermaßen vorgegriffen, in dem in § 114, Abs. 2 der Prüfumfang für den MDK beschrieben wird. Diese Beschreibung bedarf einer Konkretisierung. Zum Beispiel ist die Frage zu klären, was das Gesetz unter zu prüfendem „Ablauf“ versteht. Bezieht sich dies auf das Pflegegeschehen im Zusammenhang z.B. mit den Expertenstandards oder auf die Arbeitsabläufe in der Einrichtung. Letztere zu entwickeln und festzulegen ist Bestandteil unternehmerischen Handelns und liegt von daher in Hoheit des Trägers oder der Einrichtung.

Ebenso halten wir es für falsch, gesetzlich Aussagen zur Notwendigkeit des Aushandelns der Anforderungen an Pflegedokumentation zu machen, dies ist systematisch nicht die richtige Abstraktionsebene. Die Auswahl der geeigneten Instrumente gehört ebenfalls in die Trägerhoheit; dies muss nicht gesondert im Gesetz verankert werden, schon gar nicht mit der enthaltenen Begründung, dass z.B. Doppelerhebungen in den Einrichtungen erfolgen.

Da in dem § 114 Anforderungen an die methodische Verlässlichkeit externer Prüfungen und Prüfer gestellt werden, muss ausgeschlossen sein, dass diese Anforderungen höher sind als die Anforderungen an den MDK; bzw. wäre es unakzeptabel, wenn diese Bedingungen nicht auch für den MDK gelten würden.

Am Prüfverfahren des MDK gibt es zahlreiche methodische Kritikpunkte. Dringend notwendig ist daher, dass auch das MDK-Prüfverfahren auf die methodische Verlässlichkeit geprüft wird.

Die Einführung einer Schiedsstelle „Qualitätssicherung“ wird begrüßt. Sie sollte auch für strittige Fragen der Ergebnisse von MDK Qualitätsbegutachtungen zuständig sein.

Die Kündigung des Versorgungsvertrages (§ 74) sollte die ultima ratio sein, denn diese entfaltet existenzielle Auswirkungen für das jeweilige Unternehmen.

Die Kündigungsmöglichkeit zu installieren „bei Verletzung der Verpflichtung, dem Pflegebedürftigen ein möglichst selbstständiges und selbst bestimmtes Leben zu bieten“ ist zu pauschal formuliert. Dies wird deutlich auch durch die im Begründungsteil enthaltenen Beispiele. Da Kriterien und Prüfverfahren fehlen, kann dies dazu führen, dass hier bei strittigen Tatbeständen eine willkürlich einzusetzende Sanktion geschaffen wird. Besser wäre eine Regelung dieser Thematik über Qualitätsvereinbarungen und ein Hinweis auf die Stelle (im Gesetz), wo dies geregelt ist. Neben der Kündigung sind andere niedrigschwelligere Auflagen/Sanktionen ermöglicht worden, die bislang nur von der Heimaufsicht eingesetzt werden konnten.

Es bestehen keine Bedenken des Ersatzes von MDK-Kontrollbesuchen durch Prüfungen durch externe Gutachter. Da die Prüfverfahren und die Anforderungskriterien

an externe Gutachter gemeinsam festgelegt werden, sind die Vorgänge und für alle Beteiligten transparent und bei strukturellen Fehlentwicklungen steuerbar.

Im Gegensatz hierzu steht das eingeschränkte Qualitäts- und Prüfverständnis des MDS/ MDK, der jenseits verhandelter Qualitätsnormen eigene kostentreibende Qualitätsnormen in seinen Prüfkatalog aufnimmt.

Nach unseren Vorstellungen müssen beide Verfahren transparent und für Kosten- und Leistungserbringer und bei strukturellen Fehlentwicklungen mit beeinflussbar sein.

## **5. Verfahrensregelungen (vergl. §§ 18, 33, 72, 75, 79ff)**

---

### **5.1. Prüfung durch den MDK**

Begrüßt wird die Regelung, nach der eine Überprüfung des Vorliegens einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz in dem Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit ( §18) berücksichtigt wird und dass bei dem Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nun eine gesetzliche Frist vorgegeben ist, innerhalb derer über den Antrag entschieden werden muss und der Antragsteller unterrichtet wird.

Die mögliche Befristung der Zuordnung zu einer Pflegestufe kann – positiv – dazu führen, dass konsequenter rehabilitative Maßnahmen eingesetzt werden, die u.a. die Lebensqualität des Pflegebedürftigen erhöhen. Der Einstieg in ein Anreizsystem für Träger von stationären Einrichtungen ist damit schlüssig und entspricht lange gestellten Forderungen. Daher stimmen wir dem vom Grundsatz her zu.

### **5.2. Versorgungsverträge**

Ebenso halten wird die in § 72 geschaffene Möglichkeit, Gesamtversorgungsverträge für Verbundeinrichtungen zu schließen, für sehr hilfreich, insbesondere die Möglichkeit – auf die in der Begründung verwiesen wird – für Verbundeinrichtungen eine verantwortliche Pflegefachkraft einzusetzen.

Begrüßt wird die Regelung, in Pflegeeinrichtungen eine ortsübliche Arbeitsvergütung an ihre Beschäftigten zahlen. Da dies pflegesatzrelevant wird, werden voraussichtlich tarifliche Bezahlungen wieder zunehmen können. Allerdings muss das allgemein übliche Lohnniveau erreicht werden.

### **5.3. Versorgung mit Hilfsmitteln**

Mit dem Zusatz in § 75 Abs. 1, wonach die „Ansprüche der Pflegeheimbewohner nach § 33 des Fünften Buches auf Versorgung mit Hilfsmitteln weder aufgehoben noch eingeschränkt“ werden wird versucht, das Abgrenzungsproblem von Hilfsmitteln nach SGB V bzw. XI zu lösen. Dies darf nicht ausschließlich zu Lasten der Pflegeeinrichtungen gehen, die am Ende jegliche Hilfsmittel vorhalten müssten, damit sich die Kassen nicht mehr streiten.

### **5.4 Wirtschaftlichkeitsprüfungen**

Es wird aus der Sicht des DRK begrüßt, dass zukünftig für die Notwendigkeit von Wirksamkeits- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 79 hinreichende, tatsächliche Anhaltspunkte bestehen müssen, die zudem der Pflegeeinrichtung rechtzeitig vor Anhörung mitgeteilt werden.

### **5.5 Vergütungsvereinbarungen**

Das Tor, der zu beobachtenden bundesweiten Expansion wurde mit der Formulierung „Gültigkeit der Vergütung für den Versorgungsbereich“ in § 89 geschlossen. Dies ist schlüssig bei dem Bemühen, die lokale Situation zu gestalten.