

Stellungnahme

der

Kaufmännischen Krankenkasse - KKH

zum

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

Vorbemerkung

Mit ihrem Gesetzentwurf zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz hat die Bundesregierung die seit langem in Aussicht gestellte Pflegereform auf den parlamentarischen Weg gebracht. Die KKH begrüßt eine Vielzahl der Reformansätze, die die Umsetzung des Grundsatzes "ambulant vor stationär" zum Ziel haben und insbesondere zu Verbesserungen in den Pflegeleistungen und der Qualität der Pflege führen, die das Vertrags- und Vergütungsrecht betreffen, sowie die die Qualität in der Pflege verbessern helfen. Gleichwohl sind einige geplante Regelungen aus unserer Sicht kritisch zu bewerten und verbesserungswürdig.

Gegenstände der Bewertung sind:

- Artikel 1 Nr. 4 (§ 7a SGB XI) und Nr. 57 (§ 92c SGB XI) – Pflegeberatung und Pflegestützpunkte
- Artikel 1 Nr. 13 bis Nr. 29 – Leistungsverbesserung
- Artikel 1 Nr. 34 (§ 55 SGB XI) – Beitragssatz
- Artikel 1 Nr. 53 c (§ 87a Abs. 4 SGB XI) in Verbindung mit Artikel 6 Nr. 6 (§ 40 SGB V) – Rehabilitation vor Pflege
- Artikel 1 Nr. 72 (§ 114 SGB XI) und Nr. 73 (§ 114a SGB XI) – Qualitätsprüfung MDK
- Artikel 6 Nr. 5 (§ 23 SGB V) – Aufhebung Budgetierung
- Artikel 6 Nr. 10 (§ 119b SGB V) – Ärztliche Versorgung in Pflegeheimen

1. Pflegeberatung gemäß Artikel 1 Nr. 4 (§ 7a SGB XI) / Pflegestützpunkte gemäß Art. 1 Nr. 57 (§ 92c SGB XI)

a) Integrierte wohnortnahe Versorgung und Pflegestützpunkte

Quartiersbezogene Pflegestützpunkte sollen unter Berücksichtigung vorhandener Strukturen gebildet werden und haben das Ziel, wohnortnah die Angebote für Pflegebedürftige besser aufeinander abzustimmen und zu vernetzen sowie aus einer Hand anzubieten. Die Pflegestützpunkte sollen die Pflegebedürftigen oder deren Angehörige beraten, Leistungserbringer vermitteln und die Angebote koordinieren. Die Errichtung der Pflegestützpunkte soll über einen zwischen Krankenkassen und Pflegekassen unter Beteiligung der örtlichen Sozialhilfeträger sowie der Leistungserbringer und ehrenamtlich Engagierten zu schließenden Integrationsvertrag für die wohnortnahe Versorgung erfolgen.

Für die Anschubunterstützung der Pflegestützpunkte will man zwei Jahre gewähren. Sie soll 80 Mio. Euro betragen, die auf die Länder verteilt werden. Für den Aufbau der Pflegestützpunkte wird bis 2011 mit bis zu 50.000 Euro pro Stützpunkt gerechnet.

Die Finanzierung des Betriebs tragen die Vertragspartner (Pflegeversicherung, Krankenversicherung, landesrechtliche Stellen) anteilig. Der Anteil der Pflegekasse darf nicht höher sein als der der jeweiligen Krankenkasse. Beteiligt sich eine private Pflegeversicherung nicht an der Finanzierung der Stützpunkte, so sind Vereinbarungen über die Vergütung für die Inanspruchnahme von privat Versicherten zu treffen.

b) Pflegeberatung

Nach dem Gesetzentwurf werden die Pflegekassen verpflichtet, eine Pflegeberatung (im Rahmen der Pflegestützpunkte) anzubieten, welche die zielgerichtete Unterstützung des Einzelnen gewährleistet und für eine Anpassung des Versorgungsarrangements an veränderte Bedarfe sorgt. Ein Pflegeberater soll künftig Ansprechpartner für bis zu 100 pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige sein. Die Aufwendungen für die Pflegeberater werden von den Pflegekassen getragen und zur Hälfte auf die Verwaltungskostenpauschale der Krankenversicherung angerechnet.

Bewertung a) und b):

Die Absicht der Bundesregierung, flächendeckend Pflegestützpunkte zu errichten und diese mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Kranken- und Pflegekassen besetzen zu wollen, stößt auf Ablehnung der KKH. Sowohl Kranken- als auch Pflegekassen üben bereits heute in erheblichem Umfang Beratungs- und Unterstützungstätigkeiten aus. Diese Aufgaben entfallen nicht etwa durch die Errichtung von Pflegestützpunkten. Stattdessen führt die Errichtung von Pflegestützpunkten zu erheblichem bürokratischen Aufwand, zu doppelten Strukturen und einem Mehr an Verwaltungskosten, die zweckmäßiger den Pflegebedürftigen zugute kommen sollten.

Eine über das bereits bestehende Angebot der Kranken- und Pflegekassen hinausgehende flächendeckende Beratung stellt allenfalls eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe dar, die in den Aufgabenbereich der Länder und Kommunen fällt und von der Natur der Aufgabe her steuerfinanziert zu erfolgen hätte. Die Solidargemeinschaft der Kranken- und Pflegeversicherten mit den Kosten zu belasten, ist in keiner Weise sachgerecht. Die Sozialversicherung darf nicht erneut als Finanzier gesamtgesellschaftlicher Aufgaben missbraucht werden.

Die beabsichtigte Verpflichtung zur Bereitstellung von Pflegeberatern stellt zudem einen Eingriff in das Organisationsrecht der Kranken- und Pflegekassen dar. Dieser wird noch dadurch verschärft, dass die Pflegeberater Verwaltungsakte erlassen und direkt in die Leistungshoheit der einzelnen Kranken- und Pflegekassen eingreifen sollen.

Die KKH lehnt daher die Errichtung flächendeckender Pflegestützpunkte zu Lasten der Beitragszahler ab und fordert, die Pflegeberater auf der Grundlage der bestehenden Strukturen bei den Pflegekassen angesiedelt zu belassen!

2. Leistungsverbesserungen gemäß Artikel 1 Nr. 13 bis Nr. 29

Der Gesetzentwurf enthält Regelungen zur Anhebung der ambulanten Sachleistungen, des Pflegegeldes und der stationären Sachleistungen (nur Stufe III) in drei Schritten 2008, 2010 und 2012. Zusätzliche Leistungen für Demenzkranke werden auf bis zu 2.400 Euro jährlich angehoben, auch für Menschen mit Betreuungs-, aber ohne Pflegebedarf. Leistungen werden ab 2015 dynamisiert. Die Förderung niedrigschwelliger Betreuungsangebote und Modellvorhaben wird von 10 auf 15 Mio. Euro angehoben.

Bewertung:

Die KKH begrüßt die Leistungsverbesserungen, insbesondere die höheren Leistungen für Demenzkranke und den gewachsenen Kreis der Leistungsberechtigten, hält dies jedoch nicht für ausreichend. Den zusätzlichen Betrag für Demenzkranke (bis zu jährlich 2.400 Euro) erachten wir als zu gering.

Pflege ist jedoch nicht nur ein Thema, das alte Menschen betrifft: Rund 4,7 % der Pflegebedürftigen sind unter 20 Jahre alt und 3,2 % unter 15 Jahre. Diese Gruppe wird in dem Gesetzentwurf kaum erwähnt. Besonders bei pflegebedürftigen Kindern besteht ein besonderer Pflege- und Beratungsbedarf, der mit den herkömmlichen Angeboten für ältere Menschen nicht abgedeckt werden kann. Erforderlich ist eine Orientierung der Begutachtung an den individuellen, kinderspezifischen Krankheits- und Behinderungsfolgen über qualifizierte Verfahren. Überdies sollte das Thema Kinderpflege gestärkt werden durch eine kinderspezifische Ausbildung und Begleitung der Gutachter. Nicht zuletzt sollten die Hilfen für Eltern pflegebedürftiger Kinder ausgebaut werden.

Zugleich pflegt eine nicht unerhebliche Anzahl Kinder selbst in den Familien die eigenen Eltern oder Großeltern bzw. sind in den Pflegeprozess integriert. Auch hier bedarf es entsprechender Angebote für Kinder in Pflegesituationen. Die KKH regt an, beiden Bereichen mehr Aufmerksamkeit zu schenken und dies in konkreten Versorgungsverbesserungen im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz münden zu lassen.

3. Beitragssatzanpassung gemäß Artikel 1 Nr. 34 (§ 55 SGB XI)

"Zur Abdeckung der bestehenden leichten Unterdeckung der laufenden Ausgaben in der Pflegeversicherung und zur Finanzierung der vorgeschlagenen Verbesserungen der Leistungen wird der Beitragssatz ab 1. Juli 2008 um 0,25 vom Hundert auf 1,95 vom Hundert (auf 2,2 vom Hundert für kinderlose Versicherte) erhöht." (Begründung zum Gesetzentwurf – PFWG)

Bewertung:

Die beschlossene Anhebung des allgemeinen Beitragssatzes um 0,25 Prozentpunkte ist grundsätzlich zu begrüßen. Ob diese Beitragssatzsteigerung den Leistungsausweitungen genügt, ist höchst fraglich. Bedauerlicherweise wird die demografische Entwicklung völlig außer Acht gelassen. Trotz seriöser und stabiler Vorausberechnungen und Prognosen unterschiedlicher wissenschaftlicher Institutionen geht die Politik dieses essentielle Thema nicht an. Dies kann nur auf breites Unverständnis treffen. Eine grundlegende Reform der Finanzierung der PV ist nach wie vor unumgänglich. Je später sie erfolgt, desto größer wer-

den die Belastungen für die Versicherten sein. Dabei ist sich die Koalition des Problems bewusst: Im Koalitionsvertrag wurde vereinbart, einen Finanzausgleich zwischen gesetzlicher und privater Pflegeversicherung einzuführen und einen Kapitalstock aufzubauen. Beides ist neben der auch vorgesehenen Beitragssatzanhebung für eine längerfristige Finanzierung absolut notwendig!

Vorschlag

Dass eine Demografiereserve unter Beibehaltung der solidarischen Umlagefinanzierung der Pflegeversicherung möglich ist, zeigen zwei Modelle der KKH: Das PKV-Integrationsmodell in der PV und das Modell zum Aufbau einer Demografiereserve in der PV.

PKV-Integrationsmodell in die PV

- Einführung eines Finanzausgleichs zwischen privater und sozialer PV aufgrund unterschiedlicher Risikostrukturen
- Der von der privaten PV jährlich zu leistende Ausgleichsbetrag berechnet sich dabei auf rund 1,2 Mrd. Euro
- Mit dem Transferbetrag kann das jährlich auflaufende Defizit der sozialen PV abgedeckt werden (2006: rund 0,3 Mrd. Euro)

KKH-Modell einer Demografiereserve in der PV

- Aufbau eines kollektiven Kapitalstocks
- Speist sich einerseits aus dem verbleibenden Überschuss aus dem PKV-Integrationsmodell (0,9 Mrd. Euro) und aus einer Erhöhung des paritätischen Beitragssatzes zur PV um 0,4 Prozent
- Bis zum Jahr 2024 können damit 126 Mrd. Euro angespart werden
- Kapitalstock wird von der Bundesbank verwaltet und vor dem Zugriff des Staates geschützt
- Der sozialen PV müssten erweiterte Anlagemöglichkeiten und damit höhere Zinsen an die Hand gegeben werden. Mit einer angenommenen Verzinsung von 5,11% p.a. (Zinssatz der PKV 2006) gegenüber einer Verzinsung von 2,6% p.a. (Zinssatz der sozialen PV) wächst der Kapitalstock innerhalb von 17 Jahren um einen zusätzlichen Betrag von rund 26 Mrd. EUR

In einen Gesetzentwurf zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung gehört unbedingt auch eine nachhaltige Finanzreform, ohne die das Reformvorhaben Stückwerk bleiben wird.

4. Rehabilitation vor Pflege gemäß Artikel 1 Nr. 53 c (§ 87a Abs. 4 SGB XI) in Verbindung mit Artikel 6 Nr. 6 (§ 40 SGB V)

Im Gesetz ist vorgesehen, dass Pflegeheime, denen es durch verstärkte aktivierende und rehabilitative Bemühungen gelingt, Pflegebedürftige in eine niedrigere Pflegestufe einzustufen, einen einmaligen Betrag in Höhe von 1.536 Euro erhalten. Dies entspricht dem Betrag, den die Krankenkassen den Pflegekassen für diejenigen pflegebedürftigen Versicherten zu zahlen haben, für die innerhalb von sechs Monaten nach Antragstellung keine notwendigen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbracht worden sind.

Bewertung:

Ein finanzieller Anreiz für Pflegeheime in Höhe von 1.536 Euro greift deutlich zu kurz, da das eigenwirtschaftliche Interesse stationärer Pflegeeinrichtungen längerfristig angelegt ist. Der in Aussicht gestellte Geldbetrag wird nicht zu einer wesentlichen Verhaltensänderung der Pflegeheime beitragen. Stattdessen sollten hier vor allem zur Stärkung des Grundsatzes

ambulant vor stationär weitere Hebel ansetzen: Insbesondere sollte der Anspruch des Pflegebedürftigen auf Kurzzeitpflege gemäß § 42 SGB XI erweitert werden. Dieser ist zurzeit auf 4 Wochen pro Kalenderjahr begrenzt. Des Weiteren sollte bei der Kurzzeitpflege vor allem bei einem Anschluss an eine Krankenhausbehandlung oder einem Reha-Aufenthalt die Aktivierung und Rehabilitation im Vordergrund stehen. Hierzu muss der Anspruch auf die Kurzzeitpflege dementsprechend erweitert werden.

Zudem sollte der MDK bei der Pflegebegutachtung Hinweise zum Rehabilitationspotenzial und sinnvollen Präventionsangeboten geben.

5. Qualitätsprüfungen gemäß Artikel 1 Nr. 72 (§ 114 SGB XI) und Nr. 73 (§ 114a SGB XI)

Die Qualitätssicherung soll ausgebaut werden, eigene Anstrengungen der Träger sollen bei den Regelprüfungen durch den MDK durch eine geringe Prüffrequenz oder Prüftiefe berücksichtigt werden. Prüfberichte sollen in einer verständlichen Sprache veröffentlicht werden. Die Qualitätsprüfungen durch den MDK sollen auch unangemeldet durchzuführen sein.

Bewertung:

Eine Ausweitung von Qualitätsprüfungen, insbesondere durch eine höhere Prüffrequenz mittels unangemeldeter Prüfungen, ist sehr zu begrüßen. Trotz der grundlegenden Übereinstimmung in der Bewertung eines höheren Prüfbedarfs sieht die KKH einzelne Regelungen mit Besorgnis.

Geringere Prüffrequenz oder Prüftiefe bei zertifizierten Pflegeeinrichtungen

Der neu formulierte § 114 SGB XI ermöglicht den Landesverbänden der Pflegekassen, die Prüfungen des MDK in einem gewissen Zeitrahmen auszusetzen oder in einem geringeren Prüfungsfumfang durchführen zu lassen. Voraussetzung dafür ist, dass es andere Prüfverfahren gegeben hat, die ein positives Ergebnis erbrachten. Zum einen gilt dies für Prüfverfahren, die die Heimaufsicht durchgeführt hat bzw. das auf Landesrecht beruhte. Zum anderen kann dies auch für Prüfungen gelten, die auf Veranlassung der Pflegeeinrichtungen oder deren Trägern erfolgten. Beide Tatbestände als Voraussetzung für eine Schonung der Pflegeeinrichtung sind nicht akzeptabel. Eine Prüfung durch die Heimaufsicht (Prozess- und Strukturqualität) kann keine MDK-Prüfung (Ergebnisqualität) ersetzen. Von den Pflegeheimen oder deren Trägern selbst veranlasste Prüfungen sind darüber hinaus vollständig indiskutabel, da eine unabhängige Prüfung nicht zu garantieren ist. Der in diesem Zusammenhang geäußerten Kritik des Bundesrates (Drucksache 718/07 [Beschluss], Änderungsantrag Nr. 28) schließt sich die KKH ausdrücklich an. Eine erfolgreiche Prüfung von Pflegeeinrichtung, die nicht vom MDK durchgeführt wurde, darf nicht zu abgemilderten Prüfungen des MDK führen!

Finanzierung MDK

Die Frage der Finanzierung der MDK-Tätigkeit erlangt für die KKH Bedeutung. Zu überlegen ist, ob die Pflegeversicherung nicht entgegen der derzeitigen 50:50 - Regelung die gesamten entstandenen MDK-Kosten für den Bereich der Pflege trägt. Gegebenenfalls entstehende Interessenkonflikte mit der Krankenversicherung könnten somit vermieden werden.

6. Aufhebung der Budgetierung stationärer Kosten für Rehabilitation gemäß Artikel 6 Nr. 5 (§ 23 SGB V)

Bislang sind gemäß § 23 SGB V die Kosten stationärer Leistungen zur medizinischen Versorgung und Rehabilitation budgetiert, um die Leistungsausgaben der GKV im stationären Bereich zu begrenzen. Mit der Streichung des § 23 SGB V beseitigt der Gesetzgeber diese Ausgabenbegrenzung, um den Stellenwert der Rehabilitation zu stärken.

Bewertung:

Grundsätzlich befürwortet die KKH den Grundsatz Reha vor Pflege. Zu bedenken geben wir jedoch, dass durch die Aufhebung der Budgetierung der GKV Mehrkosten entstehen. Sie sind – wie auch der Gesetzgeber zugibt – nicht quantifizierbar, dürften jedoch nicht unwesentlich sein. Insbesondere vor dem Hintergrund der Einführung des Gesundheitsfonds sollten gesetzlich verordnete Ausgabesteigerungen in der GKV genau geprüft werden. Dennoch sehen wir gerade in der Stärkung der Rehabilitation eine sinnvolle Vorsorgemaßnahme zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit.

7. Ärztliche Versorgung in Pflegeheimen gemäß Artikel 6 Nr. 10 (§ 119b SGB V)

Die Pflegekassen sollen darauf hinwirken, dass stationäre Pflegeeinrichtungen Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten (integrierte Versorgung) eingehen oder eigene Heimärzte anstellen.

Bewertung:

In Pflegeheimen kann es sehr sinnvoll sein, Pflegebedürftigen eine ärztliche Versorgung und Beobachtung anbieten zu können. Mit dieser Regelung kann ein wichtiger Beitrag zur Prävention und Vermeidung von Krankenhausaufenthalten und sonstigen belastenden und kostenintensiven ärztlichen Behandlungen geleistet werden.