



Stellungnahme des BKS

zum Gesetzentwurf eines Fünften Gesetzes zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Leistungsausweitung für Pflegebedürftige, Pflegevorsorgefonds

(Fünftes SGB XI-Änderungsgesetz – 5. SGB XI-ÄndG)

BT-Dr. 18/1798

Der vorgelegte Entwurf erfüllt leider nicht die Erwartungen an eine lange überfällige und umfassende Gesetzesreform, sondern versteht sich – mit der geringfügigen Anhebung der von den Pflegekassen zu leistenden Pauschalen – mehr oder weniger ausdrücklich als Übergangslösung. Auch wenn wir die Erhöhung der Pauschalen grundsätzlich begrüßen, gehen die Änderungen nicht so weit, wie es aus unserer Sicht notwendig wäre. Auch der Abbau von Bürokratie durch Vereinfachungen wird nicht konsequent umgesetzt.

Auch wenn seit 1996 ein starker Trend zur ambulanten Versorgung zu beobachten ist, haben sich seit 2008 durch die gesetzlichen Änderungen im SGB XI und SGB V insbesondere in der Zusammensetzung der Bewohnerklientel nochmals signifikante Änderungen ergeben: eine erhebliche Zunahme von kritischen "Notaufnahmen" aus Krankenhäusern mit einem erheblichen Versorgungsaufwand für Patienten, für die fast ausnahmslos nur Pflegestufe I anerkannt ist.

Auch nimmt die Zahl multimorbider Pflegebedürftiger weiter zu. Dementsprechend verkürzt sich zunehmend die durchschnittliche Verweildauer. Für die Pflegeeinrichtungen bedeuten diese Umstände einen erheblichen Mehraufwand, für das Pflegepersonal deutlich höhere Belastungen. Die Folgen dieser Entwicklung können nicht allein durch „87-b-Leistungen“ kompensiert werden.

Diese Betreuungsleistungen sind für die Bewohnerinnen und Bewohner sehr wichtig und es ist zu begrüßen, dass diese Leistungen zukünftig allen Heimbewohnern zustehen sollen, dennoch können die quantitativ und qualitativ deutlich erhöhten pflegerischen Anforderungen nur durch eine größere Anzahl möglichst gut ausgebildeter Pflegefachkräfte erfüllt werden.

Für die stationäre Pflege brauchen wir eine eigenständige Betrachtung, die nicht von dem ständigen (finanziellen) Vergleich zu ambulanten Versorgungssystemen bestimmt wird. Wir hoffen deshalb, dass dieser Aspekt spätestens bei der nächsten Gesetzesänderung Beachtung finden wird.

Erhöhung der Pauschalen

Die Erhöhung der Pauschalen ist zwar grundsätzlich zu begrüßen, die vorgesehenen Erhöhungsraten für die Pflegekassen-Pauschalen von rund 4 % sind aber vor allem im stationären Bereich zu gering. Seit dem 01.07.2008 bis heute haben sich die tariflichen Löhne (TVöD) über 20 % erhöht – 2015 werden es über 22 % sein. Die Personalkosten machen zwischen 70 und 80 % aller Kosten in einer Pflegeeinrichtung aus.

Nach der letzten statistischen Erhebung (2011) erhielten von 723.451 dauerhaft vollstationär versorgten Pflegebedürftigen 620.827 Leistungen nach den Pflegestufen I und II – das bedeutet: Der ganz überwiegende Teil (86 %) aller Pflegeheimbewohner sind in die Pflegestufen I und II eingestuft.

In den Pflegestufen I und II wurden die Pauschalen bei der stationären Pflege im gleichen Zeitraum (01.07.2008 - 2014) - also **in 8 Jahren** - **nicht** erhöht, in der selten vorkommenden Pflegestufe III um 13 %. Die jetzt vorgesehene Erhöhung von rund 4 % ist da der sprichwörtliche „Tropfen auf den heißen Stein“.

Hier besteht ein gravierendes Missverhältnis zwischen tatsächlichen Kostensteigerungen und Anhebung der Pauschalen. Dementsprechend entwickeln sich seit Jahren die Pauschalen und Entgelte für die Pflege immer weiter auseinander. Dies hat zur Folge, dass die ursprüngliche Intention des Gesetzes, Pflegebedürftige bei Heimeinzug möglichst nicht automatisch in die Sozialhilfebedürftigkeit fallen zu lassen, de facto aufgegeben wird.

Wir regen daher an, bei der Anpassung der Pauschalen insbesondere für die Pflegestufen I und II in der stationären Pflege die tatsächlichen Kostenentwicklungen angemessen zu berücksichtigen.

Zukünftig sollte zumindest ein weiteres Auseinanderdriften zwischen Preisentwicklung und Höhe der Pauschalen durch eine gesetzliche Dynamisierung, z.B. durch die Koppelung an die Lohnentwicklung (TVöD), begrenzt werden.

Kranken- und Pflegeversicherung für alle Pflegebedürftigen

Leistungen für Menschen, die nicht kranken- und pflegeversichert sind, müssen zumindest sozialhilferechtlich denen der Versicherten gleichgestellt werden, denn in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung werden grundsätzlich nur notwendige Leistungen erbracht. Ist die Leistung im Einzelfall also notwendig, darf es keinen Unterschied machen, ob eine Versicherung besteht oder nicht (u.a. ausdrückliche Differenzierung bei den zusätzlichen Betreuungsleistungen in § 87 b SGB XI).

Deshalb plädieren wir dafür, dass zumindest Pflegebedürftige, die auch sozialhilfebedürftig sind, in die Kranken- und Pflegeversicherung aufgenommen werden, um eine nicht zu rechtfertigende Ungleichbehandlung zu verhindern.

Gesonderte Budgets - Entbürokratisierung

Es werden an einigen Stellen praxisrelevante Probleme durch klare Vorgaben zugunsten der Pflegebedürftigen und der Einrichtungen gelöst (gesonderte Budgets für ambulante Pflege und Tagespflege). So können wir erfreut feststellen, dass der Gesetzentwurf, wenn er so beschlossen würde, die Bürokratie in den Einrichtungen zumindest ein bisschen vermindern würde. Allerdings gibt es weitere Vereinfachungspotentiale, die leider nicht ausgeschöpft werden (Aufgabe der Trennung von Kurzzeitpflege- und Verhinderungspflege, s.u. zu §§ 39 / 42).

Leistungskomplex- und Zeit-Vergütung ambulanter Leistungen

Auch wenn mit der Einführung von alternativen Zeitvergütungen durchaus sinnvolle Ziele verfolgt wurden – in der Praxis ist festzustellen, dass sich dieser gesetzliche Auftrag wegen der Unterschiedlichkeit der Vergütungssysteme (Leistungskomplexsystem / Zeitvergütung mit „Spitzabrechnung“) kaum umsetzen lässt.

Vergleichsberechnungen zwischen der Abrechnung als Komplexleistung oder mit Zeitvergütung, die den Pflegebedürftigen die Entscheidung erleichtern sollen, sind kaum möglich, weil es bei der Zeiterfassung wesentlich auf die individuelle Tagesform des Pflegebedürftigen ankommt, die für Pflegedienst und Pflegebedürftigen kaum kalkulierbar ist. Auch kann der Pflegebedürftige bei der Zeitvergütung nicht erkennen, an welchem Punkt sein Budget überschritten wird.

Da alle Leistungen monatlich abgerechnet werden, ist auch der Pflegedienst nicht in der Lage, dem Kunden den Zeitpunkt der Budgetüberschreitung mitzuteilen. Somit führt die als kundenfreundlich intendierte Wahlmöglichkeit zu nicht kalkulierbaren Ausgaben für den Pflegebedürftigen – und bei der Abrechnung zu vorhersehbaren Auseinandersetzungen und Vertrauensverlust zwischen den Vertragsparteien.

Es sollte daher eine einheitliche Berechnungsmodalität festgelegt werden: entweder die Erfassung und Abrechnung über Leistungskomplexe oder über Zeitvergütung.

Im Einzelnen:

1. Zu § 39 und § 42

Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege

Die Erhöhung der Verhinderungspflege von 4 auf 6 Wochen wird für viele Pflegebedürftige und deren pflegende Angehörige eine erhebliche Erleichterung darstellen.

Dankenswerterweise wird in § 39 Abs. 3 und 42 Abs. 2 Satz 3 das bisher häufig strittige Verhältnis zwischen Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege insoweit geklärt, dass beide Leistungen auch kumulativ in Anspruch genommen werden können. In der Praxis wird dies auch Pflegebedürftige unterstützen, die nach einem Krankenhaus- oder Reha-Aufenthalt noch einige Zeit intensivere Unterstützung brauchen und zu diesem Zweck bis zu 8 Wochen stationäre Leistungen in Anspruch nehmen können.

2. Zu § 40

Verbesserung des Wohnumfelds

Die Erhöhung der Maximalbeträge unterstützt alternative Wohnformen und kommt damit vielseitigen Bemühungen in den Bundesländern entgegen.

3. Zu § 41

Tagespflege

Wie bereits eingangs erwähnt, ist die Budgettrennung für die ambulante und die Tagespflege zu begrüßen. Damit wird ein gravierendes Problem in der Praxis gelöst und eine für Pflegebedürftige bedeutende Hürde vor der Inanspruchnahme von Tagespflegeleistungen beseitigt: Der oftmals sehr aufwändige Abgleich zwischen ambulantem Budget und Tagespflegebudget entfällt, Tagespflegegäste können wesentlich besser überblicken, welche Kosten auf sie zukommen und wie sie ambulante Leistungen mit der Tagespflege optimal kombinieren können. Tagespflegeeinrichtungen haben eine wesentlich bessere Planungssicherheit. Die Änderung ist nicht nur für die Einrichtungen sehr vorteilhaft, sondern auch für die Pflegebedürftigen. Unter diesen Voraussetzungen kann man prognostizieren, dass Tagespflegeeinrichtungen zukünftig erheblich häufiger in Anspruch genommen werden.

Mit einer Regelung zur Übernahme der Fahrkosten durch die Pflegeversicherung würde die Tagespflege noch besser angenommen und die ambulante Versorgung insgesamt verbessert.

4. Zu § 39 / § 42

Verhinderungspflege / Kurzzeitpflege

In der Praxis werden beide Leistungen oftmals kombiniert, um die Angehörigen zu entlasten, was als Unterstützungsmaßnahme für pflegende Angehörig auch dringend notwendig ist.

Tatsächlich ist die zeitliche Limitierung überflüssig, da die Höchstbeträge bestenfalls für die Hälfte der Zeit ausreichen. Die Trennung zwischen Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege ist in der Praxis aufgeweicht und sollte sinnvoller Weise auch gesetzestechnisch vollständig fallengelassen werden. Hier wäre es sinnvoll, eine Vorschrift zu formulieren.

Verhinderungspflege sollte ausdrücklich – wie Kurzzeitpflege in stationären Einrichtungen stattfinden können.

Die Verhinderung (§ 39) betrifft nicht nur den Urlaub, sondern auch Krankheitsfälle von Angehörigen, die in den seltensten Fällen geplant nach 6 Monaten Pflege eintreten. Insofern ist schon die Schlüssigkeit der Vorschrift fraglich. Die von Angehörigen geforderte Vorleistungspflicht von 6 Monaten häuslicher Pflege sollte konsequenterweise entfallen.

5. Zu § 45 b

Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen

Erweiterung um hauswirtschaftliche Versorgung

Gerade demenzkranke Menschen mit einem Pflegebedarf unterhalb der Pflegestufe I sind auf Hilfe und Unterstützung im Haushalt angewiesen. Die diesbezügliche Erweiterung des Leistungsspektrums ergänzt die ambulante Versorgung um einen wichtigen Baustein - vor allem wenn die Finanzierung unabhängig von anderen Leistungsmodulen (Verhinderungspflege) erfolgt.

Gleiches gilt für die Leistungsausweitung auf Pflegebedürftige mit Pflegeeinstufung, die nicht in ihrer Alltagskompetenz eingeschränkt sind.

In Abs. 3 ist vorgesehen, dass Versicherte 50 % des Sachleistungsanteils für ambulante Pflege auch für niedrighschwellige Angebote in Anspruch nehmen können. Diese Möglichkeit erscheint auf den ersten Blick für die Pflegebedürftigen als Vorteil. Allerdings soll hier „Billigpflege“ die teure qualitätsgesicherte Pflege ambulanter Pflegedienste ersetzen können.

Gesetzgeberisch ist dies höchst inkonsequent: Seit 1996 wurden die Qualitätsanforderungen und damit auch formelle Anforderungen (Dokumentation, Abrechnungsverfahren, Qualitätsprüfungen) an die ambulanten Pflegedienste stetig erhöht. Mit der Folge, dass auch die Kosten entsprechend gestiegen sind. Nachdem man nun festgestellt hat, dass die geforderte Qualität auch ihren Preis hat, werden durch „niedrighschwellige Angebote“ Billig-Alternativen zugelassen, die an keinerlei Qualitätsanforderungen gebunden sind.

6. Zu §§ 84 / 89

Tariflohn ist angemessen

Wir unterstützen ausdrücklich die Empfehlung des Bundesrates in seiner Stellungnahme vom 11.07.2014 (Nr. 14), in den Gesetzestext ausdrücklich aufzunehmen, dass bei der Verhandlung von Pflegevergütungen die Bezahlung von Tarifgehältern nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden kann.

7. Zu § 87 b – **Betreuungs- und Entlastungsleistungen in voll- und teilstationären Einrichtungen nur für Pflegeversicherte**

Wir haben schon 2010 moniert, dass Nichtversicherte von den Leistungen nach § 87 b SGB XI ausgeschlossen sind. Ganz offenbar wollte man die Sozialhilfeträger mit diesen Leistungen nicht belasten.

Der Anteil an nicht pflegeversicherten Bewohnern ist gering (etwa zwischen 0 und 5 %). Bewohnern und Angehörigen kann man kaum sinnvoll vermitteln, aus welchen Gründen Bewohner von entsprechenden Angeboten ausgeschlossen sind.

Nachdem nun allen pflegeversicherten Personen die zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen zustehen, ist der Ausschluss nicht versicherter Pflegebedürftiger von diesen Leistungen unter keinem Aspekt mehr zu rechtfertigen und stellt somit eine nicht mehr hinnehmbare Diskriminierung dar.

Die Unterscheidung zwischen versicherten und nicht versicherten Pflegebedürftigen muss entfallen.

8. Zu § 89 Abs. 3

Vergütung von ambulanten Leistungen nach Zeitaufwand

Auch wenn mit der Einführung von alternativen Zeitvergütungen durchaus sinnvolle Ziele verfolgt wurden – in der Praxis ist festzustellen, dass sich dieser gesetzliche Auftrag wegen der Unterschiedlichkeit der Vergütungssysteme (Leistungskomplexsystem / Zeitvergütung mit „Spitzabrechnung“) kaum umsetzen lässt.

9. Klarstellung zu § 123

Verbesserte Leistungen für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz

Gelten die Leistungen analog für den stationären Bereich?

Nach dem Willen des Gesetzgebers sollten die Leistungen nach § 123 SGB XI grundsätzlich nur die ambulante Versorgung verbessern.

Im letzten Jahr ist zunehmend die Frage erörtert worden, ob Leistungen nach § 123 SGB XI auch Pflegebedürftigen zustehen, die keine Pflegestufe haben und in stationären Pflegeeinrichtungen leben.

In stationären Pflegeeinrichtungen werden zusätzliche Betreuungsleistungen nach § 87b SGB XI erbracht und abgerechnet.

Der GKV-Spitzenverband hat sich dazu in einem gemeinsamen Rundschreiben wie folgt geäußert:

„(6) Begibt sich ein Pflegebedürftiger der Pflegestufe I oder II, der in seiner Alltagskompetenz erheblich eingeschränkt ist, in eine zugelassene vollstationäre Pflegeeinrichtung im Sinne § 43 SGB XI, obwohl die vollstationäre Pflege nach Feststellung der Pflegekasse nicht erforderlich ist, erhält er zu den pflegebedingten Aufwendungen einen Zuschuss in Höhe der Pflegesachleistung nach § 123 SGB XI i.V.m. § 36 SGB XI für die jeweilige Pflegestufe. Dies gilt in analoger Anwendung des § 43 Abs. 4 SGB XI auch für Versicherte ohne Pflegestufe, die in ihrer Alltagskompetenz erheblich eingeschränkt sind (vgl. Ziffer 1 zu § 43 SGB XI).

Anspruchsberechtigt sind in diesem Fall sowohl Versicherte, bei denen eine vollstationäre Pflege nicht erforderlich ist, als auch aus Gleichheitsgründen Versicherte, bei denen eine vollstationäre Pflege erforderlich ist.“

Pflegebedürftige, die ohne Erforderlichkeit der stationären Pflege in einer stationären Einrichtung ziehen, erhalten nach § 43 Abs. 4 SGB XI nur die entsprechenden ambulanten Leistungen. In diesen Fällen ist es auch sinnvoll, den Pflegebedürftigen die zusätzlichen Leistungen nach § 123 SGB XI zukommen zu lassen, damit die entsprechenden Leistungen „eingekauft“ werden können.

Soweit aber die Erforderlichkeit der stationären Versorgung festgestellt ist, erhalten die Pflegebedürftigen die Betreuungsleistungen nach § 87b. Die Leistungen werden durch unmittelbare Zahlung von der Pflegekasse an die Pflegeeinrichtungen vergütet. Darüber hinausgehende „zusätzliche Betreuungsleistungen“ werden in stationären Einrichtungen als Regelleistung nicht erbracht, so dass auch kein Bedarf für weitergehende Pflegekassenleistungen gesehen wird.

In diesem Fall sind die Leistungen der Pflegekasse auf die Sozialhilfe anrechenbar, da § 13 Abs. 3a SGB XI (Unantastbarkeit von zusätzlichen Betreuungsleistungen nach § 45b) bei freiwilligen Leistungen nicht greift. Pflegekassenleistungen, die auf dieser Basis (freiwillig) gezahlt werden, können und müssen von den Sozialhilfeträgern angerechnet werden.

Somit kommt in den vorliegenden Fällen die Pflegekassenleistung nicht dem sozialhilfebedürftigen Bewohner, sondern dem jeweils zuständigen Sozialhilfeträger zugute.

Der Gesetzgeber sollte anlässlich der anstehenden Gesetzesänderung klarstellen, ob dies so gewollt ist.

10. Zu §§ 131 ff

Pflegevorsorgefonds

Aus unserer Sicht kann mit dem geplanten Vorsorgefonds weder der Anstieg der Beiträge verhindert werden, noch sind die Gelder – trotz entsprechender Zweckbestimmung - vor Zweckentfremdung geschützt.

Die Bundesbank hat hierzu in ihrem Monatsbericht von Juli 2014 (S. 10-11) ausgeführt:

„Das erweiterte Leistungsvolumen der sozialen Pflegeversicherung wird künftige Beitragszahler noch stärker zusätzlich belasten. Mit dem geplanten vorübergehenden Aufbau eines kollektiven Kapitalstocks lässt sich die Beitragsbelastung über die Generationen gleichmäßiger verteilen. Dies setzt allerdings voraus, dass die Sonderrücklage auch in den kommenden, finanziell schwierigeren Zeiten des demografischen Umbruchs nicht vorzeitig in Anspruch genommen wird. Der Gesetzgeber hat zwar einen eng definierten Verwendungszweck vorgesehen, letztlich kann diese Vorschrift aber bei Bedarf wieder geändert werden. Die Verwaltung durch die Bundesbank bietet insoweit keinen Schutz vor einem vorzeitigen Zugriff.“

Überdies sollte die Wirkung der Rücklage angesichts einer möglichen Verdoppelung des Pflegeversicherungsbeitragssatzes bis zur Mitte des laufenden Jahrhunderts nicht überschätzt werden, da sie den Beitragssatz über gut 20 Jahre gerade einmal um etwa 0,1 Prozentpunkte wird mindern können.

Trotz eines hohen Aufwands für den Pflegevorsorgefonds werden die Beiträge also konstant auf einem hohen Niveau bleiben. Demnach kann dieses Instrument den vom Gesetzgeber intendierten Zweck nicht erfüllen.

Dass vor allem die Sicherheit der Gelder nicht gewährleistet ist, zeigt der aktuelle Umgang mit dem Gesundheitsfonds in der Krankenversicherung:

Gelder, die eigentlich dem Gesundheitsfonds zufließen und die Beiträge reduzieren könnten, werden zu Zwecken der Haushaltskonsolidierung „benutzt“. Ob es zu einem entsprechenden finanziellen Ausgleich – wie angekündigt - jemals kommen wird, dürfte äußerst fraglich sein.

Eine zweckfremde Mittelverwendung zu Lasten der Versicherten muss unbedingt verhindert werden.

Köln, den 22.09.2014



Otto B. Ludorff
(Vorsitzender)

Kontakt:

Bundesverband der kommunalen Senioren- und Behinderteneinrichtungen (BKSB)
Boltensternstrasse 16
50735 Köln

Tel.: 0221-77878-34

Fax: 0221-77878-36

E-Mail-Adresse: kontakt@bksb.de

Homepage: <http://www.die-kommunalen.de/DieKommunalen/index.php?id=4>