



Stellungnahme

des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)
zum Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung
(Pflege-Neuausrichtung-Gesetz – PNG)
anlässlich der öffentlichen Anhörung im Gesundheitsausschuss
des Deutschen Bundestages am
21.05.2012 in Berlin.

14. Mai 2012

Inhaltsverzeichnis:

I.	Vorbemerkung	3
II.	Grundsätzliche Positionen	3
	1. Leistungsverbesserung	4
	2. Häusliche Betreuung	5
	3. Leistungen nach Zeitaufwand	5
	4. Beratung	6
	5. Andere unabhängige Gutachter zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit.....	7
	6. Strafzahlungen.....	7
	7. Pflegegutachten und Rehabilitationsempfehlung	8
	8. Qualitätsprüfungen	9
	9. Mindestentgelt	9

I. Vorbemerkung

Bereits mit unserer Stellungnahme zur Fachanhörung zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung – Pflege-Neuausrichtungsgesetz – PNG haben wir unsere grundsätzliche Haltung zum Gesetzesvorhaben dargelegt. Diese besteht in den Punkten, in denen es keine Veränderungen vom Referentenentwurf zum Kabinettsbeschluss gegeben hat, unverändert fort. Mit der Vorlage dieses Textes nimmt der vdek ergänzend zum GKV-Spitzenverband Stellung. Dabei beschränkt sich der vdek auf die für ihn wesentlichen Punkte.

II. Grundsätzliche Positionen

Mit dem vorgelegten Entwurf für ein Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung sollen die Leistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, wie zum Beispiel Demenzkranke, ab 1. Januar 2013 aufgestockt werden. Dies ist zu begrüßen. Allerdings kann dies nur ein erster Schritt sein. Für Demenzkranke und ihre Angehörigen ist eine zeitnahe Umsetzung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs dringend erforderlich, um ihnen angemessene Leistungen zur Verfügung stellen zu können. Die Grundlage ist bereits mit dem vorliegenden Beiratsbericht zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs seit Mitte 2009 geschaffen. Nun gilt es, die gewonnenen Erkenntnisse umzusetzen. Insofern ist es wichtig, jetzt eine verbindliche Vorgehensweise festzulegen, wie der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff umgesetzt werden soll. Leider lässt der Gesetzentwurf hier jegliche Rahmensetzung, insbesondere einen Zeit- und Finanzrahmen, vermissen.

Um einer schleichenden Entwertung der Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung wirksam zu begegnen ist aus Sicht der Ersatzkassen eine Regelung zur Dynamisierung der Leistungssätze erforderlich, welche an eine volkswirtschaftlich relevante Kenngröße (idealerweise die Brutto-Lohnentwicklung) geknüpft ist. Eine solche Regelung sollte in den vorliegenden Gesetzentwurf aufgenommen werden und die aktuelle Regelung ersetzen, wonach die Bundesregierung alle drei Jahre lediglich prüft, ob und inwieweit eine Anpassung der Leistungen erfolgen soll (§ 30 SGB XI). Damit würde die Werterhaltung der Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung dann zukünftig mit der wirtschaftlichen Entwicklung fortschreiten und nicht (mehr) dem politischen Kalkül unterliegen.

Der Gesetzentwurf sieht eine Beitragssatzerhöhung ab 1. Januar 2013 von 0,1 Beitragssatzpunkten vor. Der vdek geht davon aus, dass die damit zur Verfü-

gung stehenden zusätzlichen Mittel nicht ausreichen, um die angestrebten Leistungsverbesserungen zu finanzieren.

Zudem geht der Gesetzentwurf davon aus, dass der verbesserte Zugang von Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen zu Rehabilitationsmaßnahmen und zu den weiteren Maßnahmen dazu führen wird, dass die häuslichen Pflege gestärkt wird und häusliche Pflegearrangements sich stabilisieren. Bei einem Teil der Pflegebedürftigen käme es dadurch auch zu einer niedrigeren Pflegestufe. Im Zuge dieser Maßnahmen könne wenigstens ein Prozent mehr häusliche Pflegearrangements aufrecht erhalten werden als auf der Basis des geltenden Rechts. Daraus ergäben sich Minderausgaben von jährlich rund 150 Millionen Euro. Im ersten Jahr rechnet man mit 100 Millionen Euro. Die benannten Minderausgaben, die mit einer vermehrten Inanspruchnahme von ambulanten Pflegearrangements begründet werden, sind nach Ansicht des vdek in der Höhe nicht begründbar. Nach Ansicht des vdek reichen die finanziellen Mittel, die durch die Anhebung des Beitrages von 0,1 Beitragssatzpunkten und den Minderausgaben erzielt werden, nicht aus, um die zusätzlichen Ausgaben bis Ende 2015 zu decken. Somit besteht weiterhin die Gefahr einer Unterfinanzierung im Jahr 2015, die spätestens 2014 neue Maßnahmen notwendig werden lässt, um eine nachhaltige Finanzierung zu sichern. Derzeit sehen die Ersatzkassen keinen Spielraum für weitergehende, in die Zukunft reichende Maßnahmen, wie zum Beispiel die Umsetzung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs.

Der Gesetzentwurf sieht keine verpflichtende private Pflegezusatzversicherung vor. Damit bleibt es bei einer solidarischen und paritätischen Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung. Dies begrüßt der vdek ausdrücklich.

1. Leistungsverbesserung

Die Leistungsverbesserung für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz wird vom vdek als ein erster Schritt ausdrücklich begrüßt. Allerdings ist sie nicht ausreichend und kann nur als kurzfristige Übergangslösung bewertet werden. Wir brauchen ein klares Konzept für die Umsetzung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, um die Leistungen für Menschen mit Demenz zu verbessern. Die Vorschläge liegen bereits vor.

Wenn Leistungsverbesserungen vom Gesetzgeber gewollt sind, dann sollten diese auch konsequenterweise allen Pflegebedürftigen zukommen. Deshalb ist es nicht nachvollziehbar, warum es keine Leistungsverbesserung für Pflegebedürftige der Pflegestufe III geben soll. Nach Auffassung des vdek sollte die Pflegestufe III ebenfalls angehoben werden. Der Sachleistungsbetrag in der Pflegestufe III sollte um 120 Euro (auf 1.670 Euro) und der Geldleistungsbetrag um 70 Euro (auf 770 Euro) erhöht werden.

2. Häusliche Betreuung

Die Einführung der häuslichen Betreuung als Bestandteil der Sachleistungen ist sinnvoll, da Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz neben dem Bedarf an pflegerischer Versorgung in der Regel einen besonderen Bedarf an allgemeiner Betreuung und Beaufsichtigung haben, der nicht selten über den Bedarf an pflegerischer Versorgung hinausgeht. Es wird begrüßt, dass diesem Personenkreis ermöglicht wird, die Pflegesachleistungen bedarfsgerechter einzusetzen und somit auch von den höheren Leistungsbeträgen zu profitieren. Dadurch wird nicht nur die Betreuungssituation der Pflegebedürftigen verbessert, sondern auch die pflegenden Angehörigen stärker unterstützt bzw. entlastet. Dass die Pflegebedürftigen dabei frei wählen können, welchen Anteil der ihnen zustehenden Sachleistungen sie für die unterschiedlichen Bereiche Grundpflege, hauswirtschaftliche Versorgung oder häusliche Betreuung einsetzen, entspricht dem Selbstbestimmungsgrundsatz der sozialen Pflegeversicherung. Dieses Wahlrecht darf aber nicht dazu führen, dass es zu einer Vernachlässigung der Grundpflege kommt.

Die Häusliche Betreuung wird zunächst im Rahmen einer Übergangsregelung eingeführt. Diese soll solange gelten, bis ein neues Gesetz in Kraft tritt, welches die Leistungsgewährung aufgrund eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs regelt. Wichtig und richtig ist aus Sicht der Ersatzkassen, dass der Gesetzentwurf nun klarstellt, dass auch für die neue Leistung der häuslichen Betreuung der Grundsatz gilt, dass die Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung von den Leistungen der Pflegeversicherung unberührt bleiben und auch nicht nachrangig zu gewähren sind. Durch diese Anpassung werden Kostenverschiebungen zulasten der Pflegeversicherung weitgehend ausgeschlossen.

3. Leistungen nach Zeitaufwand

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass Pflegebedürftige zukünftig flexibler als bisher und orientiert an ihren persönlichen Bedürfnissen Leistungen zusammenstellen können, die Pflegedienste im Rahmen von Pflegeeinsätzen erbringen. Es ist vorgesehen, dass die Leistungen, nach Zeitaufwand berechnet werden sollen, da die Abrechnung nach Zeitaufwand weitaus besser mit Betreuungsleistungen korrespondieren als die Abrechnung nach Komplexleistungen. Diese Möglichkeit eröffnet den Pflegebedürftigen neue Spielräume bei der Inanspruchnahme von Leistungen. Dies begrüßt der vdek.

Diese Spielräume wird der Pflegebedürftige jedoch nur dann nutzen können, wenn eine umfassende und neutrale Beratung der Pflegebedürftigen über diese neuen Angebote erfolgt. Durch die beabsichtigte gesetzliche Änderung wird dem Versicherten sowie den Pflegediensten eine Vielzahl von Kombinationsmöglichkeiten zur Auswahl stehen, die – ohne sachgerechte Beratung – den Pflegebedürftigen bzw. dessen Angehörigen allzu schnell überfordern könnten.

Dem kann nur durch sachkundige und unabhängige Beratung entgegengewirkt werden. Die notwendige Beratung ist durch die Pflegedienste zu erbringen und stellt damit neue und zugleich hohe Anforderungen an die Pflegedienste. Nur wenn die ambulanten Pflegedienste künftig mehr Zeit und Know-how in die Klientenberatung investieren und dabei ihre nachvollziehbaren wirtschaftlichen Interessen uneingeschränkt hinter die des Pflegebedürftigen zurückstellen, kann die Neuregelung auch wirklich einen Zugewinn für die Betroffenen erbringen.

Voraussetzung für eine reibungslose Umsetzung der Neuregelung ist zudem, dass die neuen zeitabhängigen Vergütungen bis Ende 2012 in allen Ländern mit ca. 13.000 ambulanten Diensten vereinbart werden. Dies ist eine große Herausforderung für die Selbstverwaltung. Die notwendigen Vertragsanpassungen werden daher in allen Bundesländern unter enormen zeitlichen Druck vorstattengehen müssen. Das ist im Sinne einer qualitativ hochwertigen und durchdachten Umsetzung eher kontraproduktiv. Um dennoch den Pflegebedürftigen die vom Gesetzgeber vorgesehene Neuregelung sach- und zeitgerecht zur Verfügung stellen zu können, laufen daher bei den Pflegekassen bzw. deren (Landes-)Verbänden bereits erste konzeptionelle Vorbereitungen für die Vertragsanpassungen an.

4. Beratung

Der Entwurf enthält zahlreiche Regelungen, die darauf abzielen, die Beratung pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen zu verbessern. Der vdek begrüßt grundsätzlich die Optimierung der Information der Versicherten über die Möglichkeit der Pflegeberatung, weist aber darauf hin, dass die Pflegekassen bereits heute ihrer gesetzlichen Verpflichtung zur Aufklärung und Beratung der Versicherten nachkommen, indem sie schon bei einem telefonischen oder persönlichen Erstkontakt, zum Beispiel bei der Stellung eines Antrages auf Leistung der Pflegeversicherung, über die Leistungsansprüche, das Antragsverfahren und die Möglichkeiten zur weiteren Beratung und Unterstützung informieren.

Die Pflegekassen haben künftig jedem Versicherten, der erstmalig einen Antrag auf Leistungen nach dem SGB XI stellt, einen konkreten Beratungstermin, spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang unter Angaben einer Kontaktperson, anzubieten oder einen Beratungsgutschein auszustellen, in dem Beratungsstellen benannt sind, bei denen der Beratungsgutschein zulasten der Pflegekassen innerhalb von zwei Wochen eingelöst werden kann.

Für die Beratung der Pflegebedürftigen stehen bereits heute umfassende Angebote zur Verfügung. Hier sind in erster Linie die Pflegeberater der Pflegekassen sowie die Pflegestützpunkte als wohnortnahe Anlaufstellen zu nennen. Auf kommunaler Ebene als auch auf Ebene der Pflegekassen wurden erhebliche Ressourcen in den Aufbau und die Etablierung der Pflegestützpunkte sowie die

Bereitstellung und Qualifikation der Pflegeberater investiert. Diese Strukturen befinden sich nach wie vor noch im Aufbau. Es ist daher nicht sachgerecht, weitere Stellen mit der Beratung zu betrauen, solange die bestehenden Strukturen noch nicht vollständig ausgebaut sind. Der Umstand, dass Beratungsangebote den Versicherten teilweise nicht bekannt sind oder nicht in Anspruch genommen werden, lässt sich nicht durch den Aufbau zusätzlicher Beratungsstrukturen verändern.

5. Andere unabhängige Gutachter zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit

Zukünftig sollen neben dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) auch andere unabhängige Gutachter von den Pflegekassen zur Überprüfung der Pflegebedürftigkeit und zur Begutachtung von Leistungen der Pflegekassen beauftragt werden. Die beabsichtigten Neuregelungen zur Zulassung von unabhängigen Gutachtern beinhalten im Gegensatz zum MDK keine gesetzlichen Regelungen zur Organisation, Unabhängigkeit, Finanzierung und Aufsicht dieser Gutachter. Der MDK wird derzeit über eine Umlage finanziert, und nicht über eine Einzelleistungsvergütung. Dies trägt auch zu einer Unabhängigkeit der MDK-Gutachter bei. Andere unabhängige Gutachter würden aber nach beauftragtem Einzelfall vergütet. Das würde dazu führen, dass bestehende Regelungen nicht gleichermaßen für MDK und unabhängige Gutachter gelten würden. Unabhängigkeit bei der medizinischen und pflegerischen Begutachtung von Versicherten ist jedoch nur gewährleistet, wenn die Einzelleistung zur Begutachtung finanziell unabhängig von dem jeweiligen Auftraggeber ausgeführt wird. Insbesondere die Unabhängigkeit für alle zur Begutachtung beauftragten Institutionen ist Grundvoraussetzung für einen einheitlichen Zugang von Versicherten bzw. Pflegebedürftigen zu beitragsfinanzierten Sozialversicherungsleistungen. Die Tatsache, dass sowohl der MDK als auch alle anderen Gutachter im Wettbewerb stehen, könnte einer Unabhängigkeit entgegenstehen.

Aus Sicht des Versicherten stellt diese Wahlmöglichkeit kaum einen Mehrwert dar, da die Gutachter dem Antragsteller in der Regel unbekannt sein werden. Außerdem wird dem Versicherten unklar sein, nach welchen Kriterien er einen Gutachter auswählen soll.

6. Strafzahlungen

Die Pflegekassen haben an den Antragsteller bei Überschreiten der Bearbeitungs- und Begutachtungsfristen künftig eine Zusatzzahlung von zehn Euro je Tag der Verzögerung zu leisten, sofern der Antragsteller die Verzögerung nicht selbst zu vertreten hat oder wenn sich der Antragsteller in stationärer Pflege befindet und bereits als mindestens erheblich pflegebedürftig anerkannt ist. Die Pflegekassen und Medizinischen Dienste bearbeiten jährlich eine große Anzahl von Anträgen und Begutachtungsaufträgen (2010 ca. 1,33 Millionen). Da-

bei werden trotz dieses hohen Antrags- und Begutachtungsaufkommens die vorgesehenen Fristen bereits heute überwiegend eingehalten. Den Pflegekassen und Medizinischen Diensten ist die hohe Bedeutung der schnellen Leistungsentscheidung für die Antragsteller bewusst. Es ist gelungen, die Laufzeiten der Gutachten in den letzten Jahren kontinuierlich zu senken. Diese Entwicklung wird sich künftig weiter fortsetzen. Auch wenn im Einzelfall Verzögerungen in der Antragsbearbeitung eintreten sollten, entstünden den Versicherten daraus keine Nachteile, da die Leistungen rückwirkend ab dem Zeitpunkt der Antragstellung gewährt werden.

Aus Sicht des vdek ist daher die Einführung der Strafzahlung nicht notwendig und verursacht unverhältnismäßige Bürokratie. Unverständlich ist besonders die geplante Änderung zu § 46 Absatz 3 Satz 1 SGB XI, wonach die Ausgaben für solche Zahlungen vom Verwaltungskostenersatz, den die Pflegekassen an die Krankenkassen leisten, abzuziehen sind. Damit werden diese Zusatzzahlungen letztlich der Versichertengemeinschaft der GKV aufgelastet. Dies ist aus Sicht des vdek systemwidrig und daher abzulehnen.

7. Pflegegutachten und Rehabilitationsempfehlung

Die Pflegekassen sollen verpflichtet werden, die Versicherten, deren Angehörige und Lebenspartner darüber aufzuklären, dass sie einen Anspruch auf die Übermittlung der Gutachten des MDK oder anderer von den Pflegekassen beauftragter Gutachter sowie einer gesonderten Rehabilitationsempfehlung haben. Transparenz im Sinne der Leistungsentscheidung ist wichtig, dazu gehört auch das Versicherten Gutachten der Medizinischen Dienste zur Verfügung gestellt werden. Zum einen ermöglicht dies dem Versicherten zu überprüfen, ob der Gutachter alle relevanten Informationen über den Antragsteller in seinem Gutachten berücksichtigt hat. Zum anderen kann der Versicherte leichter entscheiden, ob er zur Verfolgung seiner sozialen Rechte weitere Rechtsmittel einlegen will. Dennoch ist die geplante Änderung einerseits nicht erforderlich und könnte andererseits sogar unerwünschte Auswirkungen haben. Denn bereits heute haben die Antragsteller ein Recht auf Akteneinsicht gemäß § 25 SGB X. Zur Verwirklichung dieses Anspruchs übermitteln die Pflegekassen dem Antragsteller auf Wunsch schon heute das Pflegegutachten kostenfrei. Die bestehende Regelung ist ausreichend und im Übrigen auch besser geeignet, da sie dem Umstand Rechnung trägt, dass Gutachten immer Angaben über den Gesundheitszustand (z. B. Prognosen über den Krankheitsverlauf) enthalten können, die dem Betroffenen unter besonderer Rücksichtnahme mitgeteilt werden sollten. Eine festgestellte Rehabilitationsempfehlung wird bereits heute im Pflegegutachten dokumentiert und die Pflegekasse muss den Versicherten darüber informieren und die Einwilligung zur Weitergabe des Antrags einholen. Von daher ist der Mehrwert der neuen Regelung, wonach die gesonderte Rehabilitationsempfehlung an die Antragsteller weiterzuleiten ist, nicht zu erkennen und befördert eher bürokratische Strukturen. Zudem wird der Eindruck er-

weckt, dass nahezu jeder Pflegebedürftige auch einer Rehabilitationsmaßnahme bedarf bzw. in der Lage ist, eine solche Maßnahme anzutreten.

8. Qualitätsprüfungen

Der Gesetzentwurf sieht bei der Umsetzung der Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen zukünftig eine schriftlich Einwilligung des Geprüften oder eines zu Einwilligung Berechtigten vor. Sofern keine Einwilligung vorliegt, scheidet die Einbeziehung des Pflegebedürftigen in die Qualitätsprüfung aus. Diese Regelung macht es nahezu unmöglich, in gerichtlich belastbarer Weise eine ausreichende Anzahl an zu Prüfenden zu finden. Insbesondere bei Pflegebedürftigen, die nicht selbst entscheiden können, ist es auch organisatorischen Gründen nahezu unmöglich, die schriftliche Einwilligung des Berechtigten im Rahmen einer unangekündigten Prüfung einzuholen. Bereits heute ist von einer durchaus relevanten Zahl an Pflegebedürftigen auszugehen, die nicht selbst einwilligen können. Diese wird zukünftig eher zunehmen. Daher können immer weniger Menschen in die Prüfung einbezogen werden, unangemeldete Prüfungen der Pflegeeinrichtungen werden erschwert und die Prüfungen nur noch einen unzureichenden Einblick in Ergebnis- und Lebensqualität geben. Damit die unangemeldeten Prüfungen noch ihre eigentliche Funktion erfüllen, sollte die bisherige Praxis der mündlichen Einwilligung mit entsprechender Dokumentation in den Prüfunterlagen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) beibehalten werden.

Ebenfalls ist bei den Qualitätsprüfungen eine Regelung vorgesehen, bei der im Fall von Wiederholungsprüfungen nur zusätzliche, tatsächlich angefallene Aufwendungen, nicht aber Verwaltungs- und Vorhaltekosten, die auch ohne Wiederholungsprüfung angefallen wären, abgerechnet werden dürfen. Pauschalen oder Durchschnittswerte dürfen ebenfalls nicht angesetzt werden. Aus Sicht des vdek ist der mit der Regelung verbundene Ansatz nur zusätzliche, tatsächliche Kosten anzusetzen zwar nachvollziehbar. Allerdings gehören aber auch anteilige Verwaltungskosten dazu. Davon ausgehend, dass in diesem Jahr ca. 23.000 Qualitätsprüfungen durchgeführt werden, die ca. 1.000 Wiederholungsprüfungen nach sich ziehen, wird deutlich, dass bei einer solchen Größenordnung gesonderte Prüfkapazitäten vorgehalten werden müssen. Aus diesem Grund ist es sachgerecht, wenn hierfür anteilige Verwaltungskosten in Rechnung gestellt werden.

9. Mindestentgelt

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass die Zahlung einer ortsüblichen Vergütung nur noch in den Situationen zur Anwendung gelangt, in denen Pflegeeinrichtungen ihren Beschäftigten nicht nach dem Arbeitnehmerentendegesetz ein Mindestentgelt zu zahlen haben. Bereits heute werden ortsübliche Vergütungen, die in der Regel dem Tariflohn entsprechen, gezahlt. Somit findet das Ur-

teil des Bundessozialgerichtes zu Zahlung von Tariflöhnen in Pflegeeinrichtungen seine Berücksichtigung. Die bisherige gesetzliche Regelung der Zahlung einer ortsüblichen Arbeitsvergütung hat sich bewährt. Die geplante Anpassung der gesetzlichen Regelung ist nicht erforderlich.

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Abteilung Politik / Selbstverwaltung
Askanischer Platz 1
10963 Berlin
Tel.: 030/2 69 31 – 0
Fax: 030/2 69 31 – 2900
info@vdek.com