

BAGSO e. V. • Bonngasse 10 • 53111 Bonn

Bundesministerium für Gesundheit
Regina Kraushaar
Leiterin der Abteilung 4
Pflugesicherung, Prävention
Friedrichstraße 108
10117 Berlin

Per mail: pflgereform@bmg.bund.de



Bundesarbeitsgemeinschaft der
Senioren-Organisationen e.V.

Bonngasse 10
53111 Bonn

Tel. 0228-24 99 93-26
kaiser@bagso.de

Bonn, den 08.07.2015

Stellungnahme

der Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO)

zum Referentenentwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II – vom 22.06.2015)

Bedingt durch die Kürze der Frist zur Stellungnahme zum Referentenentwurf PSG II und den in diesen Zeitraum fallenden 11. Deutschen Seniorentag in Frankfurt am Main müssen wir unsere Stellungnahme auf fünf Komplexe beschränken und können uns hierbei auch nur auf einige Schwerpunkte konzentrieren:

1. Informations- und Beratungsauftrag
2. Pflegebedürftigkeitsbegriff und Begutachtungsinstrument
3. Leistungsrecht
4. Beteiligungsrechte
5. Qualitätsausschuss

1. Informations- und Beratungsauftrag

Zu Recht wird in § 7a Abs.8 festgelegt, dass Neutralität und Unabhängigkeit der Beratung zu gewährleisten sind. Dieser Maßstab wird im Gesetzentwurf selbst aber nicht angelegt. Die Pflegekassen, denen der Auftrag zur Information, Beratung, Aufklärung und Auskunft gegenüber den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen über-

tragen wird, sind weder neutral noch unabhängig, sondern als Kostenträger interessegeleitet. Es wird daher als äußerst problematisch angesehen, den Pflegekassen in § 7 diese weitreichenden Informations- und Beratungsrechte - individuell wie allgemein – einzuräumen, anstatt sie unabhängigen Beratungsstellen zu übertragen.

Die Erfahrungen in der Praxis zeigen bereits heute, dass die Information und Beratung der Versicherten nicht immer an deren Hilfebedarfen orientiert ist und die gebotenen und gewünschten Unterstützungsmöglichkeiten im Blick hat, und dass Ermessensspielräume in der Regel zulasten der Versicherten genutzt werden.

Wir begrüßen, dass auf Wunsch eines Anspruchsberechtigten die Pflegeberatung nun auch gegenüber seinen Angehörigen, Lebenspartnern oder weiteren Personen erfolgen kann (§ 7a Abs. 2). Dies trägt der Lebenswirklichkeit Rechnung, da gerade diese Gruppe selbst großen Beratungsbedarf hat. Auch die Erweiterung der möglichen Orte, an denen Pflegeberatung stattfinden kann, ist zu begrüßen. Die Fristsetzung von 14 Tagen für die Benennung eines Beratungstermins und einer Kontaktperson bei der Beratung nach § 7b halten wir für angemessen und sinnvoll.

Wir möchten an dieser Stelle jedoch mit Nachdruck darauf hinweisen, dass die verschiedenen Formen der Pflegeberatung die zunehmende Vielfalt der Gesellschaft berücksichtigen müssen und sich insbesondere auf die Bedarfe und Bedürfnisse von Menschen aus anderen Kultur- und Sprachkreisen einstellen müssen. Wir halten es für notwendig, dass die vom GKV Spitzenverband nach § 17 Absatz 1a zu erstellenden Empfehlungen („Pflegeberatungs-Richtlinie“) diesen Aspekt ausdrücklich berücksichtigen.

Den nach § 7a Absatz 9 geforderten Bericht über die Erfahrungen und die Weiterentwicklung der Pflegeberatung und der Pflegeberatungsstrukturen halten wir für sinnvoll, um Qualität und Effizienz auch im Sinne des Verbraucherschutzes überprüfen zu können.

2. Pflegebedürftigkeitsbegriff und Begutachtungsinstrument

Wir begrüßen es sehr, dass mit der Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs (§ 14) Personengruppen in den Genuss der Leistungen der Pflegeversicherung kommen, die bisher ausgeschlossen oder nicht adäquat versorgt sind. Insbesondere sehen wir positiv, dass die Empfehlungen der Expertenbeiräte aus den Jahren 2009 und 2013 weitgehend übernommen wurden.

Gut ist, dass bei der Ermittlung der Pflegebedürftigkeit die Beeinträchtigung der Selbstständigkeit und Fähigkeitsstörungen personenbezogen und unabhängig vom jeweiligen (Wohn-)Umfeld, und damit auch sozialem Umfeld erhoben werden. Das führt jedoch dazu, dass die Begutachtung in manchen Fällen (z.B. im vollstationären

Bereich) mit hypothetischen Fragen und Antworten hantieren muss. Entscheidend scheint uns daher die Konkretisierung im Begründungsteil, dass Voraussetzung für Pflegebedürftigkeit ist, dass körperliche oder psychische Schädigungen, Beeinträchtigung körperlicher, kognitiver oder psychischer Funktionen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen „nicht selbständig kompensiert oder bewältigt werden können“.

Leider findet sich im vorliegenden Referentenentwurf weiterhin keine Lösung für Personen, die häufig nach einem Krankenhausaufenthalt vorübergehend Hilfe und Unterstützung benötigen. Durch die Festschreibung der 6-Monatsregelung (Hilfebedarf für voraussichtlich mindestens sechs Monate) ist eine Chance vertan, die Schnittstelle zwischen stationärer Akutversorgung und pflegerischer Versorgung zu schließen. Immerhin steht im Begründungstext, dass Dauerhaftigkeit auch dann gegeben ist, wenn die verbleibende Lebensspanne möglicherweise weniger als sechs Monate beträgt. Dies könnte für einige Personengruppen eine Erleichterung des Zugangs zu Leistungen der Pflegeversicherung darstellen, es wirft allerdings in der Praxis vermutlich gutachterliche Fragen auf.

Kritisch ist anzumerken, dass die Festlegung der Schwellenwerte zur Bestimmung der Pflegebedürftigkeit in § 15 willkürlich erscheint, denn die dahinter liegende Bewertungssystematik ergibt sich weder aus dem Gesetz noch aus der Begründung und weicht von dem ab, was in der Fachdiskussion zuvor festgelegt worden war. Insbesondere haben die Schwellenwerte noch keine Aussagekraft im Hinblick auf eine zu erwartende Verteilung der Pflegebedürftigen auf die Pflegegrade, da das Bundesministerium für Gesundheit erst durch Rechtsverordnung – im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales – die Punktbereiche und gewichteten Punktwerte festlegt. Damit liegt der eigentliche Stellschlüssel zur Zuordnung zu den Pflegegraden in den Händen des Bundesministeriums für Gesundheit. Es ist zu befürchten, dass hierbei, auch wenn laut Begründung „die Vorarbeiten des GKV-Spitzenverbandes und der Expertenbeiräte berücksichtigt werden sollen“, weniger pflegfachliche Aspekte eine Rolle spielen als vielmehr die jeweilige Kassenlage.

Sehr kritisch wird gesehen, dass die Richtlinienkompetenz für die Zuordnung eines Pflegebedürftigen in den Pflegegrad 5 - unabhängig vom Erreichen des Schwellenwert von 90 Punkten - dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen übertragen wird, denn auch hier besteht die begründete Befürchtung, dass Entscheidungen nach Kassenlage und nicht nach pflegfachlichen Notwendigkeiten getroffen werden.

3. Leistungsrecht

Wir begrüßen, dass Personen mit einem Pflegegrad 1 bereits einen weitreichenderen Anspruch auf Leistungen haben, als Personen mit der alten Pflegestufe 0. Insbeson-

dere die Beratungsleistungen, Pflegekurse der Angehörigen und ehrenamtlichen Pflegepersonen sowie Leistungen zur Verbesserung der Wohnsituation können dazu beitragen, dass Menschen sich frühzeitig auf die Pflegesituation und einen ggf. steigenden Unterstützungsbedarf einstellen können. Dennoch fehlen aus unserer Sicht die Ansprüche auf Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege, die die Pflegesituation auch für diese Gruppe entlasten könnten.

Das PSG II zielt auf eine Stärkung des Grundsatzes ambulant vor stationär, die wir an sich begrüßen. Diese sollte aber über den Ausbau der Unterstützungsleistungen im ambulanten Bereich erfolgen und nicht durch Sanktionen für diejenigen, die vollstationäre Leistungen in Anspruch nehmen. Nach § 43 Abs. 4 sollen Personen, die vollstationäre Pflege wählen, obwohl diese „nach Feststellung der Pflegekasse nicht erforderlich ist“, nur einen Teilbetrag der für vollstationäre Leistungen vorgesehenen Beträge erhalten. Hier sehen wir das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten fundamental beschnitten. Zudem entziehen sich die Kriterien für die Überprüfung der „Erforderlichkeit“ der vollstationären Versorgung durch den MDK jeglicher Transparenz. Dass selbst eine Person mit Einstufung in Pflegegrad 5 dem Verdacht ausgesetzt ist, vollstationäre Pflege nicht zu benötigen, ist kaum nachzuvollziehen.

Unberücksichtigt ist im Rahmen der Regelung in § 43 Abs.2, dass nicht selten Ehe-/oder Lebenspartner ihrem pflegebedürftigen Partner in eine stationäre Einrichtung folgen, obwohl sie nicht den Pflegegraden 2 bis 5 zuzuordnen sind. Hier muss ein Ausgleich geschaffen werden, der die Partner nicht dazu zwingt, entweder die notwendige stationäre Versorgung nicht in Anspruch zu nehmen oder aber eine Trennung herbeizuführen.

Die Kombinationsmöglichkeiten in Bezug auf die Pflegesachleistungen und das Pflegegeld sowie den Entlastungsbetrag sind unübersichtlich. Außerdem wird das Wunsch- und Wahlrecht der pflegebedürftigen und behinderten Menschen unangemessen eingeschränkt. Dies gilt insbesondere in Bezug auf die Kombinationsleistungen aus Tages- und Nachtpflege, der Kurzzeitpflege sowie der Verhinderungs- und Ersatzpflege.

Das Leistungssystem ist kompliziert, so dass der individuellen Beratung besondere Bedeutung zukommen wird. Auch hier wird deutlich, wie wichtig eine ausschließlich am individuellen Hilfebedarf orientierte Beratung ist, die unbeeinflusst von wirtschaftlichen Erwägungen erfolgen muss.

Leider wurde die Chance nicht genutzt, im Rahmen dieser Gesetzesänderung die Ungerechtigkeiten in Bezug auf die medizinische Behandlungspflege zu beseitigen und die stationär gepflegten Menschen von diesen Kosten zu entlasten (§ 43 Abs. 2 und § 82 Abs.1).

Die Neuordnung des § 45 begrüßen wir. Sie dient der besseren Systematik und Transparenz. Auch die Verwendung neuer Begriffe, insbesondere der Oberbegriff „Angebote zur Unterstützung im Alltag“, fördert die Verständlichkeit des § 45a. Auch die Klarstellung der Mindestvoraussetzungen für die Anerkennung der Angebote nach § 45a erscheint im Hinblick auf eine bundesweite Vereinheitlichung hilfreich.

Durch die Regelung in § 45a Abs. 4 werden die häuslich gepflegten Menschen jedoch gezwungen, mit den Kosten für die Unterstützungsangebote zunächst in Vorleistung zu treten und danach Kostenerstattung zu beantragen. Dies ist eine Ungleichbehandlung gegenüber stationär betreuten Menschen, die hier nicht in Vorleistung treten müssen. Dies wird auch deshalb abgelehnt, weil damit ein nicht unerheblicher Bürokratieaufwand verbunden ist, den die betroffenen Menschen nicht selbst leisten können und hierzu wieder Hilfe von außen in Anspruch nehmen müssen, was zu Lasten der Zeiten für die eigentliche Altersunterstützung geht.

Entsprechendes gilt auch für den in § 45b vorgesehenen Entlastungsbetrag, der erst im Nachhinein erstattet werden kann und damit das Risiko der Refinanzierung auf die pflegebedürftigen Personen verlagert.

Die in § 45c festgeschriebene Förderung der Selbsthilfe zur Unterstützung von Pflegebedürftigen sowie deren Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden halten wir für sehr förderlich, um Aktivitäten des bürgerschaftlichen Engagements im Bereich der Pflege stärker zu unterstützen.

Die ebenfalls in § 45c geregelte Modellförderung insbesondere für an Demenz erkrankte Pflegebedürftige sowie andere Gruppen von Pflegebedürftigen, deren Versorgung in besonderem Maße der strukturellen Weiterentwicklung bedarf, halten wir für wichtig. Im Fokus sollten nach unserer Auffassung insbesondere Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund stehen, die auf kultursensible Angebote angewiesen sind. Modellvorhaben mit Zielrichtung interkulturelle Öffnung und kultursensible Pflege, insbesondere auch unter Einbeziehung von Migrantenorganisationen, halten wir für besonders relevant. Wir begrüßen daher, dass im Begründungstext zum § 45 c Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund und ihre Angehörigen explizit erwähnt werden.

Die vorgesehene Überleitung der bereits Pflegebedürftigen von Pflegestufen zu Pflegegraden ist sinnvoll. Insbesondere die Regelungen zur Überleitung von Menschen mit bereits festgestellter eingeschränkter Alltagskompetenz halten wir für sachgerecht. Von der zeitlichen Befristung des Bestandsschutzes bis zum 1. Januar 2019 sind im Allgemeinen vor allem jüngere Pflegebedürftige und Kinder betroffen. Wir begrüßen, dass der Bestandsschutz auch dann gilt, wenn die Pflegekasse zwischenzeitlich gewechselt wird.

4. Beteiligungsrechte

Nach den Erfahrungen der BAGSO mit der Beteiligung der „auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen“ nach § 118 SGB XI haben wir erwartet, dass diese Verbände von der Rolle eines reinen Beratungsorgans befreit und ihnen Mitbestimmungsrechte übertragen werden. Immerhin vertreten diese Verbände die Personengruppen, über deren pflegerisches Schicksal durch die gesetzlichen Neuregelungen entschieden wird und die mit ihren Beitragszahlungen in die Pflegeversicherung die Leistungen der Pflegekassen finanzieren. Sie können daher mit Fug und Recht erwarten, dass sie über ihre Verbände nicht nur angehört werden, sondern dass sie neben den Kostenträgern und den Leistungserbringern ein gleichwertiges Stimmrecht haben.

Es ist daher nicht hinzunehmen, wenn beispielsweise bei den vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen abzugebenden Empfehlungen zur erforderlichen Anzahl, Qualifikation und Fortbildung von Pflegeberatern (§ 7a Abs.3 Satz 3) oder bei den Richtlinien nach § 17 Abs.1 und Abs. 1a die Betroffenenverbände nur „Möglichkeit zur Stellungnahme“ oder beratende Funktion haben sollen oder wenn Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche nach § 37 Abs.3 ganz ohne Beteiligung der §118er-Verbände bearbeitet werden sollen (§ 37 Abs.5 Satz 1). Entsprechendes gilt auch für die Regelungen in § 11a sowie die vorgesehene Mitwirkung im Qualitätsausschuss nach § 113b Abs.1 und bei der Richtlinienerstellung nach § 114a Abs. 7. In § 53c fehlt die Beteiligung der 118er-Verbände völlig.

Gleichzeitig fordern wir eine angemessene Unterstützung der §118er Verbände. Sie müssen in die Lage versetzt werden, ihren Sachverstand, der auch durch Ehrenamtliche vertreten wird, effektiv einbringen zu können.

5. Qualitätsausschuss

Die Vorschläge zur Schaffung eines Qualitätsausschusses begrüßen wir grundsätzlich sehr. Wir finden darin zahlreiche unserer seit langem formulierten Forderungen wieder. So haben wir aufgrund unserer Erfahrungen bei der Mitwirkung im bisherigen Plenum der Vertragspartner und den entsprechenden Arbeitsgruppen dringend gesetzliche Vorgaben zur Schaffung von Strukturen und Prozessen gefordert. Notwendig sind aus unserer Sicht klare und sanktionsbewährte Vorgaben z.B. zur Einrichtung einer neutralen Geschäftsstelle, zur Einsetzung eines unparteiischen Vorsitzenden sowie zur Schaffung einer Geschäftsordnung.

Wir begrüßen daher die vorgeschlagenen Regelungen sehr, so die Schaffung einer qualifizierten Geschäftsstelle (§ 113b Abs. 6), die Vereinbarung einer Geschäftsord-

nung (§ 113b Abs. 7), die Verpflichtung, die Beschlüsse des Qualitätsausschusses dem BMG vorzulegen (§113b Ab. 8) und die Konkretisierung der Einbeziehung von wissenschaftlichen Sachverständigen (§113b Ab. 4 und 5).

Unsere Kritik zielt jedoch darauf, dass der Qualitätsausschuss zweistufig angelegt ist. Erst in dem Fall, dass in der ersten Stufe keine Vereinbarung oder kein Beschluss zustande kommt, kann „auf Verlangen mindestens einer Vertragspartei nach § 113, eines Mitglieds des Qualitätsausschusses oder des BMG“ der sogenannten „erweiterte Qualitätsausschuss“ (§ 113b Abs. 3) eingesetzt werden. Erst zu diesem Zeitpunkt kommen dann ein unparteiischer Vorsitzender und zwei weitere unparteiische Mitglieder hinzu. Erst der erweiterte Qualitätsausschuss entscheidet nach Mehrheitsprinzip. Aus unserer Erfahrung ist dieses Vorgehen ineffektiv und wird zu erheblichen Verzögerungen führen. Wir appellieren daher an den Gesetzgeber, auf die Differenzierung zwischen Qualitätsausschuss und erweitertem Qualitätsausschuss zu verzichten.

Die Zusammensetzung des Qualitätsausschusses (§113b Abs. 2) erscheint uns sinnvoll. Wir begrüßen die klare Zuordnung möglicher Vertreter zur Bank der Leistungserbringer bzw. der Leistungsträger, insbesondere die mögliche Anrechnung der benannten Vertreter der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe sowie der kommunalen Spitzenverbände auf die Zahl der Leistungsträger und die mögliche Anrechnung eines Vertreters/einer Vertreterin der Pflegeberufe auf die Zahl der Leistungserbringer. Die Klarstellung, dass eine Vertretung sowohl der Leistungsträger als auch der Leistungserbringer durch eine Organisation nicht möglich ist, halten wir für hilfreich. Wenn der Gesetzgeber die Beteiligungsrechte der Betroffenenverbände ernst nimmt, so müssen die §118er Verbände folgerichtig ein Stimmrecht erhalten.

Bonn, den 8.7.2015

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e.V. (BAGSO) vertritt über ihre mehr als 110 Mitgliedsverbände die Interessen von 13 Millionen älteren Menschen in Deutschland. Die BAGSO ist eine der maßgeblichen Organisationen der Interessenvertretung Behinderter, Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen nach §118 SGB XI.