

**Stellungnahme  
von Harry Fuchs, Düsseldorf, zum  
Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung  
(Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – PFWG)**

## **Einleitung**

Die Lebenssituation pflegebedürftiger Menschen ist nicht nur durch ihren Pflegebedarf, sondern auch durch die Beeinträchtigung ihrer Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, durch unzureichende medizinische Versorgung, eingeschränkten Zugang zu den erforderlichen Hilfen und Leistungen, unzureichende ganzheitliche Leistungsorganisation sowie durch hemmende Schnittstellen des gegliederten Sozialleistungssystems und bürokratisches Handeln der Leistungsträger gekennzeichnet.

Eine wirksame Weiterentwicklung der Pflegeversicherung wird nur erreicht, wenn u.a.

- Schnittstellen und sektorale Hemmnisse des gegliederten Systems überwunden werden. Dazu muss die Konvergenz der Sozialgesetzbücher V, IX, XI und XII erreicht werden, deren Leistungen pflegebedürftige Menschen zu einer am Normalitätsprinzip orientierten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft benötigen,
- die medizinische Versorgung Pflegebedürftiger durch jederzeitige Erreichbarkeit geriatrisch kompetenter Ärzte gesichert ist,
- die Feststellung des bedarfsgerechten Leistungs- und Hilfebedarfs pflegebedürftiger Menschen nicht nur auf die leistungsrechtlichen Aspekte der Pflege reduziert bleibt, sondern orientiert an der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation alle Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft erfasst,
- die Verwaltungs- und Verfahrensvorschriften für die Leistungsverfahren so gestaltet werden, dass erforderliche Leistungen unverzüglich verfügbar sind, d.h. u.a., Fristen für Begutachtungs- und Entscheidungsprozesse nicht hinter den bereits mit dem Neun-ten Sozialgesetzbuch erreichten Fortschritten zurückbleiben
- insbesondere zur nichtstationären Versorgung Leistungen der Sozialgesetzbücher V, IX, XI und XII so vernetzt werden können, dass sie wie „aus einer Hand“ ausgeführt werden können. Dazu sind mindestens die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass bestehende Hemmnisse zur Umsetzung des ab 1.1.2008 bestehenden Rechtsanspruchs auf das persönliche Budget beseitigt werden. Der Anspruch auf Hilfe zum Lebensunterhalt darf nicht zurücktreten, wenn pflegebedürftige Menschen sich für gemeinschaftliches Leben und Wohnen entscheiden.

In dem Entwurf des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes sind weder Ansätze zur Sicherstellung der Teilhabe pflegebedürftiger Menschen am Leben in der Gesellschaft noch solche zur Konvergenz der verschiedenen Sozialgesetzbücher enthalten. Ebenso wenig werden vorhandene Hemmnisse zur Durchführung des Rechtsanspruchs auf ein persönliches Budget beseitigt. Die vielfältigen Regelungen des Entwurfs zur Verfahrensbeschleunigung und zur Organisation der Versorgung beseitigen die Ursachen für die vorhandenen Defizite nicht. Zudem sind die in der Begründung erkennbaren guten Absichten in wesentlichen Teilen in den gesetzlichen Regelungen nicht wieder zu finden, sodass die angestrebte Wirksamkeit in der Praxis nicht erreicht werden kann.

## **1. Konvergenz der Sozialgesetzbücher IX und XI**

Ob ein Mensch ein behinderter Mensch im Sinne des Sozialrechts ist (§ 2 SGB IX) richtet sich seit dem Inkrafttreten des Neunten Sozialgesetzbuches (SGB IX) am 1.7.2007 nicht mehr nach Art und Schwere seiner Erkrankung oder Behinderung, sondern danach, ob er als Folge seiner Krankheit oder Behinderung eine Beeinträchtigung seiner Teilhabe am Leben in der Gesellschaft erlitten hat. Pflegebedürftigkeit ist ebenso die Folge von Krankheit und Behinderung, wie die Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. Pflegebedürftige Menschen sind deshalb durchweg zugleich in ihrer Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt und deshalb auch immer behinderte Menschen im Sinne des § 2 SGB IX. Für pflegebedürftige Menschen gelten deshalb neben den Bestimmungen des SGB XI immer auch die Bestimmungen des SGB IX<sup>1</sup>.

Derzeit werden jedoch immer noch gleiche Sachverhalte im SGB XI anders geregelt als im SGB IX, sodass pflegebedürftige Menschen Probleme sowohl wegen der vorhandenen Unterschiede, wie auch wegen der dadurch in der Praxis entstehenden Divergenzen haben. So geht z.B. das Wunsch- und Wahlrecht nach § 9 SGB IX für behinderte Menschen, die auch pflegebedürftige Menschen sein können, weitgehend von Selbstbestimmung aus, während das SGB XI diese Selbstbestimmung auf „angemessene Wünsche“ reduziert. Für diese und andere Unterschiede im geltenden Recht gibt es keine Rechtfertigung.

Die Teilhabe kranker, pflegebedürftiger und behinderter Menschen ist nicht nur ein Aspekt des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, der nicht Gegenstand des jetzigen Gesetzgebungsverfahrens ist, sondern ein aus der Verfassung abgeleiteter, alle Sozialgesetzbücher übergreifender Grundsatz, der auch im Bereich der Pflegeversicherung gilt und klarzustellen ist. Die jetzige Reform sollte deshalb zur Beseitigung von Rechtsunterschieden, aber auch zur Sicherstellung des Gleichbehandlungsgrundsatzes bestehende Divergenzen beseitigen. Die nachfolgende Stellungnahme enthält dazu Vorschläge.

### **Vorschläge zur Herstellung von Konvergenz:**

#### **1.1 Zu § 1 Absatz 4 – Teilhabe nach dem SGB IX -**

Der Entwurf enthält keine Regelung.

#### **Vorschlag:**

An § 1 Abs. 4 wird folgender Satz 2 angefügt:

„Leistungen zur Teilhabe richten sich nach dem Neunten Buch.“

#### **Begründung:**

Damit werden alle Zweifel ausgeschlossen, dass pflegebedürftige Menschen auch die Leistungen zur Teilhabe nach dem Neunten Sozialgesetzbuch erhalten können.

#### **1.2 Zu § 2 Abs. 2 Satz 2 – Selbstbestimmung/Wunschrecht -**

Der Entwurf enthält eine Regelung zum Wunsch nach gleichgeschlechtlicher Pflege (neuer Satz 3). Zuvor sollte jedoch Satz 2 neu gefasst werden.

#### **Vorschlag:**

§ 2 Abs. 2 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

---

<sup>1</sup> vergl. „Empfehlungen für eine teilhabeorientierte Pflege“, [www.behindertenbeauftragte.de](http://www.behindertenbeauftragte.de)

„§ 9 Abs. 1 Satz 1 des Neunten Buches findet Anwendung.“

Begründung:

Konvergenz mit den Bestimmungen des SGB IX. Damit verfügen chronisch kranke, pflegebedürftige und behinderte Menschen bei Leistungen zur Pflege und Teilhabe über ein einheitliches Wunschrecht.

### **1.3 Zu § 4 Abs. 5 - Orientierung der Leistungen am Prinzip der Teilhabe –**

Der Entwurf enthält dazu keine Regelung.

Nach § 27 SGB IX gelten die auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft orientierten Ziele des § 26 Abs. 1 SGB IX sowie die Verpflichtung zur Feststellung des individuellen, an der ICF orientierten funktionsbezogenen Leistungsbedarfs (§ 10 SGB IX) auch in der Krankenbehandlung. Die im Rahmen der Krankenbehandlung erbrachten Leistungen müssen danach so ausgerichtet werden, dass sie nicht nur die Ziele der Krankenbehandlung (Herstellung der bestmöglichen Gesundheit) verfolgen, sondern zugleich auch zur Erreichung der mit der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft verbundenen Ziele geeignet sind. Zudem verpflichtet § 2a SGB V dazu, den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen Rechnung zu tragen.

Vergleichbare Regelungen, die die Leistungen der Pflegeversicherung in den Kontext der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft stellen, fehlen bisher im SGB IX. Sie sind hier jedoch noch weniger verzichtbar als im Krankenversicherungsrecht, weil – wie unter Ziffer 1 ausgeführt – pflegebedürftige Menschen zugleich auch behinderte Menschen im Sinne des § 2 SGB IX sind. Zudem ist § 10 SGB IX auch bisher schon im Bereich der Pflegeversicherung anzuwenden, soweit Leistungen des SGB XI Gegenstand von persönlichen Budgets nach § 17 SGB IX sind. Gleichwohl bestehen diesbezüglich in der Praxis erhebliche Probleme

### **Vorschlag**

An § 4 wird folgender – neuer – Absatz 5 angefügt:

„Bei der Feststellung des Leistungsbedarfs, der Entscheidung über Leistungsanträge und der Ausführung der Leistungen sowie der Durchführung des Verfahrens sind die Ziele und Grundsätze des Neunten Sozialgesetzbuches zu beachten.“

### **1.4 Zu § 18 Abs. 1 – Aufgabe des MDK /Bedarf an Teilhabeleistungen –**

§ 18 Abs. 1 Satz 3 regelt, dass Versicherte einen Rehabilitationsanspruch haben, soweit damit die Pflegebedürftigkeit beeinflusst werden kann. Der Entwurf will dazu mit einer Änderung klarstellen, dass diese Ansprüche nicht eingeschränkt sind.

Dieser Klarstellung bedarf es ebenso wenig, wie den letzten Halbsatz insgesamt. Die uneingeschränkten Ansprüche auf Leistungen der medizinischen Rehabilitation sind in den §§ 11 Abs. 2, 40 SGB V iVm § 26 SGB IX umfassend und abschließend geregelt. Für die (im Übrigen an dieser Stelle auch unsystematische) Klarstellung dieser Leistungsansprüche in dem für den MDK geltenden Verfahrensrecht gibt es keinen Regelungsbedarf.

Die Mehrzahl der pflegebedürftigen Menschen benötigt dagegen neben Leistungen zur Pflege zur Sicherstellung ihrer Teilhabe am Leben in der Gesellschaft weitergehende Leistungen nach anderen Sozialgesetzbüchern. Zur Sicherstellung einer die gesamte Lebenssituation pflegebedürftiger Menschen erfassenden Versorgung und zur Vermeidung überflüssiger Doppelbegutachtungen sollte der MDK im Bedarfsfall mit der Feststellung der

Pflegebedürftigkeit usw. zugleich auch Feststellungen zu den erforderlichen Teilhabeleistungen treffen.

### **Vorschlag:**

1. § 18 Abs. 1 Satz 3, letzter Halbsatz wird nicht geändert, sondern ersatzlos gestrichen.

2. Nach dem so geänderten Satz 3 wird folgender Satz 4 angefügt:

„Soweit Maßnahmen der Prävention, der Rehabilitation oder andere Leistungen zur Teilhabe nach dem Neunten Buch erforderlich sind, trifft der medizinische Dienst die nach § 10, 14 Abs. 5 Satz 5 des Neunten Buches erforderlichen Feststellungen und leitet sie unverzüglich der vom Berechtigten gewählten Gemeinsamen Servicestelle zur Einleitung der Leistungsverfahren beim zuständigen Träger zu. Der Eingang der Mitteilung bei der Gemeinsamen Servicestelle gilt als Antragstellung für das Verfahren nach § 14 des Neunten Buches.“

### **Begründung:**

Der MDK nimmt bei seiner Pflgebegutachtung zugleich auch den Bedarf für Leistungen der Prävention, der Rehabilitation bzw. sonstiger Leistungen zur Teilhabe wahr. Der Vorschlag verpflichtet den MDK, mit der Begutachtung nach § 18 SGB IX zur Pflege zugleich auch die zur Entscheidung über Teilhabeleistungen nach dem SGB IX erforderlichen Feststellungen zu treffen (§§ 10, 14 SGB IX) und diese sofort an die vom berechtigten gewählte Gemeinsame Servicestelle (§ 22 SGB IX) weiterzuleiten, die den Berechtigten bei der Antragstellung unterstützt und das weitere Verfahren beschleunigt durchführt.

Dieser Vorschlag übernimmt die Intention des § 8 SGB IX in die Pflegeversicherung. Nach § 8 SGB IX sind die Rehabilitationsträger bei jeder Erbringung von Sozialleistungen wegen oder unter Berücksichtigung einer Behinderung oder drohenden Behinderung zur Prüfung verpflichtet, ob Teilhabeleistungen voraussichtlich erfolgreich sind. Folgt man diesem Vorschlag, findet diese Prüfung künftig im Zusammenhang mit den Feststellungen zur Pflege nach § 18 Abs. 1 SGB XI auch bei pflegebedürftigen Menschen statt. Damit ist auch für pflegebedürftige Menschen die in § 8 SGB IX enthaltene, systematische Prüfung gesichert, ob ein Bedarf für Leistungen zur Teilhabe besteht.

In Verbindung mit den zu § 32 Abs. 2 vorgeschlagenen Änderungen kann damit nicht nur das Verwaltungsverfahren insgesamt wesentlich verkürzt, sondern auch die den Reha-Trägern zugebilligte Frist zur Entscheidung im SGB IX und XI einheitlich auf 3 Wochen reduziert werden.

Halten die Reha-Träger diese Fristen nicht ein, werden die Pflegekassen zur Vorleistung verpflichtet, sodass die Rehabilitations- und Teilhabeleistungen immer zeitnah stattfinden. Damit erübrigt sich auch die vorgesehene Zahlung von Ausgleichsbeträgen nach § 40 SGB V von den Krankenkassen an die Pflegekassen (1536 €).

### **1.5 Zu § 18 Abs. 3 – Begutachtungsverfahren –**

Der Entwurf enthält eine Neuregelung des Verwaltungsverfahrens zur Begutachtung durch den MDK. Unabhängig von der davon nicht berührten Rolle von Pflegebegleitung und Pflegestützpunkten ist zweifelhaft, dass damit die Defizite der besonders problematischen Schnittstelle Krankenhaus/Pflege bereinigt werden. Ein wesentlicher Teil der Probleme ist nämlich dadurch begründet, dass die Begutachtung im Krankenhaus nur stattfinden muss, wenn dies „zur Sicherstellung der Weiterversorgung“ erforderlich ist. Obwohl das in der Praxis mit Blick auf die erforderliche Nahtlosigkeit der Versorgung fast immer erforderlich ist, finden wegen der gegenteiligen Interpretation und Auslegung dieser Regelung durch die MDK's kaum Begutachtungen im Krankenhaus statt (Ausnahme: MDK Nordrhein), wodurch die verspätete Kostenübernahmeentscheidung und die Versorgungslücke verursacht wird.

Aus den medizinischen Unterlagen der Krankenhäuser und der Rehabilitationseinrichtungen sind dem MDK die nach § 18 Abs. 1 zu treffenden Feststellungen oftmals auch ohne weitere Begutachtung möglich. § 18 Abs. 2 Satz 1 sieht in diesen Fällen nur einen Verzicht auf eine Untersuchung im Wohnbereich vor, obwohl die für den Verzicht erforderliche „eindeutige Aktenlage“ eher im Krankenhaus als im Wohnbereich anzutreffen ist. Eine wirkliche Beschleunigung der Begutachtungsverfahrens könnte durch die Ausdehnung dieser Verzichtsklausel auch auf die Begutachtung im Krankenhaus erreicht werden, zumal z.B. beim MDK Nordrhein mehr als 70 v.H. aller Erstbegutachtungen im Krankenhaus vorgenommen werden.

#### **Vorschlag:**

a) In Ziffer 9, Buchst. b des Entwurfs zu § 18 Abs. 3 wird die Ziffer 1 (liegen Hinweise, dass zur Sicherstellung der ambulanten oder stationären Weiterversorgung und Betreuung eine Begutachtung in der Einrichtung erforderlich ist, oder) ersatzlos gestrichen.

b) In den Entwurfstext wird nach Satz 3 folgender neuer Satz eingefügt:  
„Steht auf Grund eindeutiger Unterlagen des Krankenhauses oder der Rehabilitationseinrichtung das Ergebnis der medizinischen Untersuchung bereits fest, kann eine körperliche Untersuchung entfallen“.

#### **1.6 Zu § 18 Abs. 6 – Einleitung von Rehabilitationsleistungen –**

Mit der im Entwurf enthaltenen Neufassung soll erreicht werden, dass der MDK tatsächlich in jedem Gutachten Aussagen zum Präventions- und Rehabilitationsbedarf macht. Diese Fassung greift zu kurz, weil einerseits darüber hinaus erforderliche Leistungen zur Teilhabe dann immer noch nicht erfasst sind und andererseits auch nicht sichergestellt ist, dass die „Aussagen“ den Charakter von Feststellungen im Sinne der §§ 10, 14 SGB IX haben, die jedoch zur Leistungsentscheidung durch den Rehabilitationsträger unabdingbar sind. Insofern müssten in den anschließenden Verwaltungsverfahren noch ergänzende Begutachtungen im Sinne des § 10 SGB IX stattfinden.

Mit der zu § 18 Abs. 1 vorgeschlagenen Konkretisierung der Aufgabenstellung des MDK bezogen auf die für die Leistungen zur Teilhabe nach §§ 10, 14 SGB IX zu treffenden Feststellungen wird diesen Erfordernissen Rechnung getragen, so dass der auf die Prävention und Rehabilitation abzielende Satz 3 entfallen kann. Satz 1 ist entsprechend anzupassen.

#### **Vorschlag:**

§ 18 Abs. 6 wird danach wie folgt gefasst:

„Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung hat der Pflegekasse das Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit unverzüglich zu übermitteln *und Art und Umfang von Pflegeleistungen sowie einen individuellen Pflegeplan zu empfehlen*. Beantragt der Pflegebedürftige Pflegegeld, hat sich das Gutachten auch darauf zu erstrecken, ob die häusliche Pflege in geeigneter Weise sichergestellt ist.“

#### **1.7 Zu § 18 Abs. 7 Satz 2 - Pflegebedürftigkeit von Kindern –**

Nach der Begründung sollen für die Begutachtung von Kindern künftig „nur entsprechende Fachkräfte“ eingesetzt werden. der Entwurf nennt jedoch neben Kinderärzten ausschließlich Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger.

Gerade bei pflegebedürftigen und behinderten Kindern müssen Heilpädagogen als – sogar besonders – geeignete Fachkräfte angesehen werden.

## **Vorschlag:**

In § 7 Satz 2 der Entwurfsfassung werden noch die Heilpädagogen aufgenommen.

### **1.8 Zu § 18 Abs. 8 – Pflegeeinstufung kraft Gesetzes –**

Die im Arbeitskreis Gesundheitspolitik zusammengeschlossenen Fachverbände der Behindertenhilfe haben während des Gesetzgebungsverfahrens zum GKV-WSG nachdrücklich darauf hingewiesen, dass entscheidende Hindernisse für die nahtlose Weiterversorgung die noch nicht begutachtete Pflegebedürftigkeit und mangelnde Kostenübernahmeentscheidungen zu den nachfolgenden Leistungen seien.

Die im Entwurf enthaltenen Regelungen zum Versorgungs- und Pflegemanagement zielen zwar darauf ab, künftig solche Defizite zu beseitigen. Da viele der Regelungen nicht stringent genug formuliert sind, häufig sogar nur die „Möglichkeit“ erschließen, das Richtige zu tun, ohne es auch zwingend vorzuschreiben, darf – abgesehen von den für die flächendeckende Umsetzung erforderlichen Zeitspannen – davon ausgegangen werden, dass das Problem auch in Zukunft fortbestehen wird.

Um den pflegebedürftigen Menschen wirklich Versorgungssicherheit zu geben und Versorgungslücken zwingend auszuschließen, sollte für die Fälle, in denen das System nicht greift, eine Einstufung kraft Gesetzes vorgesehen werden. Dies ist weder kostenwirksam, noch wird damit in die Aufgabenstellung des MDK eingegriffen. Die Regelung wird zudem dazu beitragen, dass alle Beteiligten bemüht sein werden, ihre Anwendung zu vermeiden und unterstützt damit die Umsetzung des normalen Begutachtungsverfahrens.

## **Vorschlag**

Nach § 18 Abs. 7 wird folgender neuer Absatz angefügt:

„(8) Wird jemand ohne Zuordnung zu einer Pflegestufe wegen Pflegebedürftigkeit aus dem Krankenhaus entlassen (§ 7 Abs. 2 Satz 2), weil innerhalb der in Abs. 3 Satz 3 genannten Frist keine Begutachtung durchgeführt wurde, ist er bis zur Einstufung durch eine Begutachtung nach Absatz 1 der Pflegestufe 1 zugeordnet.“

### **1.9 Zu § 31 Abs. 3 - Zusammenarbeit von Pflegekasse und Rehabilitationsträger –**

Der Entwurf sieht vor, dass erst die Pflegekasse den Rehabilitationsträger über den vom MDK festgestellten Rehabilitationsbedarf informiert, der seinerseits dann noch das formale Antragsverfahren – in der Regel unter Beteiligung seiner Gemeinsamen Servicestelle - nachholen muss. Für eine möglichst nahtlose Versorgung gehen damit wesentliche Zeiten verloren (Postweg MDK/Pflegekasse, Pflegekasse Reha-Träger, Antragsverfahren beim Reha-Träger).

Zur Gewährleistung wirklich kurzer Verwaltungsverfahren wird in dieser Stellungnahme vorgeschlagen, dass der MDK seine Erkenntnisse unmittelbar der Gemeinsamen Servicestelle zuleitet, die das Antragsverfahren entscheidungsreif vorbereitet, sodass der Rehabilitationsträger dann auch tatsächlich in der Frist von drei Wochen (§ 14 SGB IX) entscheiden kann.

Bei diesem Verfahren kommt der Pflegekasse eine andere Rolle zu. Sie muss sich davon überzeugen, dass der Rehabilitationsträger seine Pflichten erfüllt. Ist dies nicht der Fall, hat die Pflegekasse selbst sofort im Wege der Vorleistung über die Rehabilitationsleistungen zu entscheiden und sie auszuführen. Dies entspricht im Übrigen dem in §§ 10, 11 SGB IX geregelten Teilhabemanagement, nachdem die Fallmanagement-Pflichten des aktuell zuständigen Trägers nicht schon mit der Feststellung der Zuständigkeit des nachfolgend leistungspflichtigen Trägers, sondern erst mit Beginn der Leistungen des nachfolgend zuständigen Trägers enden. D.h., dass der aktuell zuständige Träger auch verpflichtet ist,

auf den nachfolgend zuständigen Träger dahingehend einzuwirken, dass seine Verfahrensabläufe eine nahtlose Versorgung gewährleisten.

**Vorschlag:**

§ 31 Abs. 3 wird wie folgt gefasst:

„Hat der Medizinische Dienst nach § 18 Abs. 1 Satz 4 Teilhabeleistungen eingeleitet, unterrichtet der zuständige Rehabilitationsträger innerhalb der Fristen nach § 14 Abs. 2 des Neunten Buches die Pflegekasse über seine Entscheidung. Soweit erforderlich, hat die Pflegekasse vorläufige Leistungen nach § 32 Abs. 2 zu erbringen.“

**1.10 Zu § 32 – Vorrang von Prävention und Rehabilitation/Vorleistungspflicht –**

Der Entwurf enthält hierzu keine Regelung.

Nach der Begründung zu § 87a sollen die Anstrengungen zur Durchführung von Rehabilitationsleistungen durch einen finanziellen Anreiz gesteigert werden. Die Krankenkassen sollen den Pflegekassen bei unterlassener Rehabilitation einen Betrag von 1536 € zahlen.

Im Verhältnis zu den Aufwendungen für Rehabilitationsleistungen ist der von den Krankenkassen zu zahlende Betrag so gering, dass es für sie weiterhin ertragreicher ist, keine Rehabilitationsleistungen zu erbringen. Auch eine drastische Erhöhung auf z.B. 3000 € dürfte daran mit Blick auf Wettbewerb und Zusatzbeitrag der Krankenkassen wenig ändern.

**Vorschlag:**

§ 32 Abs. 2 wird wie folgt gefasst:

„Die Pflegekasse hat vorzuleisten, wenn der zuständige Träger nach Unterrichtung über den Rehabilitationsbedarf nicht innerhalb der Fristen des § 14 Abs. 2 SGB IX über die erforderlichen Rehabilitationsleistungen entscheidet.“

Begründung:

Das Verwaltungsverfahren von der Feststellung eines Rehabilitationsbedarfs durch den MDK bis zur Entscheidung dauert zu lang. Der MDK unterrichtet die Pflegekasse mit dem Gutachten (§ 18 Abs. 6), die Pflegekasse den zuständigen Rehabilitationsträger (§ 32 Abs. 2), dem dann noch – abweichend von § 14 Abs. 2 SGB IX - 4 Wochen bis zur Entscheidung eingeräumt werden (§ 32 Abs. 2).

Mit dieser Stellungnahme wird stattdessen vorgeschlagen, dass der MDK ermächtigt wird, die Rehabilitationsleistung unmittelbar bei einer Gemeinsamen Servicestelle einzuleiten, wobei die Zustimmung nach § 9 Abs. 4 SGB IX von der Servicestelle einzuholen ist. Diese klärt die Zuständigkeit (§ 22 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX), bereitet den Antrag entscheidungsreif vor (§ 22 Abs. 1 Nr. 5 SGB IX) und leitet ihn dem zuständigen Träger zu. Der hat dann innerhalb von drei Wochen zu entscheiden (§ 14 Abs. 2 SGB IX), da ja ein Gutachten vorliegt und die für eine Gutachteneinholung vorgesehene Fristverlängerung nicht erforderlich ist.

Mit diesem Vorschlag wird

- das bisherige und das im Entwurf vorgesehene Verfahren wesentlich verkürzt
- die dem Träger eingeräumte Entscheidungsfrist auf einheitlich 3 Wochen verkürzt und insoweit Konvergenz mit dem SGB IX hergestellt.

Durch die oben vorgeschlagene Verpflichtung zur Vorleistung durch die Pflegekasse wird gewährleistet, dass die notwendigen Rehabilitationsleistungen immer und auch dann zeitnah durchgeführt werden, wenn der zuständige Rehabilitationsträger seinen gesetzlichen Pflichten nicht nachkommt,

Die Vorleistung belastet die Pflegekassen finanziell nicht, da die Kosten der Vorleistung

von dem leistungsverpflichteten Rehabilitationsträger zu erstatten sind.

Damit sind auch die in § 40 SGB V vorgesehenen Anreizzahlungen von den Krankenkassen an die Pflegekassen entbehrlich und die entsprechenden Regelungen überflüssig.

### **1.11 Zu § 35a – Teilnahme an einem trägerübergreifenden Budget -**

Der Entwurf enthält dazu keinen Vorschlag.

Nach Satz 1 dürfen die Sachleistungen nach den §§ 26, 38 und 41 im Rahmen des persönlichen Budgets nach § 17 SGB IX nur in Form von Gutscheinen zur Verfügung gestellt werden, die zur Inanspruchnahme von zugelassenen Pflegeeinrichtungen berechtigen.

Die mit dem persönlichen Budget angestrebte Förderung der Selbstbestimmung und der Eigenverantwortung der Berechtigten bei der Organisation ihrer Versorgung ist in diesen Fällen nicht zu erreichen, weil die Berechtigten nicht wirklich darüber entscheiden können, welchen Leistungserbringer sie nach den Bedingungen ihrer individuellen Lebenssituation zur Leistungsausführung in Anspruch nehmen. Der Gutschein verpflichtet sie – wie bei der üblichen Leistungsausführung – die von der Pflegekasse im Gutschein definierten Leistungen bei den von der Pflegekasse zugelassenen Diensten ausführen zu lassen.

Diese Beschränkung der Selbstbestimmung hat sich als eines der wesentlichen Hemmnisse bei der Entscheidung für oder gegen das persönliche Budget herausgestellt und sollte deshalb beseitigt werden.

Die Beibehaltung dieser Beschränkung ist im Übrigen auch nicht mit der auf die Stärkung der Rechte Pflegebedürftiger ausgerichteten Intention der im Gesetzesentwurf enthaltenen Erweiterung der Voraussetzungen zum Abschluss von Einzelvereinbarungen (§ 77 Abs. 1 Satz 1) zu vereinbaren. Diese macht keinen Sinn, wenn gleichzeitig im Rahmen des persönlichen Budgets – in dem die Inanspruchnahme von Einzelverträgen besonderen Sinn macht – die Restriktionen des Gutscheins aufrecht erhalten bleiben.

#### **Vorschlag:**

In § 35a Satz 1 wird nach den Worten „...Geldleistung budgetfähig“ das Komma durch einen Punkt ersetzt und der nachfolgende Halbsatz ersatzlos gestrichen.

### **1.12 Zu § 40 Abs. 4 – Pflegehilfsmittel –**

Die zu § 40 geplanten Regelungen sind insbesondere hinsichtlich der Schnittstellen zum Teilhaberecht unscharf und zT auch nicht akzeptabel. So kann – entgegen der Begründung – ein Hilfsmittel „ein Gebrauchsgegenstand sein, der sinnvollerweise auch von gesunden und nicht pflegebedürftigen Menschen eingesetzt werden kann“, aber gleichwohl in einer behinderungsgerecht angepassten Form eine Leistung zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sein.

Nach den in dieser Stellungnahme enthaltenen Änderungsvorschlägen zu § 18 hätte der MDK künftig nicht mehr nur den Hilfsmittelbedarf nach § 40 SGB XI zu prüfen, sondern auch festzustellen, ob ein Hilfsmittel als Leistung zur Teilhabe im Rahmen der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erforderlich ist.

Diese Prüfung wäre mit Blick auf den ausdrücklichen Verweis auf die §§ 10, 14 SGB IX in der vorgeschlagenen Änderung zu § 18 Abs. 1 SGB XI vom MDK auf der Grundlage des § 10 SGB IX orientiert an der ICF vorzunehmen. Die Leistungen sind dann in der Regel von der Krankenkasse nach §§ 11 Abs. 2, 33 SGB V unter Beachtung der §§ 26, 31 SGB IX zu erbringen.

Auf diesem Hintergrund wird auf spezielle Änderungsvorschläge zu § 40 Abs. 4 verzichtet.

### **1.13 Zu § 41 – Weiterentwicklung der Tagespflege -**

Die Erfahrungen mit den Tagespflegeeinrichtungen zeigen, dass bei entsprechender konzeptioneller Ausrichtung der Tagespflege die Pflegebedürftigkeit gerade bei Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz gemindert oder eine Verschlimmerung vermieden werden kann. Dazu müssen in der Tagespflege Konzepte der aktivierenden Pflege mit solchen der ambulanten medizinischen Rehabilitation vernetzt werden.

Es wird deshalb vorgeschlagen, den Tagespflegeeinrichtungen zu gestatten, solche Konzepte auf der Grundlage der integrierten Versorgungsverträge nach § 92b auszuführen.

#### **Vorschlag:**

An § 41 wird folgender Absatz 4 angefügt:

„Einrichtungen der Tagespflege können insbesondere für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz und erhöhtem allgemeinem Betreuungsbedarf Konzepte der aktivieren Pflege mit solchen der ambulanten medizinischen Rehabilitation verbinden und dazu Verträge nach § 92b schließen.“

### **1.14 Zu § 92d – Erprobung persönlicher Budgets im Rahmen wohnortnaher Versorgung-**

Das „Persönliche Budget“ ist ein feststehender und inhaltlich belegter Tatbestand des SGB IX, der in § 17 SGB IX definiert ist. § 17 SGB IX beinhaltet ein sozialrechtsübergreifendes und auch im Anwendungsbereich des SGB XI unmittelbar wirksames Recht des Berechtigten (§ 28 Abs. 1 Nr. 12 SGB XI). Es gestattet, die dem Berechtigten nach den verschiedenen Sozialgesetzbüchern zustehenden Leistungen miteinander zu vernetzen und – abweichend von der in den Sozialgesetzen verankerten Norm der Leistungserbringung – aus einer Hand auszuführen. Dabei übernimmt der Berechtigte selbstbestimmt die Organisation der Versorgung. Der Berechtigte hat – auch im Geltungsbereich der Pflegeversicherung - ab 1.1.2008 einen Rechtsanspruch auf das persönliche Budget.

Mit diesem Persönlichen Budget des § 17 SGB IX hat das im Entwurf enthaltene persönliche Budget nichts, aber auch gar nichts zu tun.

Nach Absatz 1 Satz 2 der geplanten Regelung handelt es sich um Modellvorhaben, mit denen Kosten- und Leistungsträger integrierte Formen der wohnortnahen Versorgung insbesondere hinsichtlich neuer Vergütungsformen erproben können. Die Regelung lehnt sich deshalb in wesentlichen Elementen, insbesondere zur Bildung von Kosten- bzw. Vergütungsbudgets an die Bestimmungen zur integrierten Versorgung im Bereich des SGB V (§ 140c SGB V) an.

Erhebliche Bedenken bestehen gegen den Wirtschaftlichkeitsabschlag kraft Gesetzes in Höhe von regelmäßig 10 v.H. Nach § 4 Abs. 3 müssen Pflegeleistungen wirksam und wirtschaftlich sein und dürfen nur im notwendigen Umfang erbracht werden. Vergleichbare Regelungen enthalten auch die für die übrigen in Frage kommenden Kostenträger geltenden Gesetze.

Mit Blick auf die in der Praxis durchweg stringente Anwendung dieser Vorschriften muss davon ausgegangen werden, dass bei Art und Umfang der in den Modellvorhaben zu erbringenden Leistungen keine wesentlichen Reserven mehr zu erschließen sind. Geldwerte Potentiale können deshalb allein über die in den vorgesehenen Modellen anders geartete Organisation der Leistungserbringung erschlossen werden. Es wird bezweifelt, dass dabei Reserven in der Höhe von 10 v.H. der individuellen Leistungsaufwendungen realistisch sind. Auf diesem Hintergrund sind die gesetzlich verordneten Wirtschaftlichkeitsabschläge ein Negativanreiz gegen die Erprobung von trägerübergreifenden Kostenbudgets für vernetzte Angebotsstrukturen. Da die Pflegekassen ohnehin gesetzlich auf das Gebot der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung verpflichtet sind, sollte es ihnen überlassen bleiben, die Einsparpotentiale individuelle entsprechend den in den Modellvorhaben

vereinbarten Versorgungsaufträgen zu erschließen. Grundsätzlich stehen solche Modellvorhaben in einem engeren Zusammenhang mit der integrierten Versorgung und sind deshalb hinter § 92b sachgerecht zugeordnet.

Nicht akzeptabel ist, dass – anders als bei der integrierten Versorgung – die Teilnahme der Berechtigten nicht ihrer Selbstbestimmung unterworfen wird.

### **Vorschlag**

1. Änderung der Überschrift in „Modellvorhaben zur Erprobung von Kostenbudgets“
2. Aufnahme einer dem § 140a Abs. 2 Satz 1 SGB V entsprechenden Regelung, dass die Teilnahme der Berechtigten an der Versorgung im Rahmen dieser Modellvorhaben freiwillig ist.

### **1.15 Zu Art. 5 - § 40 Abs. 3 – Ausgleichszahlungen der Krankenkassen -**

Für die in dieser Regelung vorgesehenen Ausgleichszahlung der Krankenkassen in Höhe von 1536 € bei Unterlassung „notwendiger“ Rehabilitationsleistungen besteht kein Bedarf, wenn man den in dieser Stellungnahme enthaltenen Vorschlägen zu §§ 18, 31, 32 folgt, weil durch die Verpflichtung der Pflegekassen zur Vorleistung in den Fällen, in denen eine Krankenkasse entgegen § 14 SGB IX verfährt, die erforderliche Rehabilitationsleistung immer zeitnah verfügbar ist. Die Krankenkasse hat der vorleistenden Pflegekasse dann nicht nur 1536 € zu zahlen, sondern die vollen Kosten der Rehabilitation zu erstatten.

Es darf erwartet werden, dass die Verpflichtung zur Vorleistung durch die Pflegekassen nachhaltige Impulse dafür setzt, dass die Krankenkassen künftig ihrer Verantwortung nachkommen.

Unabhängig davon wäre die bisher vorgesehene Regelung auch nur sehr schwer zu operationalisieren. Die Erstattung soll nämlich nur dann stattfinden, wenn die Krankenkasse „notwendige“ Rehabilitationsleistungen unterlassen hat. Der MDK stellt lediglich einen Rehabilitationsbedarf, nicht jedoch die Notwendigkeit der Leistung im sozialrechtlichen Sinne fest. Dies ist nach § 40 SGB V allein Aufgabe der Krankenkasse. Es ist kaum vorstellbar, dass sich die Krankenkasse selbst bescheinigt, notwendige Leistungen unterlassen zu haben.

### **2. Weitere Vorschläge zum Entwurf (ohne Pflegebegleitung/Pflegestützpunkte)**

Neben den Vorschlägen zur Konvergenz der Sozialgesetzbücher IX und XI geben auch andere im Entwurf enthaltene Regelungsabsichten Anlass, Änderungsvorschläge zur Verbesserung der Situation pflegebedürftiger Menschen einzubringen.

#### **2.1 Zu § 8 Abs. 3 – Modellvorhaben Personenbezogenes Budget –**

Das Modellvorhaben zur Erprobung des Personenbezogenen Budgets läuft in Kürze aus. Die pflegebedürftigen Menschen, die an diesem Modellvorhaben beteiligt sind, konnten z.T. nur mit erheblichem Aufwand zur Teilnahme bewegt werden. Ihnen ist aber nunmehr bewusst, dass sie durch die im Modellvorhaben zugelassene Nutzung der Zuschüsse der Pflegekassen jedenfalls eine individuellere Versorgung erreichen können, als dies ohne das Modellvorhaben möglich wäre. Den Beteiligten Pflegebedürftigen ist nicht zu vermitteln, dass sie nach Auslaufen des Modellvorhabens wieder in die üblichen Abläufe zurückfallen.

### **Vorschlag**

Es sollte eine Übergangsregelung eingefügt werden, die es gestattet, die am Modellvorhaben beteiligten Menschen auch nach Auslaufen des Modellvorhabens entsprechend den im Modellvorhaben getroffenen Regelungen und Vereinbarungen zu versorgen. Ggf. sind die

Personenbezogenen Budgets nach § 8 Abs. 3 SGB IX in persönliche Budgets nach § 17 SGB IX zu überführen.

## **2.2 Zu § 33 Abs. 1 – Befristung –**

Nach der Stellung der Sätze 1 und 2 zueinander könnte die Auffassung vertreten werden, dass die Befristung der Zuordnung zur Pflegestufe, Anerkennung als Härtefall sowie der Bewilligung der Leistungen auch unabhängig von einer entsprechenden Bewertung des MDK ausgesprochen werden könnten (Satz 1 – können befristet werden; Satz 2 – Befristung erfolgt). Dann stellt sich allerdings die Frage, worauf die rechtlich tragenden Gründe für eine Befristung gestützt werden sollen. Zur Vermeidung von Fehlinterpretationen sollte die Regelung klarer gefasst werden.

### **Vorschlag**

„...können befristet werden und enden mit Ablauf der Frist, wenn nach Einschätzung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung bis zum Ende der Befristung eine Verringerung des Hilfebedarfs zu erwarten ist.“

## **2.3 Zu §§ 36 Abs. 1/89 Abs. 3 Satz 2 u. 3 – Gemeinsame Inanspruchnahme von Sachleistungen („Poolen“) -**

Der Vorschlag des „Poolens“ geht offensichtlich von Angeboten aus, die von Dritten organisiert sind und „aus einer Hand“ neben Pflege auch Unterkunft und Verpflegung auch Betreuungsleistungen nach § 45b beinhalten (Wohngemeinschaften, Wohneinrichtungen).

Pflegebedürftige Menschen können nicht nur in „organisierten Angeboten Dritter“ gemeinschaftlich leben, sondern das gemeinschaftliche Wohnen auch selbst organisieren. Sie sind dann Mieter im Rahmen eines gemeinschaftlichen Mietverhältnisses und bestreiten die Kosten des Lebensalltages (u.a. Miete, Verpflegung) aus ihrem Einkommen, das auch im Bezug der Hilfe zum Lebensunterhalt bestehen kann (vergl. Vorschlag zu Ziffer 3.1).

Nach geltendem Recht können diese Bewohner einer selbst organisierten Wohngemeinschaft jeder für sich ihre Ansprüche nach § 36 SGB XI ausschöpfen und selbst bestimmt darüber entscheiden, auf welche Weise und durch welchen Pflegedienst sie erforderliche Leistungen ausführen lassen wollen. Dabei können sie sich auch selbstbestimmt darauf verständigen, innerhalb dieser selbst organisierten Wohngemeinschaft gemeinsam oder mehrheitlich einen Pflegedienst in Anspruch zu nehmen.

Für diese dem Recht auf Selbstbestimmung verpflichtete und dem Normalitätsprinzip entsprechende Lebensform pflegebedürftiger Menschen gibt es keinen gesetzgeberischen Handlungsbedarf im Sinne des „Poolens“, weil es nach geltendem Recht bereits möglich ist.

Die Begründung zeigt, dass es bei dieser Regelung primär um die Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven geht. In den Vergütungen der Pflegedienste nach § 89 Abs. 3 Satz 2 und 3 sollen nämlich die durch die gemeinschaftliche Organisation und Ausführung der Leistungen bewirkte Kostenvorteile berücksichtigt werden. D.h., die Vergütungen sollen abgesenkt und mit den frei gewordenen Mitteln die Aufwendungen für Betreuungsleistungen nach § 45b Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 finanziert werden (vergl. Seite 122 der Begründung). Um das Einsparpotential realisieren zu können, dürfen die Pflegedienste künftig neben Sachleistungen bei häuslicher Pflege auch Betreuungsleistungen erbringen, sodass in diesen Fällen eine getrennte Zahlung der Betreuungsleistung nach § 45b entfällt.

Mit dieser Ausnahme von der bisherigen verrichtungsbezogenen Beschränkung auf Sachleistungen könnte ein stärkeres Interesse der Leistungsanbieter an der Organisation solcher Angebote verbunden sein. Für die klassischen, von Leistungserbringern organisier-

ten Wohngruppen- und Wohngemeinschaftsangeboten könnte die Regelung akzeptiert werden.

Für die selbstbestimmte Organisation gemeinschaftlichen Lebens bedeutet das „Poolen“ jedoch einen erheblichen Eingriff in die Selbstbestimmungsrechte. Da nach der Begründung die Initiative zur Bildung eines „Pools“ auch von Dritten ausgehen kann, ist künftig sowohl von den Pflegekassen wie auch den Leistungserbringern ein erhebliches Druckpotential dahingehend zu erwarten, die freie Auswahl des Pflegedienstes zu Gunsten der Mehrheitsentscheidung für einen bestimmten Pflegedienst zurückzunehmen.

Da in der Gesellschaft die Überzeugung zunimmt, auch im Alter und bei Pflegebedürftigkeit möglichst selbstbestimmt leben zu wollen, muss die Regelung so gestaltet werden, dass weder die Selbstbestimmungsrechte tangiert werden, noch der eingangs geschilderten Selbstorganisation gemeinschaftlichen Lebens Hemmnisse in den Weg gelegt werden

### **Vorschlag:**

An Stelle der im Entwurf enthaltenen Regelung sollte in § 36 sollte nach Absatz 1 folgender Absatz 1a eingefügt werden:

„(1a) Häusliche Pflege ist auch gegeben, wenn Pflegebedürftige sich für ein gemeinschaftliches Wohnen entschieden haben und jeweils selbstbestimmt über die Inanspruchnahme und Ausführung der Leistungen nach Absatz 1 entscheiden. Soweit Pflegebedürftige gemeinschaftlich wohnen und ein Leistungserbringer ihnen Pflege- und Betreuungsleistungen sowie hauswirtschaftliche Versorgung aus einer Hand anbietet, können mehrere Pflegebedürftige diese Leistungen sowie hauswirtschaftliche Versorgung gemeinsam als Sachleistungen in Anspruch nehmen.

Es folgen die Sätze 2 und 3 der Entwurfsfassung.“

In der Folge ist § 89 Abs. 3 Satz 2 wie folgt zu fassen:

„In den Fällen des § 36 Abs. 1a Satz 2 haben die Vergütungen zu berücksichtigen, dass....“

### **2.4 Zu § 45b Abs. 1 Satz 2 und 3 – Höhe der zusätzlichen Betreuungsleistungen –**

Nach dem Entwurf soll allein der Spitzenverband Bund der Pflegekassen unter Beteiligung des MDK sowie des Verbandes der privaten Krankenkassen die Richtlinien über einheitliche Maßstäbe für die Empfehlungen des MDK zur Bemessung der Höhe des Betreuungsbetrages beschließen. Eine Beteiligung der Betroffenen und ihrer Organisationen bzw. Verbände ist nicht vorgesehen.

Damit bleibt das Pflegeversicherungsrecht erheblich hinter den sowohl im SGB V für den Bereich der Krankenversorgung und im SGB XI für die Leistungen zur Teilhabe enthaltenen Betroffenenbeteiligung zurück.

### **Vorschlag**

In die Entwurfsfassung des § 45b Abs. 1 Satz 3 werden hinter den Worten „...des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. die Worte eingefügt

„sowie der Verbände behinderter und pflegebedürftiger Menschen einschl. der Verbände der freien Wohlfahrtspflege, der Selbsthilfegruppen und der Interessenvertretung behinderter und pflegebedürftiger Frauen“.

## **2.5 Zu § 75 Abs. 2 Nr. 3 – Ausstattung der Pflegeeinrichtungen -**

Der Entwurf sieht vor, dass in den Rahmenverträgen auf Landesebene nicht mehr nur die Maßstäbe für die personelle, sondern auch für die sächliche Ausstattung der Pflegeeinrichtungen vereinbart werden sollen.

Ein ewiger Streitpunkt für die Versorgung der pflegebedürftigen mit Hilfsmitteln ist die Frage, welche Hilfsmittel zur Ausstattung der Pflegeeinrichtung gehören und deswegen nicht als Einzelleistung z.B. nach § 33 SGB V in Anspruch genommen werden können.

Der Entwurf stellt zwar klar, dass durch die Regelung der sächlichen Ausstattung in Satz 3 Nr. 1 die Leistungsrechte (§ 33 SGB V) nicht eingeschränkt werden (Abs. 2 Satz 2) und in den Vergütungsverhandlungen die einrichtungsbezogene Ausstattung mit Pflegehilfsmitteln und von der Einrichtung vorzuhaltenden Hilfsmitteln vereinbart werden soll (§ 84 Abs. 5 Nr. 3). Es fehlt jedoch unverändert die Verpflichtung zur Vereinbarung von Kriterien für die grundsätzliche Zuordnung der Hilfsmittel zur Ausstattung, zu den Pflegehilfsmitteln oder zur individuellen Leistungserbringung sowie der damit jeweils verbundenen Qualitätsanforderungen. Ohne derartige Rahmenregelungen muss befürchtet werden, dass in den sich an der individuellen Bewohnerstruktur orientierenden Vergütungsverhandlungen gleiche Lebensbedingungen und eine einheitlichen Rechtsanwendung kaum zu gewährleisten sind.

### **Vorschlag**

An die im Entwurf vorgesehene Fassung des Abs. 2 Nr. 3 sollte folgender Halbsatz angefügt werden

„einschließlich der von den Einrichtungen vorzuhaltenden Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel.“

## **2.6 Zu § 77 Abs. 1 Satz 2 – Qualitätsmaßstäbe bei Einzelverträgen -**

Die Begründung zu Doppelbuchstabe bb geht davon aus, dass die Qualität der Pflege „auf Dauer“ dem allgemein anerkannten Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse entspricht, indem „beispielsweise“ die Expertenstandards angewendet geeignete Maßnahmen der Qualitätssicherung durchgeführt werden. Die §§ 112ff sollen entsprechend angewendet werden. Leider wurde dies nicht in den Gesetzestext aufgenommen, sodass keinerlei Rechtspflichten dafür bestehen. Zudem muss bei der Formulierung „auf Dauer“ und „beispielsweise“ angenommen werden, dass in Kauf genommen wird, dass die Qualität zunächst weder vollständig noch umfassend gewährleistet ist. Eine Klarstellung ist erforderlich

### **Vorschlag:**

In die Fassung des § 77 Abs. 1 Satz 2 werden hinter den Worten „...der vereinbarten Leistungen“ die Worte „nach Maßgabe der §§ 112ff“ eingefügt.

## **2.7 Zu § 84 Abs. 2 Satz 7 – Pflegesatzvergleich –**

Nach dem – unverändert bleibenden – Wortlaut des § 84 Abs. 2 Satz 1 müssen die Pflegesätze leistungsgerecht sein. Grundlage ist der Versorgungsaufwand, den die Pflegebedürftigen nach Art und Schwere ihrer Pflegebedürftigkeit benötigen (Satz 2).

Die Kosten, die eine Pflegeeinrichtung mit der leistungsgerechten Vergütung decken muss sind fast vollständig durch die Zahl und Struktur der Bewohner indiziert. Sie ergeben sich, aus der Summe des Ressourcenverbrauchs, der sie aus dem individuellen Pflegebedarf und dem Bedarf für die sonstige Lebenssituation der Bewohner ableitet. Art und Größe einer Einrichtung sowie die Leistungs- und Qualitätsmerkmale sind entweder Teilaspekte des individuellen Ressourcenverbrauchs (Leistungsmerkmale) oder erzielbarer Substitutionseffekte (z.B. Größe) bei der Organisation der Versorgung. Sie sind schon für den Qualitätsvergleich von Einrichtungen nur bedingt geeignet. Als Bemessungsgrundlage der Vergütung sind sie jedenfalls ungeeignet.

Fakt ist, dass durch die gesetzlich vorgegebene Einteilung der Pflegesätze in drei an der Pflegeeinstufung orientierten Pflegeklassen (Abs. 2 Satz 2) schon eine generelle Loslösung von der Bedarfs- und Leistungsorientierung des mit der Vergütung zu deckenden Aufwandes gesetzlich vorgegeben ist.. Die von den Pflegekassen bei den Pflegesatzverhandlungen eingesetzte Kalkulationssoftware beinhaltet zudem einen Einrichtungsvergleich nach Kostenblöcken, der im Ergebnis zu einer weiteren Pauschalierung, Nivellierung, jedenfalls zu einer weitgehenden Loslösung der Vergütung von der Bedarfsgerechtigkeit und damit der Leistungsgerechtigkeit geführt hat.

Dies sind die wesentlichen Ursachen für die nicht dem Ressourcenbedarf der Bewohner entsprechende Finanzausstattung der Pflegeeinrichtungen. Je nach Situation des Hauses kann dies – gemessen am individuellen Ressourcenbedarf und –verbrauch der Bewohner – sowohl zur Unterfinanzierung wie auch zu ungerechtfertigten Erlösen führen.

Prinzipiell gehört das derzeitige Verfahren der Vergütungsbildung bei den Pflegesatzverhandlungen auf den Prüfstand, weil es den gesetzlichen Anforderungen der Leistungsgerechtigkeit der Vergütung zu keiner Zeit genügt. Da diese Frage mit dem Entwurf nicht generell angegangen wird, muss sich die Stellungnahme auf die Regelungsabsicht des Entwurfs beschränken.

Mit dem Entwurf wird der Heimvergleich bei den Vergütungsverhandlungen zur Regel (Begründung: „werden die Vertragsparteien zur Berücksichtigung gleichartiger Einrichtungen verpflichtet“!) gemacht und damit die unzulängliche Praxis grundsätzlich legitimiert und für die Zukunft festgeschrieben.

Die in der Begründung zitierten Urteile des BSG sind als Begründung für die Systematisierung des Heimvergleichs ungeeignet, weil sie gerade die negativen Auswüchse des praktizierten Verfahrens der Preisbildung beanstanden.

Geht es wirklich nur darum – wie die Begründung suggeriert – die negativen Auswüchse der abstrahierenden und pauschalierenden Preisbildungspraxis in der Pflege auszuschließen, darf der Preisvergleich – entgegen der Entwurfsfassung – nicht noch ausdrücklich generalisiert werden. Es müsste stattdessen - exakt orientiert an der Rechtsprechung des BSG - ausgeschlossen werden, dass ungeeignete Vergleiche stattfinden können.

#### **Vorschlag:**

„Zur Bemessung des Aufwandes nach Satz 2 dürfen die Pflegesätze von Einrichtungen nicht herangezogen werden, die nach Art und Größe sowie hinsichtlich der in Absatz 5 genannten Leistungs- und Qualitätsmerkmale im Wesentlichen nicht gleichartig sind.“

#### **2.8 Zu § 84 Abs. 5 - Vergütungsvereinbarungen zu Leistungs- und QS-Merkmalen –**

Zur Vermeidung von Beliebigkeit, sollte klargestellt werden, dass sich Art und Umfang der in den Vergütungsverhandlungen zu vereinbarenden Ausstattung der Einrichtung mit Pflegehilfsmitteln und von der Einrichtung vorzuhaltenden Hilfsmitteln nach dem Bedarf der Bewohner sowie den in den Rahmenverträgen nach § 75 Abs. 2 Nr. 3 vereinbarten Anforderungsprofilen richtet.

#### **Vorschlag**

An die im Entwurf vorgesehene Fassung des § 84 Abs. 5 Nr. 3 wird folgender Halbsatz angefügt:

„entsprechend dem Bedarf der Bewohner sowie nach Maßgabe der Rahmenverträge nach § 75 Abs. 2 Nr. 3.“

## **2.9 Zu §§ 112 ff – Qualitätssicherung –**

Das Pflegeversicherungsrecht enthält seit Jahren in großem Umfange Regelungen über das Verfahren der Qualitätssicherung usw. Diese liefen größtenteils ins Leere, da bisher weder die Maßstäbe, noch die Qualität der pflegerischen Versorgung und Leistung definiert wurde. Es ist daher außerordentlich zu begrüßen, dass der Gesetzgeber nun erstmals die Strukturen für die Qualitätsentwicklung und die Definition der Qualitätsmaßstäbe schaffen will.

Die vorgeschlagenen Regelungen stoßen jedoch auf erhebliche Bedenken und sollten an internationalen Maßstäben und dem im deutschen Gesundheitswesen bereits verwirklichten Niveaus und Selbstverständnissen orientiert werden.

**2.9.1** Die Pflegeeinrichtungen unterliegen Qualitätsprüfungen, die sich inhaltlich auf die Qualität der allgemeinen Pflegeleistungen, der medizinischen Behandlungspflege, der sozialen Betreuung, der Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung, der Zusatzleistungen und der Leistungen der häuslichen Krankenpflege erstrecken (vgl. § 114 Abs. 2 Satz 3 Entwurf SGB XI). Zudem werden künftig auch die Aspekte der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu berücksichtigen sein. Die Expertenstandards sollen nach dem Entwurfstext jedoch nur pflegefachlich ausgerichtet sein (s. § 113a Abs. 2 Satz 1 Entwurf SGB XI).

Zudem ist dem Entwurf ist nicht eindeutig zu entnehmen, was unter Expertenstandards zu verstehen ist. Es könnte angenommen werden, dass darunter ausschließlich die monoprofessionellen Nationalen Expertenstandards des DNQP zu verstehen sind. In der Begründung wird jedoch darauf verwiesen, dass unter Expertenstandards monoprofessionelle wie auch multidisziplinäre Expertenstandards zu verstehen sind (S. 200 Referentenentwurf). Dies muss im Gesetzestext klargestellt werden.

### **Vorschlag**

„Die Expertenstandards können monoprofessionell als auch multidisziplinär ausgerichtet sein. Bei multidisziplinären Expertenstandards sind als weitere pflegerelevante Gebiete insbesondere die medizinischen und therapeutischen Fachrichtungen sowie die Ernährungswissenschaft, die Hauswirtschaft, die Sozialarbeit und die mit der Rehabilitation und Teilhabe befassten Berufsgruppen einzubeziehen.“

**2.9.2** Der Entwurf ordnet den Vertragsparteien die Sicherstellungsverantwortung für die Qualität zu (§ 113 Abs. 1 Entwurf SGB XI).

Damit werden die Ursachen, die Defizite bei der Qualitätssicherung grundsätzlich in die Zukunft fortgeschrieben. Nach internationalen Maßstäben müssen Qualitätsanforderungen wissenschaftlich begründet, kostenträger- und leistungserbringerunabhängig entwickelt und von allen Beteiligten des Anwendersystems konsentiert werden.

Diese Maßstäbe sind im Gesundheitswesen selbstverständlich und verwirklicht. Dort definiert weder der MDK noch eine Aufsichtsbehörde, was Qualität in der Medizin inhaltlich bedeutet. Vielmehr existieren Institutionen, die die Qualitätsanforderungen, die von der Praxis und der Wissenschaft konsentiert entwickelt worden sind, bündeln und einer fachlichen Diskussion zuführen, bevor sie in die medizinische Praxis einmünden. wesen selbstverständlich.

Mangels entsprechender gesetzlicher Regelungen mussten im Bereich der Pflegeversicherung bisher die Instanzen, die gesetzlich zur Überprüfung der Qualität berufen sind – MDK und Heimaufsicht - auch die Inhalte von Qualität definieren. In der Pflegepraxis hat die Vermischung der getrennten Aufgaben von Qualitätsüberprüfung und Qualitätsentwicklung nicht selten dazu geführt, dass Heimaufsichtsbehörden und Medizinische Dienste ihre eigenen Vorstellungen von Qualitätsanforderungen als Anforderungsprofil für die Pflegeeinrichtungen vorgeben. Dies hält internationalen Maßstäben für die Qualitätsentwicklung nicht stand, würde aber mit dem beabsichtigten Konstrukt fortgesetzt.

Zudem wird in der Pflegeversicherung immer wieder übersehen, dass die Pflegeversicherung als „Teilkasko-System“ nicht alle pflegebedürftigen Menschen und alle Formen der pflegerischen Leistungen erfasst bzw. finanziert. Die Anforderungen an die Qualität der Pflege müssen jedoch für alle pflegebedürftigen Menschen – unabhängig von der Zuständigkeit und der Leistungsverpflichtung der Pflegeversicherung – maßgeblich und wirksam sein. Auch das ist nur durch eine unabhängige Struktur zu sichern. Unabhängig davon ist das Verfahren zu sehen, die unabhängig entwickelten Qualitätsmaßstäbe für die sozialrechtliche Anwendung verbindlich zu machen.

Qualität darf nicht von Sozialleistungsträgern oder von Einrichtungsträgern mit ihren jeweils spezifischen institutionellen Interessen entwickelt werden. Diese haben vielmehr die fachlich unabhängig entwickelten Maßstäbe bei der Leistungserbringung zu beachten. Auch die Sicherstellung der methodischen und fachlichen Qualität des Verfahrens der Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards (vgl. § 113a Abs. 2 Satz 1 Entwurf SGB XI) kann durch die Vertragsparteien nicht gewährleistet werden – selbst wenn man die Beteiligung etwa der unabhängigen Sachverständigen in Rechnung stellt.

### **Vorschlag:**

Die methodisch-wissenschaftliche Steuerung der Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards ist durch eine unabhängige, wissenschaftlich besetzte Lenkungsgruppe wahrzunehmen. Dabei sind die international anerkannten Regeln der Qualitätsentwicklung beachtet. In regelmäßigen Abständen ist zu prüfen, ob und wie sich diese Regeln verändert haben.

### **2.10 Zu Art 5 - § 11 Abs. 4 SGB V – Versorgungsmanagement –**

Die mit dem GKV-WSG eingeführte Regelung wird im Entwurf teilweise zurückgenommen. Künftig sollen nicht mehr die „betroffenen Leistungserbringer“, sondern nur noch Krankenhäuser und stationäre Rehabilitationseinrichtungen zum Versorgungsmanagement verpflichtet sein.

Die Leistungserbringer haben auch nicht mehr „für eine sachgerechte Anschlussversorgung zu sorgen“, wozu sie auch schlichtweg nicht in der Lage waren, sondern haben – entsprechend ihrer Stellung im System nunmehr sachgerecht - „ein Entlassungsmanagement zur Gewährleistung eines nahtlosen Übergangs vom Krankenhaus/von der Reha-Einrichtung in die ambulante Versorgung, zur Rehabilitation oder Pflege einzurichten“.

Die Krankenkassen haben die Leistungserbringer dabei auch nicht mehr zu unterstützen, sondern ergänzend im Zusammenwirken für die unmittelbare Anschlussversorgung ihrer Versicherten Sorge zu tragen.

Danach liegt die Verantwortung für die Sicherstellung der Anschlussversorgung nicht mehr bei den Leistungserbringern, sondern – ebenso wie im Rahmen des Teilhabemanagements nach §§ 10, 11 SGB IX – bei den Kostenträgern. Die insoweit durch das GKV-WSG verursachte Divergenz mit dem SGB IX wird damit beseitigt und Konvergenz hergestellt.

Entfallen soll auch die Regelung des § 11 Abs. 4 Satz 5, die umfangreiche vertragliche Regelungen aller Beteiligten über die Grenzen des SGB V hinaus vorsah. Stattdessen besteht wieder allein die vertragliche Regelungspflicht nach §§ 112, 115 SGB V.

Nicht unproblematisch ist die Betonung der Pflegefachkräfte, die koordinierend mit dem sozialen Dienst (der Krankenhäuser) zusammenwirken sollen. Die Regelung erweckt damit den Eindruck, dass das durch die Pflegefachkräfte durchzuführend Versorgungsmanagement losgelöst von oder neben den Sozialdiensten, mit denen ja „zusammen gewirkt“ werden soll, zu organisieren sei. Abgesehen davon dass dies die unternehmerischen Dispositionsrechte der Leistungserbringer tangiert, könnten auch Kollisionen mit dem Krankenhausrecht der Länder bestehen, die z.T. konkrete Regelungen zur Personalausstattung der

Krankenhaussozialdienste enthalten. Im Übrigen gehört das Organisationsrecht der Krankenhäuser zur Regelungskompetenz der Länder und nicht des Bundes.

### **Vorschlag zu Satz 2**

„... erfolgt durch hierfür qualifiziertes Personal, insbesondere *Pflegefachkräfte*. Das Versorgungsmanagement wirkt koordinierend mit den behandelnden Krankenhausärzten, den stationär Pflegenden, *den sozialen Diensten*, der jeweiligen Krankenkasse, den Angehörigen und den Vertragsärzten *sowie* den aufnehmenden Einrichtungen zusammen.“

### **2.11 Zu Art 5 - § 111b – Ambulante Behandlung in stationären Einrichtungen –**

Die Eröffnung der Möglichkeit, stationären Pflegeeinrichtungen einen Anspruch auf Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung einzuräumen, ist ein wichtiger und richtiger Schritt zur Beseitigung von Unter-, Mangel und Fehlversorgung pflegebedürftiger Menschen. Die Begründung stellt klar, dass es sich ausschließlich um einen „bedarfsabhängigen Anspruch auf eine institutionelle Ermächtigung“ handelt.

Die Praxis orientiert sich die Zulassungsentscheidung jedoch in der Regel daran, ob im Umfeld generell bereits eine ausreichende Anzahl von Ärzten oder speziell die erforderliche Anzahl von Fachärzten zugelassen ist. Es handelt sich demnach um ein eher quantitativ denn qualitativ orientiertes Zulassungsverfahren.

Die Begründung weist zu Recht darauf hin, dass die Entscheidung über die Ermächtigung ausdrücklich nicht an den Kriterien der Unterversorgung, sondern an der konkreten Versorgungssituation in der Altenhilfeeinrichtung - gemeint ist doch wohl insbesondere die jederzeit verfügbare geriatrische Kompetenz -, d.h., an qualitativen Kriterien – orientiert werden soll.

Dies ist jedoch nur zu erreichen, wenn das nicht nur in der Begründung, sondern auch als Maßstab im Gesetz steht. Ansonsten ist zu befürchten, dass die Regelungen allenfalls in ländlichen Regionen, in denen ohnehin Ärztemangel besteht, Wirkung zeigt.

### **Vorschlag:**

Es sollte folgender Satz 2 eingefügt werden.

„Bei der Zulassungsentscheidung ist insbesondere zu berücksichtigen, dass zur Versorgung der Bewohner der Pflegeeinrichtung die erforderliche geriatrische Kompetenz zeitnah gesichert ist.“

### **2.12 Zu Art. 5 - § 116b Abs. 2 SGB V – Öffnung der Krankenhäuser für die stationäre Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen –**

Der wesentliche Mangel in der medizinischen Versorgung pflegebedürftiger Menschen ist die Verfügbarkeit geriatrischer Kompetenz. Da diese sich im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung bisher nicht in ausreichendem Maße flächendeckend entwickelt hat, wird die in § 119b SGB V Ermächtigung der stationären Pflegeeinrichtungen voraussichtlich nicht ausreichen, die vorhandenen Probleme zeitnah und wirksam zu lösen. Die in jüngster Zeit im Bundesgebiet zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung in Pflegeeinrichtungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung geschlossenen Verträge sichern in der Regel nur die ärztliche Präsenz, nicht jedoch die erforderliche Kompetenz.

Geriatrische Kompetenz ist derzeit flächendeckend in unterschiedliche Organisationsformen in der Regel in den Krankenhäusern vorhanden. Soweit die zeitnahe ärztliche Versorgung in den Pflegeeinrichtungen nicht gesichert ist, helfen sich die Pflegenden, indem sie über das Notarztsystem eine Einweisung ins Krankenhaus bewirken. Die Krankenhäuser sind deshalb längst in einem erheblichen Maße Partner der Pflegeeinrichtungen bei der Regelversorgung

pflegebedürftiger Menschen. Deswegen siedeln sich die kostenträchtigsten Probleme mit Fehleinweisungen, Wochenendeinweisungen, Drehtüreffekte usw. ohnehin bereits bei den Krankenhäusern an.

Öffnet man die Krankenhäuser für die ambulante Versorgung pflegebedürftiger Menschen in Altenpflegeeinrichtungen werden diese Probleme durch die sich dann entwickelnde enge Zusammenarbeit mit den Pflegekräften weitgehend entfallen und zugleich erhebliche Einspareffekte erzielt.

### **Vorschlag**

Nach § 116b Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:

„Krankenhäuser mit einem geriatrischen Fachbereich können auch die vertragsärztliche Versorgung für pflegebedürftige Menschen in stationären Einrichtungen im Sinne des Elften Sozialgesetzbuches durchführen.“

### **3. Konvergenz mit dem Zwölften Sozialgesetzbuches**

Pflegebedürftige Menschen können insbesondere Leistungen nach den Sozialgesetzbüchern V, IX, XI und XII erhalten. Diese Sozialgesetzbücher setzen für den gleichen Tatbestand zT unterschiedliche Rahmenbedingungen (vgl. z.B. oben Wahlrecht), sind nicht aufeinander abgestimmt oder entwickeln sich auseinander. Ein vordringliches Ziel der Weiterentwicklung des Pflegeversicherungsrechts müsste danach die Konvergenz insbesondere der Sozialgesetzbücher IX, XI und XII sein. Es folgen Vorschläge zum vordringlichsten Regelungsbedarf im SGB XII für pflegebedürftige Menschen.

#### **3.1 Zu § 27 SGB XII – Hilfe zum Lebensunterhalt –**

Die demographische Entwicklung sowie die damit verbundene Entwicklung des Anteils der pflegebedürftigen Menschen erfordert erhebliche Anstrengungen, die die Versorgung pflegebedürftiger Menschen auch unterhalb der stationären Versorgung sichern.

Möglichkeiten dazu bieten u.a. das gemeinsame Zusammenleben pflegebedürftiger Menschen, aber auch das Zusammenleben pflegebedürftiger Menschen mit nicht pflegebedürftigen Menschen. Solange pflegebedürftige Menschen allein oder in Partnerschaft in ihrer Wohnung leben, aber auch beim Zusammenleben pflegebedürftiger mit nicht pflegebedürftigen Menschen ist es unbestritten, dass die Betroffenen – soweit sie bedürftig sind – neben den Leistungen zur Pflege nach dem SGB XI ggfls. Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII und – zur Bestreitung ihres Lebensunterhaltes – auch die Hilfen zum Lebensunterhalt nach §§ 27ff SGB XII erhalten.

Erst wenn ein Dritter (Wohlfahrtsverband, Unternehmer) Leben und Pflege aus einer Hand organisiert (z.B. Wohngemeinschaften, Wohneinrichtungen) und „anbietet“ wird daraus eine Leistung im Sinne des SGB XI, in der der Aufwand für Leben und Wohnen als Unterkunft und Verpflegung zum Bestandteil der Leistungsvergütung wird. Die – mit Zuschüssen der Pflegeversicherung versehene Leistung ist im Verhältnis zu den Leistungen des SGB XII vorrangig und führt – wegen der Nachrangigkeit – zum Wegfall der Ansprüche auf Leistungen zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII.

Die meisten Modelle der Wohngemeinschaften scheiterten an diesem Mechanismus, das ein Anspruch auf Hilfe zum Lebensunterhalt wegen vorrangiger Leistungen nach dem SGB XI nicht mehr besteht. Dabei liegt es auf der Hand, dass mit den Zuschüssen der Pflegekassen allein neben der Deckung des Pflegeaufwandes der Aufwand für die übrige Lebenssituation nicht zu bestreiten ist.

Unabhängig davon ist es mit Blick auf das Normalitätsprinzip und das Selbstbestimmungsrecht auch nicht nachzuvollziehen, warum ein pflegebedürftiger Mensch, der gemeinsam mit

anderen pflegebedürftigen Menschen leben will, anders behandelt wird, als ein noch im häuslichen Umfeld wohnender.

Es sollte deshalb klargestellt werden, dass der Anspruch auf Hilfe zum Lebensunterhalt auch besteht, wenn pflegebedürftige Menschen gemeinsam wohnen. Mit dem Begriff „wohnen“ wird gesichert, dass es sich um selbstbestimmtes Wohnen und nicht um von Dritten organisierte Leistungen handelt, die neben Wohnen auch Unterkunft und Verpflegung einschließen und über eine zwischen Leistungsanbieter und Kostenträger verhandelte Vergütung finanziert werden.

### **Vorschlag**

„Die Leistungen nach Absatz 1 sind auch zu erbringen, soweit pflegebedürftige Personen im Sinne der §§ 14 SGB IX, 61 SGB XII außerhalb einer Einrichtung gemeinsam oder mit anderen Personen wohnen. In diesem Fall werden die Leistungen nach § 29 entsprechend der Zahl der ständig in der Wohnung lebenden Personen anteilig erbracht.“

### **3.2 Zu § 61 Abs. 1 SGB XII – Entscheidungsfrist –**

Die zu Ziffer 3.2 geschilderte und andere Entwicklungen im Bereich der Sozialhilfe sind mit zum Teil unvertretbar langen Verwaltungsverfahren verbunden, die für die Berechtigten und ihre Angehörigen mit erheblichen, nicht nur finanziellen Belastungen verbunden sind. Die in § 18 Abs. 1 Satz 2 SGB IX vorgesehene Frist von 5 Wochen bis zur Entscheidung sollte deshalb auch für die Träger der Sozialhilfe eingeführt werden. Da bei diesen in der Regel bereits eine Begutachtung des MDK vorliegt, kann auf § 14 Abs. 2 SGB IX verwiesen werden, nachdem die Entscheidung (ohne Einholung eines Gutachtens) innerhalb von 3 Wochen und innerhalb von 5 Wochen bei Einholung eines Gutachtens zu treffen ist.

### **Vorschlag**

An § 61 Abs. 1 SGB XII wird folgender Satz angefügt.

„Für die Entscheidung über den Leistungsantrag ist § 14 Abs. 2 Satz 2 und 4 SGB IX anzuwenden.“

### **3.3 Zu § 62 SGB XII – Bindung an die Entscheidung der Pflegekasse –**

In Nordrhein-Westfalen haben Kommunale Prüfungsämter beanstandet, dass die Träger der Sozialhilfe nicht unabhängig von der Ermittlung von Art, Umfang und voraussichtlicher Dauer der Hilfebedürftigkeit durch den MDK nach § 18 Abs. 1 Satz 2 SGB XI prüfen, welcher Hilfebedarf nach dem Grundsatz ambulant vor stationär aus der Sicht der Sozialhilfeträger tatsächlich besteht und ggfls. auch von der Empfehlung des MDK abweichende Leistungsentscheidungen treffen. Abgesehen von Doppeluntersuchungen durch Ärzte der Gesundheitsämter mit den dadurch für die Pflegebedürftigen verbundenen zusätzlichen Belastungen stellen die Träger der Sozialhilfe in diesem Zusammenhang sowohl die Bindungswirkung der Entscheidung über das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit (§ 62 Abs. 1 Satz 1 SGB XII), wie auf jeden Fall aber die Bindung an die Ermittlung von Art und Umfang des Hilfebedarfs in Frage. Für die betroffenen Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen besteht häufig über Wochen Unklarheit darüber, ob der Träger der Sozialhilfe die Kosten des schon begonnenen Aufenthaltes in der stationären Einrichtung übernimmt oder auf einer ambulanten Versorgung besteht, dies, obwohl die Wohnung des Berechtigten zwischenzeitlich bereits aufgelöst ist oder sich in Auflösung befindet.

Eine Klarstellung der Rechtslage in § 62 SGB XII ist dringend geboten.

## Vorschlag

§ 62 wird wie folgt gefasst:

„Das Ergebnis der Prüfung und die Feststellungen des MDK nach § 18 Abs. 1 SGB IX ist den Entscheidungen im Rahmen der Hilfe zur Pflege zu Grunde zu legen. Kann der Träger der Sozialhilfe im Rahmen seiner Einwirkungen nach § 63 eine von den Feststellungen des MDK abweichende Versorgung bewirken, führt er innerhalb der Frist nach § 18 Abs. 3 Satz 2 SGB IX eine einvernehmliche Feststellung der bedarfsgerechten Versorgung mit dem MDK herbei.“

### Begründung

Mit Blick auf die gemeinsamen leistungsrechtlichen Vorschriften von Pflegekassen und Sozialhilfeträgern (§ 62 Abs. 2 SGB XII) stellt Satz 1 des Vorschlages die umfassende Bindung der Träger der Sozialhilfe an die Prüfungen und Feststellungen des MDK fest. Damit werden auch die Pflegebedürftigen belastende Doppeluntersuchungen ausgeschlossen. Sollte der Sozialhilfeträger aus seinen Hinwirkungspflichten nach § 63 SGB XII eine von den Ermittlungen des MDK abweichende Versorgung erreichen können, kann er sie auch weiterhin zur Grundlage seiner Entscheidung machen, wenn der MDK mit ihm gemeinsam zu der Auffassung gelangt, dass diese Versorgung bedarfsgerecht und ausreichend ist. Um die zeitliche Unsicherheit des Berechtigten und seiner Angehörigen auszuschließen, ist das Einvernehmen innerhalb der für die Pflegekasse vorgeschriebenen Entscheidungsfrist von 5 Wochen zu erzielen.

## **4. Care- und Case-Management in der Pflegeversicherung (Pflegebegleitung; Pflegestützpunkte) - §§ 7, 7a, 12, 92c –**

### **4.1 Pflichten nach geltendem Recht**

Die Pflegekassen haben bisher bereits nach § 7 eine umfassende Beratungspflicht, die mit einer Informationspflicht der Krankenhausärzte gegenüber der Pflegekasse verbunden ist (§ 7 Abs. 2). Daraus leitet sich die Fallmanagement-Pflicht ab, nach Eingang der Information des Krankenhausarztes sofort den MDK zu beauftragen (§ 18 Abs. 1), damit dieser innerhalb einer Woche im Krankenhaus die Einstufungsuntersuchung durchführt (§ 18 Abs. 3). Dieses Verfahren wird – mit Ausnahme des MDK Nordrhein – bundesweit in den wenigsten Fällen praktiziert.

Die Pflegekassen haben des Weiteren bereits seit dem Inkrafttreten des SGB XI einen umfassenden Systemmanagement-Auftrag. Zunächst ist ihnen der Sicherstellungsauftrag für die pflegerische Versorgung zugeordnet (§ 12 Abs. 1, Satz 1), der mit der Verpflichtung zur Beseitigung von Mängeln der Versorgungsstrukturen sowie zur engen Zusammenarbeit mit allen an der Versorgung Beteiligten verbunden ist (Satz 2). Zur Gewährleistung einer einheitlichen Rechtsanwendung sollen sie für diese Aufgabe Arbeitsgemeinschaften bilden, die im Wege der Auftragsverwaltung sogar im Einzelfall Verwaltungsakte erlassen dürfen (Satz 3 iVm §§ 94 Abs. 2-4, 85 SGB X)

Sie haben § 12 Abs. 2 auch einen Fallmanagement-Auftrag, der sie verpflichtet, mit den Trägern der Versorgung partnerschaftlich zusammenzuarbeiten, um die für den Pflegebedürftigen zur Verfügung stehenden Hilfen zu koordinieren (Satz 1). Dabei haben sie insbesondere im Einzelfall – sozialrechtsübergreifend - sicherzustellen, dass ärztliche Behandlung, Rehabilitation und Pflege nahtlos und störungsfrei ineinander greifen (Satz 2).

Die Pflegekassen haben ihren Systemmanagement-Auftrag bisher lediglich als Bestandteil ihrer Leistungsverwaltung gehandhabt und Versorgungsstrukturentwicklung sowie Mängelbeseitigung eher unter Kostengesichtspunkten als unter dem Gesichtspunkt der Bedarfsgerechtigkeit und Wirksamkeit der Versorgung betrieben.

Neben der Pflegeberatung nach § 7 Abs. 1 Satz 1, die ebenfalls vornehmlich in der Leistungsberatung besteht, wurden für den Einzelfall keine Strukturen zur Koordination bzw. zum Fallmanagement im Sinne des § 12 Abs. 2 entwickelt.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass es offensichtlich nicht an gesetzlichen Verpflichtungen zum System- und Fall-Management mangelt. Wenn dennoch gesetzgeberischer Handlungsbedarf gesehen wird, hat das seine Ursache allein darin, dass die Pflegekassen das geltende Recht über 10 Jahre nach seinem Inkrafttreten nicht oder nur unzulänglich umgesetzt haben.

Auf diesem Hintergrund stellt sich zu Recht die Frage, ob die Pflegekassen nach den bisherigen Erfahrungen überhaupt als Träger des System- und Fall-Managements geeignet sind, und was sie eigentlich verpflichten soll, in Zukunft - anders als in der Vergangenheit - ihrer gesetzlichen Verantwortung nachzukommen und die beabsichtigten Strukturen der Pflegebegleitung und Pflegestützpunkte besser und wirksamer umzusetzen als das geltende Recht. Dies umso mehr, als im Entwurf wenig zwingend formuliert wird und man überwiegend mit Begriffen wie „soll“, „anzustreben“, „wirken darauf hin“, „können“, „kann“ arbeitet und in der Begründung Aufträge und Wirkungen beschrieben werden, die so nicht im Gesetzestext enthalten sind.

#### **4.2 Exkurs Case-, Fall- oder Systemmanagement**

*Case-Management* soll Fachkräfte im Sozial- und Gesundheitswesen befähigen, unter komplexen Bedingungen Hilfemöglichkeiten abzustimmen und die vorhandenen institutionellen Ressourcen im Gemeinwesen oder Arbeitsfeld koordinierend heranzuziehen. Aufgabe ist es, ein zielgerichtetes System von Zusammenarbeit zu organisieren, zu kontrollieren und auszuwerten, das am konkreten Unterstützungsbedarf der einzelnen Person ausgerichtet ist und an deren Herstellung die einzelne Person konkret beteiligt wird. Nicht die Qualitäten als Berater/-in allein sind gefragt, sondern die als Moderatoren, die im Prozess der Hilfe die Bedürfnisse der Klienten einschätzt, die die Planung und Sicherung der Bereitstellung medizinischer und sozialer Dienstleistungen koordinieren, die Prioritäten setzen und ggf. zukünftige Standards erarbeiten bzw. festlegen und für ihre Einhaltung sorgen.

Beim *Fallmanagement* handelt es sich demgegenüber um die Optimierung der Hilfe im konkreten Fall, beim *Systemmanagement* um die Optimierung der Versorgung im Zuständigkeitsbereich<sup>2</sup>.

Die beabsichtigten Regelungen zur Pflegebegleitung und zu den Pflegestützpunkten beinhalten sowohl Elemente des Case-Management, des Fall- und Systemmanagements. Da dies in der Verantwortung der Kostenträger, insbesondere der Pflegekassen organisiert werden soll, werden u.a. Kosten- und Wirtschaftlichkeitsinteressen des Kostenträgers, das öffentliche Interesse an bedarfsgerechten und wirksamen Versorgungsstrukturen und –verfahren sowie das individuelle Interesse nach Selbstbestimmung, Eigenverantwortung und individueller Bedarfsgerechtigkeit in einen Zusammenhang gebracht, der durch vielfältige, nicht auflösbar erscheinende Zielkonflikte geprägt ist.

#### **4.2 Pflegebegleiter**

Die Einordnung nach § 7 spricht dafür, dass mit dem Recht auf Pflegebegleitung beabsichtigt ist, die zuvor beschriebenen Defizite der Pflegekassen durch eine gesetzliche Operationalisierung der Pflichten nach § 12 Abs. 2 zu beseitigen.

Dass damit in die Rechte der Selbstverwaltung eingegriffen und deren Verantwortung für die Ausgestaltung der Verwaltungsverfahren insoweit gebunden wird, erscheint mit Blick auf die geschilderten Versäumnisse der Pflegekassen vertretbar.

---

<sup>2</sup> Quelle: Fachgruppe Case-Management der deutschen Gesellschaft für Sozialarbeit;  
[www.case-manager.de](http://www.case-manager.de)

Die in der Begründung beschriebene Aufgabenstellung der Pflegebegleitung (Feststellung des konkreten Hilfebedarfs im Einzelfall, Klärung sozialrechtlicher Ansprüche, koordinieren der Aufgabe zwischen den beteiligten Stellen, Entwicklung des auf die individuellen Bedürfnisse zugeschnittenen Unterstützungsangebotes und Begleitung der Inanspruchnahme) entspricht exakt der Aufgabenstellung der Gemeinsamen Servicestellen nach § 22 Abs. 1 SGB IX sowie dem Teilhabemanagement nach §§ 10, 11 SGB IX. Dies gilt ebenso für die Zuordnung von Entscheidungsbefugnis, die nach § 12 Abs. 2 SGB IX iVm mit §§ 88, 94 SGB X auch im Wirkungsbereich des SGB IX über Arbeitsgemeinschaften als Träger von Gemeinsamen Servicestellen diesen zugeordnet werden kann.

Nach der Begründung des Entwurfs soll sichergestellt werden, dass keine unnötigen Doppelstrukturen aufgebaut werden. **Tatsächlich wird jedoch der Aufbau von Doppelstrukturen vollzogen. Künftig werden neben den Gemeinsamen Servicestellen nach dem Behindertenrecht institutionelle Strukturen im Bereich der Pflegeversicherung mit exakt gleicher Aufgabenstellung bestehen, obwohl die gemeinsamen Servicestellen nach § 22 Abs. 1 Satz 4 SGB IX unter Beteiligung der Pflegekassen auch heute schon beratend und unterstützend bei drohender oder bestehender Pflegebedürftigkeit tätig werden können.** Dass einzelne Pflegebegleiter die Ihnen zugeordneten vielfältigen Aufgaben nicht wahrnehmen können, ist auch den Verfassern des Entwurfs klar, die deshalb die institutionelle Einbindung in die Pflegestützpunkte vorsehen, um den Pflegegeleitern einen administrativen Rahmen zu sichern. Dabei sollen zwar die Kosten der Pflegebegleiter nicht in die gemeinsame Finanzierung der Pflegestützpunkte einbezogen werden. Gleichwohl würden die aus der Einbindung der Pflegebegleiter in die Pflegestützpunkte erwachsenden administrativen Kosten von allen übrigen Beteiligten quersubventioniert. Dabei handelt es sich zweifelsfrei um unzulässige Mischverwaltung.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass gegen die beabsichtigte Konkretisierung der Verantwortung der Pflegekassen nach § 12 SGB XI durch die Verpflichtung zur Beschäftigung von Pflegebegleitern auch mit der in § 7a beschriebenen Aufgabenstellung grundsätzlich nichts einzuwenden ist.

Abzulehnen ist dagegen die vorgesehene Entwicklung von Doppelstrukturen durch die Einbindung der Pflegebegleiter in die geplanten träger- und leistungserbringerübergreifenden Pflegestützpunkte. Abgesehen von den schon vorgetragenen Aspekten und der unzulässigen Mischverwaltung sprechen auch folgende systemischen und fachlichen Gründe gegen die Einbindung der Pflegebegleitung in die Pflegestützpunkte:

Nach der insoweit zutreffenden Begründung besteht die Aufgabe der Pflegebegleiter vorwiegend im Fallmanagement, ergänzt um Elemente des Case-Managements, die möglicherweise durchaus mit dem Selbstbestimmungsrecht und der Eigenverantwortung der Berechtigten kollidieren.

Mit der Einführung der Pflegestützpunkte wird demgegenüber der Versuch unternommen, den bisher in § 12 Abs. 1 SGB XI allein den Pflegekassen zugeordneten Sicherstellungsauftrag für die pflegerische Versorgung zumindest hinsichtlich seiner operativen Umsetzung sozialrechtsübergreifend und unter Beteiligung der Leistungserbringer zu organisieren und damit gleichzeitig das Versorgungs- und Leistungsvertragsrecht zu verknüpfen (System-Management). Dabei wird insbesondere an den Abschluss von Verträgen zur integrierten Versorgung nach § 92b gedacht, was auch die rechtssystematische Einordnung der beabsichtigten Regelung an dieser Stelle erklärt.

Die institutionelle Verknüpfung des Fall-Managements mit dem System-Management lässt befürchten, dass die institutionellen Interessen der Kostenträger, insbesondere der Pflegekassen, aus dem System-Management, die einen engen Zusammenhang mit Beitrags- und Finanzierungsfragen haben, die individuellen Interessen und Rechte der Berechtigten

überlagern. Dies entspricht – wie eingangs dargestellt – im Übrigen bereits den Erfahrungen der heutigen Praxis (Leistungs- statt Fallmanagement).

Notwendig ist daher eine strikte Trennung von Fallmanagement und Systemmanagement, wie sie auch im Entwurf in den Basisregelungen des § 12 (Neufassung des Absatz 1 Satz 2 zum Versorgungs- und Systemmanagement sowie des Abs. 2 Satz 2 zum Fallmanagement) noch enthalten ist. Diese strikte Trennung gestattet es, die beiden Elemente jeweils für sich ohne Interessenkollision sach- und fachgerecht auszugestalten. Erst durch die institutionelle Vermischung in den Pflegestützpunkten entstehen Probleme.

Zur konsequenten Vermeidung von Doppelstrukturen mit exakt gleicher Aufgabenstellung und entsprechend erhöhtem bürokratischem Aufwand sollten die Pflegebegleiter mit der in § 7a enthaltenen Aufgabenstellung in die Gemeinsamen Servicestellen nach § 22 SGB IX eingegliedert werden.

Der große Vorteil der Integration in die Gemeinsamen Servicestellen liegt darin, dass nicht nur die medizinische, rehabilitative und pflegerische Versorgung Gegenstand des Fallmanagements sind, sondern alle die Lebenssituation des pflegebedürftigen Menschen bestimmenden Aspekte der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft einschl. der dazu vorhandenen Hilfen und Leistungen. Erst dadurch wird eine sozialrechtsübergreifende ganzheitliche Betrachtung und Beurteilung der Lebenssituation möglich. Die bisher im Entwurf beabsichtigten Regelungen klammern die Teilhabe weiterhin aus und bleiben deshalb hinter dem wirklich Notwendigen zurück.

Dem steht auch der häufig vorgebrachte Hinweis darauf nicht entgegen, dass die Gemeinsamen Servicestellen angeblich nicht funktionieren. Da wo die Kostenträger es zugelassen haben, funktionieren sie nämlich (so in Baden-Württemberg, in Teilen von Sachsen-Anhalt). Für die übrigen Bereiche kann bis heute gar nicht evident beurteilt werden, ob sie funktionieren oder nicht. Nach einem Bericht über eine Besuchsreihe von Abgeordneten des Landtages von Schleswig Holstein in Gemeinsamen Servicestellen des Landes lässt sich die Frage nach der Bewährung der gemeinsamen Servicestellen nur schwer beantworten, weil die Vorgaben des Gesetzgebers in §§ 22, 23 SGB IX bisher kaum umgesetzt sind, manche Servicestellen (gemessen an den gesetzlichen Vorgaben: die meisten) ihre Arbeit als Gemeinsame Servicestellen bisher noch gar nicht aufgenommen haben und sich einige Träger ihrer gesetzlichen Verantwortung kaum bewusst sind.

Mit den in dieser Stellungnahme enthaltenen Vorschlägen, insbesondere auch der noch stärkeren Beteiligung der Selbsthilfeorganisationen (vergl. nachfolgend Ziffer 4.3) würde der Gesetzgeber zugleich nochmals mit Nachdruck darauf hinwirken, dass die Träger ihren Pflichten nachkommen und die Gemeinsamen Servicestellen gesetzmäßig ausstatten und arbeiten lassen.

#### **Vorschlag:**

1. § 7a Abs. 1 Satz 7 und 8 wird gestrichen. Satz 6 wird wie folgt gefasst:

„Die Pflegebegleitung ist in den Gemeinsamen Servicestellen nach §§ 22,23 des Neunten Buches anzusiedeln.“

2. § 7a Abs. 3 Satz 1 und 2 werden gestrichen, weil diese Pflichten beinahe wortgleich in § 23 Abs. 3 SGB IX enthalten sind.

Unabhängig davon sollten die §§ 22, 23 SGB IX als §§ 14a, 14b in das Erste Sozialgesetzbuch verlagert werden, um mit Nachdruck zu verdeutlichen, dass es sich bei der Aufgabenstellung der Gemeinsamen Servicestellen um ein sozialrechtsübergreifendes Fall- und z.T. auch Case-Management handelt, das Aufgabenstellung aller Sozialleistungsträger ist.

### 4.3 Pflegestützpunkte

Die beabsichtigte Regelung des § 92c zu den Pflegestützpunkten enthält Elemente

- zur Konkretisierung des Fallmanagements nach § 12 Abs. 2
- zur Konkretisierung des Versorgungs- bzw. Systemmanagements nach § 12 Abs. 1
- zum Versorgungsvertragsrecht nach §§ 69ff.

Dabei ist der Pflegestützpunkt zugleich auch eine Ausformung der bisher schon zur Operationalisierung des Systemmanagements in § 12 Abs. 1 Satz 3 SGB XI vorgesehenen örtlichen und regionalen Arbeitsgemeinschaften der Pflegekassen. Neu ist lediglich die Öffnung für die Beteiligung der Leistungserbringer.

Dies entspricht weitgehend den Regelungen im SGB IX, wonach zur Operationalisierung des regionalen Sicherstellungsauftrages ebenfalls Arbeitsgemeinschaften vorgesehen sind (§ 12 Abs. 2 SGB XI) und die Leistungserbringer (und die Interessenvertretungen der Berechtigten) an der Ausübung des Sicherstellungsauftrages (Systemmanagement) zu beteiligen sind (§ 19 Abs. 1 Satz 3 SGB IX).

Sowohl im SGB IX, wie auch im SGB XI wurden die Vorgaben zum Systemmanagement (insbesondere die Bildung von Arbeitsgemeinschaften) von den Kostenträgern bisher nicht umgesetzt.

Mit Blick darauf erscheint es auch hier gerechtfertigt, das der Selbstverwaltung bisher in diesem Bereich belassene Gestaltungsrecht durch entsprechende Verwaltungsverfahrensvorschriften zu binden. Rechtssystematisch wäre mit Blick auf die in der beabsichtigten Regelungen weit überwiegend enthaltene Operationalisierung des § 12 Abs. 1 eine Einordnung als § 12b schlüssiger, als die wegen der im letzten Halbsatz des Absatzes 1 vorgesehenen Instrumentierung durch Integrierte Verträge bisher im Entwurf vorgesehene Einordnung nach § 92b.

Folgt man dem zuvor in Ziffer 4.3 dieser Stellungnahme enthaltenen Vorschlag der strikten Trennung von Fall- und Systemmanagement, sind aus dem Entwurf die das Fallmanagement betreffenden Regelungen herauszunehmen.

#### Vorschlag

In § 92 Abs. 1 Nr. 1 werden die Worte

„Auskunft und Beratung zu den Rechten und Pflichten nach dem Sozialgesetzbuch und zur“  
und in Nr. 2 die Worte

„einschließlich der Hilfestellung bei der Inanspruchnahme der Leistungen“  
gestrichen

#### Begründung

Beides ist Aufgabenstellung der in die Gemeinsamen Servicestellen integrierten Pflegebegleitung. Auch im Rahmen der Tätigkeit der Gemeinsamen Servicestellen können schon bisher sowohl Leistungserbringer, wie auch die Interessenverbände der Berechtigten gegen Kostenerstattung im Rahmen der Auftragsverwaltung nach § 88 SGB X tätig werden. Dies liegt bisher allein im Ermessen der Kostenträger, die davon keinen Gebrauch machen. Deshalb sollten die Beteiligungsmöglichkeiten durch eine entsprechende Ergänzung des § 22 SGB IX um einen Absatz 3 klargestellt werden.

#### Vorschlag zu § 22 Abs. 3 SGB IX:

„(3) Die Selbsthilfeorganisationen der Leistungsberechtigten sowie die Leistungserbringer können bei der Wahrnehmung der Aufgaben nach Absatz 1 Nr. 1 und 2 auf der Grundlage entsprechender Verträge oder im Einzelfall beteiligt werden. Auf Wunsch des Berechtigten

sind sie zu beteiligen. Die Übernahme damit verbundener Kosten richtet sich nach § 91 SGB X.“

Nach der Trennung von Fall- und Systemmanagement bestehen keine Bedenken, die im Entwurf enthaltene Regelung zu den Pflegestützpunkten zur Operationalisierung des Systemmanagementauftrages der Pflegekassen nach § 12 Abs. 1 so zu belassen, wobei der Vorschlag aufgegriffen werden sollte, sie als § 12a einzuordnen.

Im Ergebnis würden danach sozialrechtsübergreifende Strukturen

- zum Fallmanagement und
- zum Systemmanagement

mit dem Auftrag bestehen, im jeweiligen Aufgabengebiet die Schnittstellen des gegliederten Leistungs- und Versorgungssystems zu überwinden.

Durch die Vernetzung der Pflegeberater mit den Gemeinsamen Servicestellen würde erstmals ein systematisches Fallmanagement organisiert, das die Berechtigten in ihrer gesamten Lebenssituation - und nicht nur segmentiert nach Krankheit, Pflege oder Rehabilitation – erfasst und auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ausgerichtet ist.

Ob eine gleichwertige Schnittstellenüberwindung im Bereich des Versorgungs-/Systemmanagements gelingt, bleibt gleichwohl fraglich. Die Begründung zu § 92c weist zu recht darauf hin, dass der Bund – auch unter Berücksichtigung der Wirkungen der Föderalismusreform – insoweit über keinerlei Regelungsbefugnis mit bindender Wirkung für das Handeln der Länder und der Kommunen verfügt. Die Einbindung der Sozialhilfeträger mit ihren Leistungen zur Pflege, insbesondere aber auch der Eingliederungshilfe, ist deshalb nur eine Option. Ob davon Gebrauch wird, muss nach der in der Praxis gerade stattfindenden Auseinanderentwicklung von Pflegeversicherung und Sozialhilfe (vergleiche dazu Vorschläge zur Konvergenz unter Ziffer 3.2 dieser Stellungnahme) eher bezweifelt werden.

Daran wird auch der Anreiz der Anschubfinanzierung nicht viel ändern, weil sich der Blick der Kommunen eher auf die dauerhaften Folgekosten richten wird. Zudem ist keine generelle Förderung der Anschubkosten vorgesehen, sondern nur dann, wenn neben sich neben den Pflege- und Krankenkassen auch tatsächlich die zuständigen Landesstellen beteiligen.

Gleichwohl sollten auch die Kommunen ein originäres Eigeninteresse an der Entwicklung eines trägerübergreifenden, gemeinsamen Systemmanagements haben, weil durch die damit bedingte zielgerichtete und wirksame Leistungsorganisation nicht unerhebliche Einsparpotentiale im Bereich der Leistungserbringung erschlossen werden dürften.