

REFORM DER PFLEGEVERSICHERUNG:

# Die Einzelheiten des Pflegekompromisses

## Eine Analyse und Bewertung der geplanten Änderungen

Von Harry Fuchs

In der Nacht zum 19. Juni einigte sich der Koalitionsausschuss auf eine kleine Lösung zur seit langem überfälligen Reform der Pflegeversicherung. Zur wichtigen Frage der nachhaltigen Finanzierung konnten sich CDU/CSU und SPD – trotz ihrer eindeutigen Ziele im Koalitionsvertrag – nicht auf einen Kompromiss einigen.<sup>1</sup> Im Folgenden werden die ausgehandelten Neuerungen im Einzelnen vorgestellt und bewertet. Dabei zeigt sich: Manche Punkte klangen nach den ersten Verlautbarungen der Politiker wesentlich positiver als sie es tatsächlich sind. Etwa ist es keineswegs so, dass künftig alle Demenzkranken in die Leistungen der Pflegeversicherung einbezogen werden.<sup>2</sup>

### Anpassungen der Pflegeleistungen

„Die Leistungen der Pflegeversicherung sind seit 1995 in der Höhe unverändert. Sie unterliegen daher einem schleichenden Wertverfall und müssen angepasst werden. Die Reform der Pflegeversicherung soll den Grundsatz ‚ambu-

lant vor stationär‘ stärken“, heißt es in dem Papier zum Koalitionskompromiss.<sup>3</sup> Es sollen daher das Pflegegeld (bei Angehörigenpflege) und die ambulanten Sachleistungen (bei professioneller Pflege zu Hause) ab 2008 schrittweise in allen Stufen angehoben werden. Bei der stationären Pflege sollen dagegen die Stufen I und II „zunächst“ unverändert bleiben und nur die Pflegestufen III sowie die „Härtefälle“ ab 2008 von Erhöhungen profitieren (vgl. Tabelle).

Der Anspruch auf Tagespflege – derzeit gibt es dafür je nach Pflegestufe bis zu 384 (I), 921 (II) oder 1.432 (III) Euro – soll „ausgebaut“ werden. Zusätzlich dazu „soll noch ein hälftiger Anspruch auf die jeweilige ambulante Pflegesachleistung oder das Pflegegeld für die weiterhin zu Hause notwendige Pflege geleistet werden“.

Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen künftig in einem dreijährigen Rhythmus dynamisiert werden. „Da die bisherigen Leistungsbeträge ab 2008 stufenweise angehoben werden, beginnt die entsprechende Dynamisierung erstmals 2015, drei Jahre nach Abschluss der Anhebung der Sachleistungsbeträge“, heißt es in dem Koalitionspapier. Und weiter: „Ob und inwieweit eine Dynamisierung entsprechend der Preissteigerungsrate in der Folgezeit geboten ist, wird danach alle drei

Tabelle: Leistungen der Pflegeversicherung bis 2012

	HÄUSLICHE PFLEGE DURCH ...		STATIONÄRE PFLEGE (HEIMPFLEGE)
	ANGEHÖRIGE (PFLEGEGELD)	AMBULANTE DIENSTE (SACHLEISTUNG)	
<b>Pflegestufe I:</b>			
bisher	205 Euro	384 Euro	1.023 Euro
2008	215 Euro	420 Euro	1.023 Euro
2010	225 Euro	450 Euro	1.023 Euro
2012	235 Euro	450 Euro	1.023 Euro
<b>Pflegestufe II:</b>			
bisher	410 Euro	921 Euro	1.279 Euro
2008	420 Euro	980 Euro	1.279 Euro
2010	430 Euro	1.040 Euro	1.279 Euro
2012	440 Euro	1.100 Euro	1.279 Euro
<b>Pflegestufe III:</b>			
bisher	665 Euro	1.432 Euro	1.432 Euro
2008	675 Euro	1.470 Euro	1.470 Euro
2010	685 Euro	1.510 Euro	1.510 Euro
2012	700 Euro	1.550 Euro	1.550 Euro
<b>Härtefälle:</b>			
bisher	—	1.918 Euro	1.688 Euro
2008	—	1.918 Euro	1.755 Euro
2010	—	1.918 Euro	1.825 Euro
2012	—	1.918 Euro	1.918 Euro

1 vgl. Annelie Buntenbach: Pflegereform: Notdürftig statt notwendig, auf S. 204 in diesem Heft

2 So etwa der CDU-Generalsekretär Ronald Pofalla am 19. Juni in einer Presseerklärung der CDU: „Eine Million Demenzkranke und ihre Familien erhalten künftig Leistungen aus der Pflegeversicherung.“ Diese Darstellung wurde in der Presse weitgehend übernommen.

3 Reform zur nachhaltigen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, 19. Juni 2007

Jahre geprüft. Die Höhe der Anpassung wird von der Bundesregierung gegebenenfalls per Rechtsverordnung in Anlehnung an die Inflationsentwicklung in den letzten drei Jahren festgelegt. Dabei soll der Anstieg nicht höher sein als die Brutto Lohnentwicklung im selben Zeitraum.“

**Bewertung:** Die Qualität der Pflege leidet vor allem darunter, dass die Pflegeeinrichtungen über Jahre hinweg zunehmend unterfinanziert wurden, d.h. dass die Vergütung nicht mehr den dafür benötigten Aufwand deckt. Dies ist aber nur teilweise durch die seit Jahren unveränderte Höhe der Leistungssätze der Pflegekassen begründet. Insbesondere liegt es daran, dass die Leistungen nicht am individuellen Pflegebedarf bemessen werden und im Übrigen auch nicht definiert ist, welche Leistungen bei Art und Umfang einer Pflegebedürftigkeit im Einzelfall überhaupt zu erbringen sind.

Jede Anhebung der Sätze bzw. Zuschüsse der Pflegekassen ist zu begrüßen. Mit Blick darauf, dass die Zuschüsse seit In-Kraft-Treten der Pflegeversicherung nicht verändert wurden<sup>4</sup>, muss allerdings die beabsichtigte Erhöhung nicht nur für das Pflegegeld, sondern auch für die Pflegesachleistung als sehr moderat bezeichnet werden. Sie beträgt nämlich z. B. in der jeweils kostenaufwändigsten Pflegestufe III bei den Pflegesachleistungen nur etwas mehr als 2,5 Prozent und beim Pflegegeld (für die Angehörigenpflege) sogar nur um die 1,5 bis 2,1 Prozent.

Die einzelnen professionellen Leistungen, d. h. die konkrete Pflege, die ein pflegebedürftiger Mensch von ambulanten Diensten oder stationären Einrichtungen tatsächlich erhält, werden aber nicht durch den Gesetzgeber geregelt, sondern in Verträgen zwischen den Pflegekassen/Sozialhilfeträgern und den Leistungserbringern vereinbart. Dies gilt ebenso für die damit verbundenen Kosten (Vergütungsverhandlungen).

Von daher wird die Anhebung der von der Kasse gezahlten Sätze bei allen Pflegebedürftigen, deren Einkommen nicht ausreicht, um diese Pflegekosten zu decken, keinen objektiven Mehrwert bringen, weil damit lediglich die Träger der Sozialhilfe entlastet werden. Immerhin sind inzwischen (wieder) rund 40 Prozent der Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen und fast 25 Prozent der von ambulanten Diensten versorgten Pflegebedürftigen neben Leistungen der Pflegeversicherung noch auf Hilfe zur Pflege von den Sozialhilfeträgern angewiesen.<sup>5</sup> Bei einem „Teilkaskosystem“ mit Restkostentragung durch einen anderen Sozialleistungsträger profitiert nämlich im Wesentlichen nicht der Berechtigte, sondern der die überhängenden Kosten tragende Sozialleistungsträger von der Erhöhung dieser Sätze einschließlich der Dynamisierung.

Als wirkliche Verbesserung der pflegerischen Versorgung kann nur der Ausbau der Tagespflege gesehen wer-

den. Damit wird es künftig öfter möglich, aktivierende Tagespflegeleistungen in Anspruch zu nehmen, ohne deswegen die bedarfsnotwendige häusliche Pflege einschränken zu müssen. Leider ist jedoch der systematische Ausbau der Tagespflegehäuser zu Einrichtungen der ambulanten rehabilitativen Versorgung insbesondere für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz unverändert nicht vorgehen.

### Einbeziehung von Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz

Im Koalitionskompromiss steht: „Der zusätzliche Leistungsbetrag für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz wird auf bis zu 2.400 Euro jährlich angehoben. Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, die zwar noch keinen erheblichen Pflegebedarf, wohl aber Betreuungsbedarf haben, können diesen Betrag auch erhalten. Der zusätzliche Leistungsbetrag wird in unterschiedlicher Höhe (2 Stufen) entsprechend des festgestellten Betreuungsaufwands geleistet. In der Regel korreliert der Betreuungsaufwand von Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz mit den Pflegestufen, da mit der Schwere der demenziellen Erkrankung neben dem Beaufsichtigungsbedarf auch der verrichtungsbezogene Hilfebedarf ansteigt.“

**Bewertung:** Die Finanzierung der Pflegeversicherung wurde ursprünglich auf der Basis der Gesamtausgaben für alle Pflegebedürftigen im Bundesgebiet einschließlich der psychisch kranken und dementen Menschen kalkuliert. Wegen der unmittelbar vor In-Kraft-Treten der zweiten Stufe der Pflegeversicherung (stationäre Pflege) befürchteten Beitragsanhebung wurden erst zu diesem Zeitpunkt die sich nicht auf vorwiegend körperliche Einrichtungen beziehenden Pflegebedarfe dieser Menschen aus der Beurteilung des Leistungsbedarfs bei der Einstufungsbegutachtung ausgenommen.

Die jetzt angekündigte „Einbeziehung von Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz“ würde tatsächlich nur erreicht, wenn dieser Einschnitt wieder rückgängig gemacht und wirklich alle Hilfebedarfe dieser Menschen in die Begutachtung zur Feststellung einer Stufe der Pflegebedürftigkeit einbezogen würden. Der Pflegebedürftigkeitsbegriff ist jedoch nicht Gegenstand dieser Reform, sondern soll erst Ende 2008 wieder behandelt werden, wenn der dazu eingesetzte Beirat seine Arbeit abgeschlossen hat.<sup>6</sup> In dieser Legislaturperiode dürften seine Ergebnisse kaum noch Gesetz werden. Wegen des unveränderten Einstufungsverfahrens, das den Betreuungsbedarf derzeit nicht umfassend erhebt, werden durch die geplante Reform bis auf weiteres nicht mehr Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz die üblichen regulären Leistungen der Pflegeversicherung erhalten.

Nach geltendem Recht bekommen allerdings Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, die vom Medizinischen Dienst (MDK) in eine der Pflegestufen I bis III eingestuft wurden und Leistungen der Pflegeversicherung

4 vgl. Jürgen Sendler: DGB-Anforderungen an eine geänderte Pflegeversicherung, in *SozSich* 5/2007, S. 167. Danach betrug die Wertminderung der Leistungssätze durch die Preissteigerungen seit 1995 insgesamt 15 Prozent.

5 Quelle: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW, Ergebnisse der Pflegestatistik 2005 / Empfänger(innen) von Hilfe zur Pflege 2004

6 vgl. Jürgen Sendler, a. a. O.

gen erhalten, zusätzlich zu diesen Leistungen einen Betrag von bis zu 460 Euro jährlich<sup>7</sup> (38,33 Euro monatlich), wenn sie einen „erheblichen Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung“ haben (§ 45 a SGB XI). Nicht jedem Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz steht dieser Betrag zu, sondern nur denjenigen mit „erheblichem“ (d. h., einem über den bei Pflegebedürftigen im Allgemeinen hinausgehenden) Betreuungsaufwand.

Dieser ist anzunehmen, wenn der MDK bei dem Pflegebedürftigen aus einem Katalog von 13 Beeinträchtigungsbereichen dauerhafte und regelmäßige Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen in wenigstens zwei Bereichen – davon wenigstens eine in den ersten neun der gelisteten Bereiche – feststellt.<sup>8</sup> Liegen diese Voraussetzungen vor, wird die Leistung aber nur bei ambulanter und teilstationärer Versorgung und in diesem Zusammenhang auch nur dann erbracht, wenn der Berechtigte Aufwendungen für die Inanspruchnahme von Leistungen der Tages- oder Nachtpflege, der Kurzzeitpflege, der Pflegedienste im Bereich der Anleitung und Betreuung sowie der nach Landesrecht anerkannten niedrigschwelligeren Betreuungsangebote nachgewiesen hat.<sup>9</sup>

Nach dem Koalitionspapier soll dieser „zusätzliche Leistungsbetrag“ auf „bis zu 2.400 Euro jährlich“ (200 Euro monatlich) angehoben und auch an Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz gezahlt werden, die noch keine Einstufung in eine Pflegestufe durch den MDK und damit keinen Anspruch auf die üblichen Leistungen der Pflegekassen, wohl aber einen „erheblichen Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung“ haben. Danach erhalten Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz künftig keineswegs ohne weiteres jährlich 2.400 Euro, sondern nur unter den geschilderten Voraussetzungen, deren Vorliegen zunächst durch eine Begutachtung des MDK abzuklären ist – und auch nur dann, wenn ihnen schon Aufwendungen für Hilfen durch entsprechende Dienste entstanden sind. Zudem soll der zusätzliche Leistungsbetrag künftig in unterschiedlicher Höhe (2 Stufen) gezahlt werden, was nochmals eine weitere Differenzierung der ohnehin komplizierten Leistungsvoraussetzungen für zwei unterschiedliche Personenkreise bedingt.

7 „Zusätzlicher Leistungsbetrag“ im Sinne des Koalitionspapiers

8 § 45 a Abs. 2 SGB XI: „1. unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereichs (Weglauf tendenz); 2. Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen; 3. unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen; 4. tätlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation; 5. im situativen Kontext inadäquates Verhalten; 6. Unfähigkeit, die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen; 7. Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung; 8. Störung der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigungen des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben; 9. Störung des Tag-/Nacht-Rhythmus; 10. Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren; 11. Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates reagieren in Alltagssituationen; 12. ausgeprägtes labiles oder unkontrolliertes emotionales Verhalten; 13. zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzögertheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit aufgrund einer therapieresistenten Depression.“

9 § 45 b Abs. 1 Satz 2 SGB XI

Unter welchen Voraussetzungen psychisch kranke und demenzkranke pflegebedürftige Menschen den zusätzlichen Leistungsbetrag tatsächlich erlangen können, kann deshalb erst nach Vorlage eines Gesetzesentwurfs beurteilt werden.

Für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, die bereits stationär versorgt werden, sind hier keine Leistungsverbesserungen vorgesehen. Sie profitieren auch nicht von der Erhöhung der Zuschüsse für die Pflegestufe III bzw. Härtefallregelung, weil dies eine entsprechende Berücksichtigung aller Hilfebedarfe dieser Menschen bei ihrer Einstufung erfordern würde, um überhaupt in die Pflegestufe III oder als Härtefall eingestuft zu werden.

### Wohnortnahe Versorgung / Pflegestützpunkte

„Mit dem Ziel, wohnortnah die Angebote für Pflegebedürftige besser aufeinander abzustimmen und zu vernetzen sowie aus einer Hand anzubieten, werden quartiersbezogene Pflegestützpunkte unter Berücksichtigung vorhandener Strukturen gebildet. Diese werden mit einem neuen Vertragstyp „Integrierte wohnortnahe Versorgung und Betreuung“ realisiert, der zwischen Krankenkassen, Pflegekassen, Kommunen und Leistungserbringern geschlossen werden kann. Es wird eine Anschubunterstützung für die Pflegestützpunkte von der Pflegeversicherung für zwei Jahre gewährt. Bei einer Förderung von durchschnittlich einem Stützpunkt je 20.000 Einwohner mit 15.000 Euro würden Kosten von rund 60 Millionen Euro entstehen.“

**Bewertung:** Die Notwendigkeit, sowohl ein quartiersbezogenes Versorgungsmanagement wie auch eine quartiersbezogene Versorgung zu organisieren bzw. zu verbessern, ist unbestritten und überfällig. Dazu ist die Einbindung der Kommunen unabdingbar. Es ist allen Beteiligten auch nach geltendem Recht seit Jahren unbenommen, die entsprechenden Strukturen zu schaffen. Das Problem ist nicht die fehlende Rechtsgrundlage, sondern die mangelnde Bereitschaft zum Handeln, die ihre Ursache in den leeren Kassen hat. Es bleibt abzuwarten, ob eine Einmalförderung mit 15.000 Euro pro Stützpunkt mit Blick auf die von den Kommunen zumindest mit zu deckenden Folgekosten wirklich einen Innovationsschub bewirkt.

Im Übrigen kann der Bundesgesetzgeber die Kommunen nach der Föderalismusreform nicht verpflichten, sich an Verträgen zur integrierten Versorgung zu beteiligen. Die Länder könnten dagegen in ihren Landespflegegesetzen verbindlichere Regelungen treffen. Es bleibt deswegen auch nach der Pflegereform Entscheidung der Kommunen, ob sie sich auf diesem Feld aktivieren oder nicht.

### Fallmanagement

Koalitionspapier: „Die Pflegekassen werden verpflichtet, für ihre pflegebedürftigen Versicherten ein Fallmanagement (etwa im Rahmen der Pflegestützpunkte) anzubieten, welches die zielgerichtete Unterstützung des Einzelnen gewährleistet und für eine Anpassung des Versorgungsarran-

gements an veränderte Bedarfe sorgt. Ein(e) Fallmanager(in) soll künftig Ansprechpartner(in) für jeweils bis zu 100 pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen sein.“

**Bewertung:** Mit wenigen Ausnahmen verpflichten die Krankenhausgesetze der Länder die Krankenhäuser, Sozialdienste (meist besetzt mit Sozialarbeitern) vorzuhalten, denen bereits heute die Aufgabe des Fallmanagements für die Überleitung vom Krankenhaus zur anschließenden Versorgung obliegt. Mit der Gesundheitsreform (§ 11 Abs. 4 SGB V) wurde den Versicherten gerade ein Rechtsanspruch auf dieses Versorgungsmanagement eingeräumt.

Für den Bereich der Rehabilitations- und Teilhabeleistungen haben die Sozialdienste der Krankenhäuser eine gleiche Verantwortung für die Einleitung von Rehabilitationsleistungen nach dem SGB IX. Dazu ist den Gemeinsamen Servicestellen der Rehabilitationsträger mit §§ 22, 23 SGB IX die Verantwortung für das Fallmanagement übertragen. Im Bereich der Pflegeversicherung enthält § 7 SGB XI bereits heute Pflichten der Pflegekassen (unterstützen, hinwirken, unterrichten, beraten, Finanzierung von Beratungsangeboten), die ein umfassendes Fallmanagement bewirken. Bei Pflegebedürftigen haben sie zudem nach § 22 Abs. 1 Satz 4 SGB IX an den Gemeinsamen Servicestellen mitzuwirken. Zudem haben die Krankenkassen das Versorgungsmanagement der Krankenhäuser zu unterstützen. Es mangelt danach nicht an gesetzlichen Vorgaben, sondern an der zielgerichteten Umsetzung. Wirksamer als die ständige Ausdehnung von Managementinstitutionen, die allenfalls weitere Schnittstellenprobleme schafft, wäre die Bündelung der vielfältigen vorhandenen Angebote in einer Hand, z. B. durch Verlagerung der Regelung des § 22 SGB IX in das SGB I bei gleichzeitiger Übertragung einer rechtsübergreifenden Managementverantwortung.

### Betreute Wohnformen / Wohngemeinschaften

„Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohneinrichtungen sollen die dort erbrachten Betreuungsleistungen flexibler als bisher in Anspruch nehmen und diese Leistungen allein oder mit anderen Pflegebedürftigen gemeinsam abrufen („poolen“) können.“

**Bewertung:** Das Koalitionspapier geht hier leider – offensichtlich trotz guter Absichten – in die falsche Richtung. Schon der Begriff „ambulant betreute Wohneinrichtungen“ suggeriert eine institutionalisierte Wohnform, die eher einer Heimversorgung als der eines selbstbestimmten gemeinschaftlichen Wohnens gleicht. Derzeit ist es aber so, dass pflegebedürftige Menschen, die in einer institutionalisierten Wohnform (z. B. einer von einer Pflegeeinrichtung organisierten Pflege-Wohngemeinschaft) leben, in ihren Rechtsansprüchen eingeschränkt werden, indem sie – wie Heimbewohner – keinen Anspruch auf Wohngeld oder Sozialhilfe zum Lebensunterhalt haben.

Die Leistungen der Sozial- und Pflegekassen dürfen aber nicht davon abhängig sein, wie ein pflegebedürftiger

Mensch wohnt. Die nichtstationären Leistungen müssen unabhängig davon beansprucht werden können, ob jemand alleine wohnen will (oder kann) oder sich für ein gemeinsames Wohnen mit anderen Menschen entscheidet (entscheiden muss). Er ist in beiden Fällen Mieter einer Wohnung (Wohneinheit) mit Verträgen nach dem bürgerlichen Recht und hat einen Anspruch darauf, seine Leistungen unabhängig von der Art des Mietvertrages zu erhalten.

Die Formulierung im Koalitionspapier steht der immer wieder postulierten Absicht entgegen, eine deutliche Abgrenzung zwischen stationärer Versorgung und unterschiedlichen nichtstationären Versorgungsformen (außerhalb des Anwendungsbereichs des klassischen Heimrechts) erreichen zu wollen. Das so genannte „Poolen“ oder gemeinsame Abrufen von Leistungen drückt doch nachgerade aus, dass der Pflegebedürftige dann in seinen Leistungsrechten (nämlich der Art der Leistungsausführung) eingeschränkt wird, wenn er nicht mehr alleine wohnen kann oder will und eine gemeinschaftliche Wohnform wählt.

Notwendig ist, die Versorgung mit nichtstationären pflegerischen Leistungen unabhängig von der gewählten Wohnform zu gewährleisten. Das heißt auch, dass der Pflegebedürftige, der eine gemeinschaftliche Wohnform wählt und in diesem Rahmen nichtstationäre Pflegeleistungen erhält, andere Sozialleistungsansprüche, die sich auf nicht pflegerische Leistungen erstrecken (z. B. Hilfe zum Lebensunterhalt, Wohngeld usw.) nicht verliert.

### Einzelpflegekräfte

„Pflegekassen sollen leichter Verträge mit Einzelpflegekräften unterschiedlicher Qualifikation schließen können. Damit kann ambulante Pflege künftig individueller und bedarfsgerechter – persönlicher – erbracht werden. Die Pflegekassen haben nicht nur für die notwendige Qualität, sondern auch dafür zu sorgen, dass die Zahl der Einzelpflegekräfte in einem angemessenen Verhältnis zu dem vorhandenen Leistungsangebot steht.“

**Bewertung:** Die Absicht, leichter Verträge mit Einzelpflegekräften abschließen zu können, kann insbesondere im Rahmen der Härtefallregelung bei nächtlicher Versorgung – zumal in eher ländlich strukturierten Umfeldern – zu einer Verbesserung der Versorgung beitragen bzw. sie teilweise sogar erstmals ermöglichen. Da jedoch solche Verträge auf Initiative der Pflegekassen auch bisher schon möglich waren, bleibt abzuwarten, worin der besondere Anreiz zum Abschluss jetzt bestehen soll.

### Qualifizierung und Abbau von Schwarzarbeit

„Versorgung und Betreuung pflegebedürftiger Menschen müssen bezahlbar sein und dürfen keinen Anreiz für Schwarzarbeit bieten. Der im Rahmen der Arbeitsmarktpolitik diskutierte Vorschlag, sozialversicherungspflichtige Tätigkeit im Haushalt als Auftraggeber bis zu einer bestimmten Lohnhöhe durch Steuergutschriften bis zur Höhe

der jeweiligen Sozialversicherungsbeiträge staatlich zu fördern, dürfte auch im Bereich der Betreuung pflegebedürftiger Menschen viele neue legale Beschäftigungschancen eröffnen. Dazu müssen passgenaue Qualifizierungsmaßnahmen angeboten werden.“

**Bewertung:** Das Problem der Schwarzarbeit beruht insbesondere darauf, dass die Zuschüsse der Pflegekassen zu niedrig sind, um daraus sozialversicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnisse finanzieren zu können. Steuerermäßigungen tangieren diese Ursachen nicht. Im Übrigen ist die überwiegende Zahl der pflegebedürftigen Menschen (Rentner, z. T. mit Sozialhilfebezug) derzeit nicht steuerpflichtig und kann diese Vorteile somit gar nicht realisieren.

### Einführung einer Pflegezeit für Arbeitnehmer

Das Koalitionspapier sieht hier vor: „Bei Pflege durch Angehörige wird für die Dauer von sechs Monaten ein Anspruch auf unbezahlte Freistellung von der Arbeit mit Rückkehrmöglichkeit (Pflegezeit) eingeführt. Betriebe mit bis zu zehn Mitarbeitern werden ausgenommen. Die Pflegezeit kann von verschiedenen Angehörigen nacheinander wahrgenommen werden.“

Die notwendige soziale Absicherung in der Rentenversicherung ist nach geltendem Recht gewährleistet. Wo keine anderweitige Absicherung (insbesondere Familienmitversicherung) besteht, gewährt die Pflegeversicherung einen Beitragszuschuss in Höhe des Mindestbeitrages zur Kranken- und Pflegeversicherung. Hinsichtlich der Rahmenfristen, Wartezeiten etc. in der Arbeitslosenversicherung gilt für die Pflegezeit die gleiche Rechtslage wie bei der Inanspruchnahme von Elternzeit.

[...] Da Pflegebedürftigkeit auch sehr kurzfristig auftreten kann, sollte für diese Fälle für Angehörige ebenfalls ein kurzfristiger Freistellungsanspruch von der Arbeit (unbezahlt) von bis zu zehn Tagen geschaffen werden. Es wird geprüft, für diese Fälle nach dem Muster des kurzzeitigen Krankengeldanspruches (für max. zehn Tage) für Eltern bei Erkrankung von Kindern eine vergleichbare Finanzierung zu schaffen.“

**Bewertung:** Die Verpflichtung der Arbeitgeber, Arbeitnehmer zur Angehörigenpflege von der Arbeit freizustellen, ist grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings werden nur wenige Arbeitnehmer in der Lage sein, ihren und den Lebensunterhalt ihrer Familie während der sechsmonatigen Freistellung aus eigenen Ersparnissen zu finanzieren, zumal sie diese in der Regel auch schon oft zur Finanzierung des pflegerischen Aufwandes einsetzen. Das Koalitionspapier sieht nur Hilfen zur Aufrechterhaltung der sozialen Absicherung, nicht jedoch – wie beim Elterngeld – einen Einkommensersatz zur Bestreitung des Lebensunterhaltes vor. Absolut zu begrüßen ist die Übertragung der vorhandenen Regelungen mit Krankengeldzahlungen bei Erkrankung von Kindern auf eine kurzzeitige Pflege von Erwachsenen.

### Bessere Prävention und Rehabilitation

„Mit finanziellen Anreizen sollen Anstrengungen von stationären Pflegeeinrichtungen gefördert werden, mit aktivierender Pflege und Rehabilitation qualitativ gute Pflege zu bieten und – soweit möglich – Verbesserungen im Gesundheitszustand der Pflegebedürftigen zu erzielen bzw. Verschlechterungen zu vermeiden. Pflegeheime, denen es durch verstärkte aktivierende und rehabilitative Bemühungen gelingt, Pflegebedürftige in eine niedrigere Pflegestufe einzustufen, erhalten einen einmaligen Geldbetrag in Höhe von einheitlich 1.536 Euro. Der Betrag entspricht der Differenz zwischen den Leistungsbeträgen der Pflegestufe II und der Pflegestufe I, der sich innerhalb eines halben Jahres ergibt. Die Krankenversicherung erstattet der Pflegeversicherung den Betrag in Höhe von 1.536 Euro für diejenigen pflegebedürftigen Menschen, für die innerhalb von sechs Monaten nach Begutachtung und Antragstellung keine notwendigen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbracht worden sind.“

**Bewertung:** Die Forderung, Prävention zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit auszubauen ist viele Jahre alt. Eine gesetzliche Verpflichtung besteht bereits seit dem 1. Juli 2001 nach §§ 3, 12 Abs. 5 und 13 Abs. 2 Nr. 1 SGB IX. Gleichwohl sind die Krankenkassen als Präventionsträger dieser Verpflichtung bis heute nicht nachgekommen.

Die Verpflichtung zur Rehabilitation vor und während Pflege ist seit der Gesundheitsreform 2000 mit einem entsprechenden Rechtsanspruch im SGB V verankert (§ 11 Abs. 2 SGB V). Mit der jüngsten Gesundheitsreform wurde dieser Anspruch einschließlich der mobilen Rehabilitation in Pflegeeinrichtungen nochmals ausdrücklich unterstrichen.<sup>10</sup> Gleichwohl besteht in diesem Bereich weitgehend Unterversorgung.

Auch hier besteht also kein Mangel an gesetzlichen Regelungen, sondern ein Umsetzungsdefizit vor allem bei den Krankenkassen. Es darf bezweifelt werden, dass die geplante Ausgleichzahlung der Krankenkassen an die Pflegekassen in Höhe von 1.536 Euro für die Fälle, bei denen eine Absenkung der Pflegestufen wegen unterlassener Reha-Leistungen nicht möglich ist, ein wirklicher Anreiz dafür ist, dass die Krankenkassen ihre Pflichten zur Feststellung des Reha-Bedarfs bzw. zur Erbringung von Reha-Leistungen vor und während Pflege künftig tatsächlich wahrnehmen und zudem die dafür erforderlichen Versorgungsstrukturen bundesweit fördern (§ 19 SGB IX). Da der Aufwand für eine Reha-Leistung im Einzelfall höher ist als der Betrag der Ausgleichzahlung, ist es für die Krankenkassen auch in Zukunft wirtschaftlicher, keine Reha-Leistungen auszuführen.

Die aktivierende Pflege ist im Übrigen nach § 1 Abs. 2 Satz 2 SGB V keine Leistung der Rehabilitation. Sie ist ein Prinzip der Pflege und gehört zum gesetzlichen Auftrag und Qualitätsmerkmal jedweder Pflegeeinrichtung. Es irritiert

<sup>10</sup> vgl. Harry Fuchs: Rechtliche Rahmenbedingungen für die geriatrische Rehabilitation – Was hat sich durch die Gesundheitsreform geändert?, in SozSich 5/2007, S. 169 ff.

deshalb, dass ein „zusätzlicher“ finanzieller Anreiz gesetzt werden soll, damit die Pflegeeinrichtungen endlich ihrem gesetzlichen Auftrag zur aktivierenden Pflege nachkommen. Die allermeisten Einrichtungen erfüllen diesen Auftrag, soweit ihnen dies im Rahmen der engen Pflegesätze und Personalschlüssel möglich ist.

Darauf, dass während des Aufenthaltes in einer Pflegeeinrichtung Reha-Leistungen – insbesondere mobile Reha – erbracht werden, haben die Pflegeeinrichtungen faktisch keinen Einfluss. Diese hängt einerseits von der Verordnung eines behandelnden Arztes und andererseits von der Bewilligung dieser Leistungen durch die Krankenkasse ab. Initiativen des Gesetzgebers zur Intensivierung von Prävention und Rehabilitation im Zusammenhang mit Pflege sind deshalb nur wirksam, wenn sie sich an die Kranken- und Pflegekassen sowie den MDK richten.

### Ausbau der Qualitätssicherung

„Die Qualitätssicherung im ambulanten und stationären Bereich soll weiter ausgebaut werden. Eigene Anstrengungen der Träger im Qualitätsmanagement für eine bessere Pflege sollen im Rahmen der Regelprüfung des [...] MDK berücksichtigt werden. Die Prüfberichte des MDK werden in verständlicher Sprache aufbereitet und veröffentlicht. Damit wird Transparenz hinsichtlich der qualitativen Leistungsfähigkeit der Einrichtungen für den Bürger geschaffen.“

**Bewertung:** Sicher ist es gut, wenn künftig nicht nur die Kassen, sondern auch Pflegebedürftige und ihre Angehörigen Einblick in – dann verständlich aufbereitete – Prüfberichte des MDK nehmen können. So lange aber unklar bleibt, welche pflegerischen Methoden und Verfahren (Pflegeleistungen) ein Berechtigter nach seinem individuellen Bedarf (Art und Ausprägung seiner Pflegebedürftigkeit) entsprechend dem interdisziplinären Stand der beteiligten Wissenschaften benötigt und solange kein konsentiertes Verfahren (leistungserbringer- und kostenträgerübergreifend mit wissenschaftlicher Unterstützung) dazu besteht, welche Kriterien die Qualität dieser Leistungen definieren, fehlt es an den Grundlagen (lex-artis-Regelungen) nicht nur für das Leistungsgeschehen, sondern auch für alle daran anknüpfenden Verfahren der Qualitäts- oder Wirtschaftlichkeitsüberprüfungen. Statt der ohnehin schon bürokratisch überbordenden Verfahrensregelungen der Qualitätssicherung sollte endlich die Verpflichtung zur Schaffung der überfälligen Grundlagen und Transparenz des Leistungsgeschehens gesetzlich verankert werden.

### Bürgerschaftliches Engagement

„Die Pflegekassen werden verpflichtet, gemeinsam mit den Ländern und den übrigen Vertragspartnern darauf hinzuwirken, dass bürgerschaftlich Engagierte noch besser in vernetzte Versorgungsangebote auf kommunaler Ebene wie z. B. in Betreuungsgruppen für Demenzkranke, Helfer-

kreise und Agenturen zur Vermittlung von Betreuungsleistungen eingebunden werden. Aufwendungen, die z. B. für die vorbereitende und begleitende Schulung der bürgerschaftlich engagierten Helfer oder für die Organisation und Planung dieser Einsätze entstehen, können in den Vergütungsverträgen angemessen berücksichtigt werden.“

**Bewertung:** Die damit verbundene Zielsetzung ist mit Blick auf die demografische Entwicklung grundsätzlich zu unterstützen.

### Abbau von Schnittstellenproblemen

„[...] Die Pflegekassen sollen darauf hinwirken, dass stationäre Pflegeeinrichtungen Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten eingehen oder eigene Heimärzte einstellen. Die Schnittstellenprobleme zwischen dem SGB XI und dem Heimrecht sollen gelöst werden. Die Krankenhäuser haben in ihrem Versorgungsmanagement den nahtlosen Übergang von der Krankenhausbehandlung in die ambulante Versorgung, zur Rehabilitation oder Pflege zu gewährleisten. Die Durchführung erfolgt durch hierfür qualifiziertes Personal, insbesondere Pflegefachkräfte. Die Pflegekassen wirken daran mit.“

**Bewertung:** Die eigentliche Ursache der Schnittstellenprobleme zwischen Krankenhaus und pflegerischer Versorgung ist und bleibt die Tatsache, dass pflegerische Leistungen – auch im Rahmen integrierter Versorgung – nicht ohne vorherige Einstufungsbegutachtung durch den MDK (§ 18 SGB XI) und Entscheidung der Pflegekasse / Sozialhilfeträger über Art und Umfang der Leistungen beginnen können. In Nordrhein-Westfalen wird dies in jüngster Zeit noch dadurch beschwert, dass die Sozialhilfeträger sich entgegen § 62 SGB XII nicht einmal mehr an die Entscheidung der Pflegekassen über das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI gebunden sehen und weitere (Doppel-)Begutachtungen, insbesondere zur Art der erforderlichen Versorgung durchführen.

Zudem werden die Regelungen der §§ 7, 18 SGB IX, die eine Einstufungsbegutachtung innerhalb einer Woche im Krankenhaus und auf dieser Basis eine zeitnahe Leistungsentscheidung der Pflegekasse möglichst noch während des Krankenhausaufenthaltes gewährleisten sollen, bundesweit überwiegend nicht beachtet.<sup>11</sup>

Die Krankenhäuser sind daher oft gar nicht in der Lage, einen nahtlosen Übergang zu gewährleisten. Da helfen auch weitere gesetzliche Verpflichtungen zum Versorgungsmanagement durch im Krankenhaus zu beschäftigende Pflegefachkräfte nicht weiter. Der Gesetzgeber muss Regelungen schaffen, die den MDK und die Pflegekassen zu einem Handeln verpflichten, das innerhalb einer Woche nach Annahme von Pflegebedürftigkeit durch den Krankenhausarzt zu einer Leistungsentscheidung führt. Denkbar ist eine Einstufung kraft Gesetzes in die Pflegestufe I bis zur Begutachtung durch den MDK, wenn das Zusammenwirken von Krankenhaus, Pflegekasse und Arzt zu keinen zeitnahen Grundlagen führt. Alternativ dazu könnte auch daran

gedacht werden, den Krankenhausärzten die Einstufung zu übertragen.

Die geplante Verpflichtung des Krankenhauses, das Versorgungsmanagement durch Pflegefachkräfte auszuführen, kollidiert im Übrigen mit einem Teil der Krankenhausgesetze der Länder, die dafür Sozialarbeiter vorsehen. Zudem gehört das Organisationsrecht der Krankenhäuser zur Gesetzeskompetenz der Länder – und nicht des Bundes.

Zu den Schnittstellenproblemen zwischen dem Heimrecht (nach der Föderalismusreform: der Länder) und dem SGB XI enthält das Koalitionspapier – abgesehen von einer Absichtserklärung – keine näheren Hinweise. Zu den Notwendigkeiten und Grenzen der Regelungen im SGB XI wird auf mehrer Veröffentlichungen des Verfassers verwiesen.<sup>12</sup>

### Förderung der Wirtschaftlichkeit

„Durch verschiedene Maßnahmen sollen die Wirtschaftlichkeit der Pflegeversicherung im Interesse der Pflegebedürftigen verbessert und die Pflegekräfte sowie die Einrichtungen von unnötiger Bürokratie entlastet werden. Für den Bereich der Pflegeheime werden flexible Personalschlüssel eingeführt. Sie sind nach den Notwendigkeiten der Qualität, des Bedarfs der Pflegeheimbewohner und der Wirtschaftlichkeit von den Pflegesatzparteien zu vereinbaren.“

**Bewertung:** Das Koalitionspapier enthält keine Hinweise, worin die Maßnahmen zur Entbürokratisierung bestehen sollen, sodass der Gesetzentwurf abzuwarten bleibt.

Bisher sind die Grundsätze für eine wirtschaftliche und leistungsbezogene Versorgung und personelle Ausstattung in Landesrahmenverträgen zu vereinbaren (§ 75 Abs. 2 Nr. 3 SGB XI). Dazu sind entweder landesweite Verfahren zur Ermittlung des Personalbedarfs oder zur Bemessung der Pflegezeiten oder landesweite Personalrichtwerte zu vereinbaren. Einrichtungsbezogen ist dazu die personelle und sächliche Ausstattung des Pflegeheims einschließlich der Qualifikation der Mitarbeiter in den Leistungs- und Qualitätsnachweisen festzulegen (§ 80 a Abs. 2 SGB XI). Danach sieht auch das geltende Recht mit den Personalrichtwerten auf Landesebene bereits Personalschlüssel vor.

Bisher ist es jedoch zwischen den beteiligten Pflegekassen und Leistungserbringern nicht gelungen, diese Regelungen so zu operationalisieren, dass damit bundesweit eine dem Leistungsbedarf der Bewohner gerecht werdende Personalausstattung und letztlich eine leistungsgerechte Vergütung gewährleistet ist.

Die zur Lösung dieser Probleme im Koalitionspapier enthaltenen Ansätze sind in sich widersprüchlich. Mit der Einführung flexibler Personalschlüssel wird auf die Rechtslage vor In-Kraft-Treten des SGB XI zurückgegriffen, als die Vergütung der Pflegeeinrichtungen durch länderspezifische – durchaus auch flexible – Personalschlüssel gekennzeichnet war. Personalschlüssel sind allerdings – insbesondere wenn sie nicht für eine bestimmte, sondern für

eine größere Zahl von Einrichtungen oder gar ganze Gebiete vereinbart werden sollen – eher abstrakte Indikatoren für die Vergütung ohne Bezug zur individuellen Bedarfssituation einer Einrichtung. Gerade daran, d. h. am Bedarf der Bewohner sollen sich die Schlüssel aber nach dem Koalitionspapier ausrichten.

Obwohl unstreitig gesetzgeberischer Handlungsbedarf besteht, sollen ausgerechnet die Beteiligten, die schon nach bisherigem Recht keine tragfähigen Lösungen im Sinne von Personalrichtwerten zustande gebracht haben, wiederum die künftigen Personalschlüssel vereinbaren. Ohne Konkretisierung durch den Gesetzesentwurf ist derzeit nicht zu erkennen, worin die Lösung in diesem Bereich tatsächlich bestehen soll.

Die Vereinbarung leistungsgerechter Vergütung scheitert bisher daran, dass die Vertragsparteien mangels differenzierter Leistungs- und Qualitätsmaßstäbe im Sinne von lex-artis-Regelungen nicht über konsentierbare Maßstäbe für die Ressourcendefinition verfügen und deshalb auch in der Regel kein Einvernehmen über den am Bedarf der Bewohner orientierten, von der Einrichtung vorzuhaltenden Ressourcenaufwand (als Vergütungs-Grundlage) erzielen konnten. Ohne die gesetzliche Verpflichtung zur Herstellung dieser Grundlagen fehlt es den Vertragsparteien auch in Zukunft an Maßstäben zur Vereinbarung flexibler Personalschlüssel.

### Finanzierung

„Zur Abdeckung der bestehenden leichten Unterdeckung der laufenden Ausgaben in der Pflegeversicherung und zur Finanzierung der vorgeschlagenen Verbesserungen der Leistungen wird der Beitragssatz ab 1. Juli 2008 auf 1,95 Prozent erhöht. Aus heutiger Sicht reicht dieser Beitrag aus, die Leistungen der Pflegeversicherung bis etwa 2014/2015 zu finanzieren, ohne dass die Mindestreserve von einer Monatsausgabe in Anspruch genommen werden muss.“

**Bewertung:** Dazu ist anzumerken, dass ein nicht unwesentlicher Teil der Beitragssatzerhöhung sich nicht in der Verbesserung der pflegerischen Versorgung der Berechtigten niederschlägt, sondern im Sinne eines Verschiebebahnhofes die Sozialhilfeträger entlastet (siehe oben). ■

#### Der Autor:

Dipl.-Verwaltungswirt Harry Fuchs ist  
Politikberater in Düsseldorf

<sup>11</sup> Rühmliche Ausnahme: MDK Rheinland, bei dem zwischenzeitlich rund 75 Prozent aller Erstbegutachtungen im Krankenhaus stattfinden.

<sup>12</sup> siehe unter: [www.harry-fuchs.de](http://www.harry-fuchs.de)