

## **Stellungnahme der Bundesinteressenvertretung für alte und pflegebetroffene Menschen (BIVA) zum Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II)**

Bonn, 28.09.2015

### **1. Vorbemerkung**

Die BIVA begrüßt die vorgesehene Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sowie des Neuen Begutachtungsassessments. Ebenfalls begrüßenswert sind die dem Zusammenhang geschuldeten Umstellungen von Vorschriften sowie die Straffung einiger Regelungen. Begrüßt wird auch, dass der Entwurf Korrekturen zu den Ungereimtheiten vorsieht, die sich durch das PSG I eingeschlichen haben.

Allerdings sieht die BIVA noch weitere Änderungs- und Ergänzungsbedarfe, die nachstehend dargestellt werden.

Als Interessenvertretung und Verbraucherschutzorganisation erleben wir täglich an unseren Beratungstelefonen die Unzufriedenheit der pflegebetroffenen Menschen, dazu gehören Pflegebedürftige und ihre Angehörigen. Da auch das beste Gesetz nicht alle Einzelfragen für 2,5 Mio. Pflegebedürftige abschließend regeln kann, kommt den Institutionen der sog. Pflegeselbstverwaltung eine große Bedeutung zu. Um sachgerechte Entscheidungen zu treffen, die von den Menschen breit akzeptiert werden, müssen dort alle beteiligten Gruppen repräsentiert sein. In diesem Zusammenhang vermischen wir die längst überfällige und von Regierungsseite angekündigte stimmberechtigte Teilhabe der Interessenvertretungen Betroffener an den laufenden Entscheidungen im Rahmen der Pflegeselbstverwaltung. Wir werden dieser zentralen Frage ein besonderes Augenmerk widmen und sie zu Beginn abhandeln.

Auch nach optimistischen Vorstellungen wird es noch zweieinhalb Jahre dauern, bis die vorgeschlagenen strukturellen Änderungen z.B. hinsichtlich der Qualitätsprüfungen umgesetzt sind. Der Gesetzesentwurf schweigt sich darüber aus, wie in der Zwischenzeit verfahren werden soll. Wir werden auch hierzu im Interesse der Betroffenen am Ende unserer Ausführungen Stellung nehmen.

## 2. Einbeziehung der Betroffenen und ihrer Interessenvertretungen

In dem vorliegenden Gesetzentwurf sind – entgegen früherer Ankündigungen von Regierungsseite - weiterhin die Interessensvertretungen der Pflegebedürftigen nicht wirklich an den Entscheidungsfindungen beteiligt. Der neue zentrale Pflegequalitätsausschuss zementiert weiterhin die bisherige Entscheidungsstruktur der beiden „Bänke“ – die der sog. Kostenträger und der Leistungserbringer. Auch in den für die Betroffenen mit unmittelbaren finanziellen Folgen verbundenen Pflegesatzverhandlungen sind die Betroffenen selber nicht beteiligt. Ihre Beteiligungsmöglichkeiten bleiben – von kleinen redaktionellen oder kosmetischen Umformulierungen abgesehen – unverändert und sind faktisch nicht vorhanden.

### **Die BIVA fordert eine stimmberechtigte Beteiligung der Betroffenen bzw. ihrer Organisationen in den Organen der Pflegeselbstverwaltung**

Dafür sprechen folgende Gründe:

1. Entgegen der landläufigen Meinung wird der Pflegesektor – im Unterschied zum Gesundheitssektor - nicht hauptsächlich von den Kassen oder den Sozialhilfeträgern finanziert. Den Löwenanteil von etwa 46% bei den stationären Einrichtungen tragen die Heimbewohner direkt durch ihre Zuzahlungen. Im ambulanten Bereich, bei dem die kaum vergüteten Angehörigenleistungen bestimmend sind, liegt die Situation ähnlich. Es ist nicht einzusehen, warum der Hauptfinanzierer der Pflege, nämlich die Pflegebedürftigen selbst bzw. ihre Angehörigen, zwar automatisch Kosten- und Leistungsvereinbarungen, die von Pflegekassen, Sozialhilfeträgern und Anbietern ausgehandelt werden, übernehmen und als angemessen anerkennen müssen, diese aber in keiner Weise mitbestimmen dürfen.
2. Die Erfahrungen der letzten 6 Jahre zeigen, dass die Pflegeselbstverwaltung in ihrer bisherigen Zusammensetzung nicht in der Lage war, einfachste Verbesserungen z.B. in den Pflegekonzernvereinbarungen durchzusetzen. Die Schiedsstelle brachte nur „weichgespülte“ (Laumann) Lösungen hervor, die keinem weh taten. Dies zeigt ein Grundproblem: die beiden sich blockierenden „Bänke“ der Pflegeselbstverwaltung sind so ineinander verbissen, dass für die Betroffenen und die Bürger sinnvolle Entscheidungen von hier aus nicht automatisch erwartet werden können. Das „Denken in Bänken“ muss aufhören.
3. Gerade die Leistungsempfänger (die zugleich die wahren Leistungsträger sind) sind besonders gut in der Lage, die Qualität der ihnen gebotenen Leistungen unmittelbar zu bewerten. Sie sollten, repräsentiert durch ihre Interessenvertretungen, z.B. bei der Beschlussfassung über wissenschaftlich erarbeitete Expertenstandards, bei der Modellierung der Prüfungen und der Gestaltung der Veröffentlichung, sowie bei der Entscheidung um die Konsequenzen bei Nichterfüllung der Standards stimmberechtigt mitentscheiden dürfen. Die Interessenvertretungen sind durch ihre tägliche

Arbeit „nah dran“ an den erlebten Problemen der Betroffenen und ihrer Angehörigen. Sie können gehaltvolle Beiträge leisten, wenn es um das Finden von Lösungen geht.

4. Nicht zuletzt wird das Wettbewerbselement, das Qualität sichern und fördern soll, ausgehebelt, indem privatwirtschaftlich ausgerichtete Anbieter und behördlich geprägte Kassen allein festlegen, was Pflegequalität ist. Bestes Beispiel: Die Pflegenoten mit einem Durchschnitt von 1,3, der zwar technisch einwandfrei ermittelt wird, aber völlig an der erlebten Wirklichkeit vorbeigeht und deshalb von keinem Bürger ernst genommen wird.

### 3. Pflegequalitätsausschuss (§ 113b)

Grundsätzlich begrüßt die BIVA, dass mit dem Pflegequalitätsausschuss jetzt ein zentrales, entscheidungsbefugtes Gremium zu allen Fragen der Festlegung, Messung und Veröffentlichung von Pflegequalität (§ 113- § 115) gebildet werden soll. Es ist gut, dass im Entwurf auch Vorgaben für grundlegende Prozesse und Strukturen dieses Ausschusses gemacht werden. Wir können aber aus den oben dargelegten Gründen nicht akzeptieren, dass gerade in diesem Gremium, in dem die Grundfragen von Pflegequalität - Definition, Messung und Veröffentlichung für die Verbraucher - festgelegt werden, die Organisationen der Betroffenen wie bislang nur beratend und nicht stimmberechtigt vertreten sind.

**Die BIVA fordert, die maßgeblichen Interessenvertretungen der Pflegebedürftigen und des Verbraucherschutzes stimmberechtigt am Qualitätsausschuss zu beteiligen.**

Es findet unsere Zustimmung, dass dieser wichtige und zentrale Ausschuss mit einer wissenschaftlichen Kompetenz, einem eigenen Budget und einer kompetenten Geschäftsstelle ausgestattet sein soll. Es ist aber nicht einleuchtend, warum die Kostenübernahme durch Mittel der Pflegeversicherung auf 5 Jahre begrenzt sein soll. Die Erfahrungen der letzten Jahrzehnte zeigen, dass die Weiterentwicklung der Pflegestandards und der Qualitätsparameter immer wieder an neue Erkenntnisse und Bedürfnisse angepasst werden muss und damit eine Daueraufgabe ist.

**Wir meinen, dass die Finanzierung der Geschäftsstelle dauerhaft gesichert sein muss.**

## 4. Veränderungen der Leistungsprofile

### 4.1. Eigenanteile

Mit einrichtungseinheitlichen Eigenanteilen soll erreicht werden, dass der von den Pflegebedürftigen bzw. vom zuständigen Sozialhilfeträger zu tragende Eigenanteil nicht mehr mit der Schwere der Pflegebedürftigkeit steigt. Dies erscheint auf den ersten Blick begrüßenswert. Allerdings wird dies dazu führen, dass die Pflegebedürftigen mit niedrigen Pflegegraden mit

ihren Eigenanteilen verstärkt die Kosten der Leistungen für Pflegebedürftige höherer Pflegegrade auffangen müssen. Zudem ist nicht ersichtlich, wie Entgelterhöhungen vermieden werden können, wenn sich die Zusammensetzung der Bewohnerschaft im Hinblick auf die Pflegegrade ändert.

Besonders rein körperlich Beeinträchtigte werden häufig keinen hohen Pflegegrad erreichen (können). Insbesondere für diese Klientel verschärft sich die Situation. Mit der „Absenkung“ der Leistungen in den unteren Pflegegraden werden die Betroffenen, deren Pflegebedürftigkeit erstmals auf Basis des ab dem 01.01.2017 maßgeblichen Begutachtungsverfahrens festgestellt wird, weitaus höhere Eigenleistungen erbringen müssen als sie vergleichbar Beeinträchtigte derzeit aufbringen müssen mit der Folge, dass diese Personengruppen häufiger im ambulanten Bereich verbleiben. Dies wird tendenziell dazu führen, dass Heime hauptsächlich von Schwerstpflegebedürftigen aufgesucht werden – mit fatalen langfristigen Konsequenzen. Wir regen an, es bei der bisherigen Regelung der gestuften Eigenanteile zu belassen.

#### 4.2. Notwendige Abgrenzung der verschiedenen Betreuungsbegriffe

Der Begriff der **sozialen** Betreuung ist im Gesetzentwurf nicht mehr vorgesehen. Wir befürchten, dass damit für die Pflegebedürftigen (= Verbraucher) eine Verschlechterung der diesbezüglichen Leistungen einhergeht, und zwar aus folgenden Gründen:

Bereits vor Einführung des noch aktuellen § 87b SGB XI war die soziale Betreuung in Form von Gruppen- und Einzelbetreuung Bestandteil der Leistungen stationärer Pflegeeinrichtungen. Die diesbezüglichen Kosten sind in den Pflegesätzen enthalten. Damit wurden und werden sie über die Eigenanteile der Pflegebedürftigen mit finanziert. Mit der Umsetzung der Möglichkeit, zusätzliches Betreuungspersonal auf Kosten der Pflegekassen zu beschäftigen, wurden diese Leistungen der primären Betreuung nach unseren Beobachtungen teilweise eingeschränkt oder fielen insgesamt weg.

Dies ist hauptsächlich der Betreuungskräfterichtlinie geschuldet, nach der „Zusätzliche Betreuungskräfte .... nicht regelmäßig in grundpflegerische sowie hauswirtschaftliche Tätigkeiten eingebunden werden“ dürfen. Der breite Interpretationsspielraum bzgl. einer „Regelmäßigkeit“ führt dazu, dass Einrichtungen die Betreuungskräfte eben doch in derartige Tätigkeiten einbinden und die bisherigen eingepreisten Betreuungsleistungen damit auf Kosten der Betroffenen preiswert kompensieren.

Daher sollte bereits im Gesetz (§43b-e) zum Ausdruck kommen, dass pflegerische Leistungen oder Leistungen der Hauswirtschaft, die nicht **mit** den Bewohnern sondern lediglich **für** diese erbracht werden, keine Leistungen der zusätzlichen Betreuung sein können. Darüber hinaus muss gewährleistet sein, dass die in den Pflegesätzen enthaltene soziale Betreuung mit der zusätzlichen Betreuung nicht mit abgedeckt wird. Es müssen Voraussetzungen geschaffen werden, dass der Verbraucher unmittelbar erkennen kann, welche (soziale) Betreuung in

den Pflegesätzen enthalten ist und welche rein pflegekassenfinanzierte Betreuungs- und Aktivierungsleistungen er zusätzlich verlangen kann.

#### 4.3. Zuschuss bei nicht notwendiger vollstationärer Versorgung )

Ein Zuschuss in Höhe der ambulanten Sachleistungsbeträge bei nicht notwendiger vollstationärer Versorgung – gegebenenfalls begrenzt auf die Höhe der entsprechenden volle Leistungen bei stationärer Pflege - ist nicht vorgesehen. Stattdessen wird eine Begrenzung auf 80 Prozent der regelhaften Leistungen eingeführt. Aus unserer Sicht kann es nicht zu Lasten der betroffenen Pflegebedürftigen gehen, wenn sie sich – aus welchen Gründen auch immer – für das Leben in einem Heim entscheiden. Zudem: Anhand welcher Kriterien wird die Notwendigkeit ermittelt? Reicht drohende Vereinsamung trotz der jetzt auch im ambulanten Bereich ausgeweiteten Leistungen zur Wahrnehmung von Unterstützungs- und Entlastungsangeboten aus?

### 5. Erweiterter im Entwurf nicht berücksichtigter Handlungsbedarf

#### 5.2. Behandlungspflege

Ein altes Thema, das bedauerlicherweise auch in dieser Gesetzesänderung nicht angefasst wird, betrifft die Kosten der Behandlungspflege in stationären Einrichtungen. Sie sollen weiterhin in den Pflegesätzen enthalten sein und damit letztlich den Bewohnern/deren Angehörigen/den Sozialhilfeträgern in Rechnung gestellt werden. Hier muss über die an sich zuständigen Krankenkassen ein – ggf. pauschalierter – Ausgleich geschaffen werden wie in der ambulanten Versorgung. Zugleich muss sichergestellt werden, dass die finanzielle Erleichterung tatsächlich den Eigenanteil der Bewohner an den Heimkosten schmälert und nicht den Betreibern zugutekommt.

#### 5.3. Rahmenverträge

Die Vorgaben in § 75 SGB XI sollten in folgenden Punkten erweitert werden.

- **Beteiligung von Verbraucherverbänden:** Zunächst halten wir es für zwingend erforderlich, die Verbraucherverbände an den Verhandlungen zumindest zu den Regelungen zu beteiligen, die die Regelleistungen betreffen. Diese Leistungen korrespondieren mit den Leistungen, die die betroffenen Verbraucher als Mindestleistungen erwarten können und für die sie – wie ausgeführt – in finanzieller Hinsicht auch größtenteils selbst aufkommen müssen.
- **Veröffentlichung:** Die in den Rahmenverträgen gemäß § 75 SGB XI – so sie denn vorhanden sind- aufgeführten Leistungen wirken sich auf die Ansprüche der Bewohner aus. Aus Verbrauchersicht wünschenswert ist es, die Rahmenverträge in jeweils aktueller und durchgeschriebener Fassung den Interessierten öffentlich kostenlos und

leicht auffindbar zugänglich zu machen. Eine entsprechende Verpflichtung sollte im Gesetz verankert sein

- **Regelmäßige Anpassungen:** Zudem wäre es sinnvoll, den Partnern der Rahmenverträge im Gesetz aufzugeben, die Rahmenverträge spätestens alle fünf Jahre auf deren Aktualität hin zu überprüfen und ggf. anzupassen.
- **Fristsetzung:** Im Zusammenhang mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff wird es notwendig werden, die Rahmenverträge neu zu vereinbaren bzw. den neuen Regelungen anzupassen. Hierzu sollte im Gesetz eine Frist vorgesehen werden. Diese sollte so bemessen sein, dass es den Pflegesatzparteien möglich ist, rechtzeitig vor dem 30.09.2016 auf Basis des jeweils maßgeblichen Rahmenvertrags Pflegesatzvereinbarungen zu treffen.
- **Abgrenzung von Regel-, Zusatz- und sonstige Leistungen:** Sehr unterschiedlich in den einzelnen Bundesländern ist geregelt, was noch als Regelleistungen oder schon als Zusatzleistung angesehen wird. Dies wird man hinnehmen müssen. Allerdings fehlt im Gesetz eine Definition zu den „sonstigen Leistungen“ mit der Folge, dass Unklarheit darüber besteht, ob es „sonstige Leistungen“ überhaupt gibt und wenn ja, wie mit ihnen umgegangen werden kann oder muss. Diese Lücke gilt es zu schließen.

#### 5.4. Verbraucherinformation und –beteiligung bei festgestellten Mängeln

Gemäß § 115 Abs. 3 SGB XI sind die vereinbarten Pflegevergütungen bei Pflichtverletzungen zu kürzen.

Wir regen an, dass zur Effektivitätssteigerung dieses Paragraphen Klarstellungen erfolgen. So erscheint es den Schiedsstellen Schwierigkeiten zu bereiten, „gerichtsfeste“ Kürzungen vorzunehmen. In Zeiten, in denen der Transparenz großes Gewicht zukommt, ist zudem schwer verständlich, dass die betroffenen Pflegebedürftigen – oder zumindest die Bewohnervertretung – am Verfahren zur Kürzung der vereinbarten Pflegevergütungen nicht beteiligt werden müssen. Zudem sollte sich die Kürzungsmöglichkeit auch auf die Bereiche „Unterkunft“ und „Verpflegung“ erstrecken.

#### 5.5. Klarstellung zur (Mindest-) Dauer der Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI liegt nur dann vor, wenn die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder Fähigkeitsstörungen mit daraus resultierendem Hilfebedarf voraussichtlich für mindestens sechs Monate vorliegen. Der Begründung ist zu entnehmen, dass Dauerhaftigkeit auch dann gegeben ist, wenn die verbleibende Lebensspanne möglicherweise weniger als sechs Monate beträgt. Entsprechendes sehen die MDK-Begutachtungsrichtlinien bereits heute vor. Gleichwohl bestehen in der Praxis häufig Missverständnisse darüber, dass Leistungen der Pflegeversicherung auch in solchen Fällen in Anspruch genommen werden können.

Wir regen daher an in § 14 Abs. 1 SGB XI einen klarstellenden Satz anzufügen, etwa dahingehend: **„Abweichend von Satz 3 ist Dauerhaftigkeit auch dann gegeben, wenn die verbleibende Lebensspanne möglicherweise weniger als sechs Monate beträgt“.**

## 6. Regelungen für die Übergangszeit bei den Qualitätsmessungen

### 6.2. Vorbemerkung

Zunächst muss festgehalten werden, dass auch nach den am meisten optimistischen Vorstellungen die Maßnahmen zur Messung der Pflegequalität frühestens 2018 greifen können, möglicherweise noch später. Allein in den nächsten zweieinhalb Jahren werden ca. 1 Mio. Menschen einen Heimplatz (und weitere Hunderttausende einen Anbieter für ambulante Pflegeleistungen) suchen. Diese Menschen benötigen auch in der Übergangszeit eine Orientierungshilfe bei ihren Entscheidungen. Der Gesetzesentwurf übergeht diese Frage und sieht damit wohl eine Beibehaltung der bisherigen Praxis (regelmäßige MDK-Prüfungen, Veröffentlichung in streng vereinbarter Form, Beibehaltung der Schulnoten) vor. Die BIVA hat dazu folgende Positionen.

### 6.3. Sofortige Abschaffung der Schulnoten

Nach dem Gesetzesentwurf sollen die bisherigen Schulnoten vorläufig beibehalten werden. Sie stehen in ganz besonderem Maße für die Sinnleere des bisherigen Systems und werden von allen Beteiligten scharf abgelehnt. Es ist nicht nötig, die vielfach vorgetragenen Kritikpunkte hier zu wiederholen.

Es ist für uns nicht nachvollziehbar, dass besonders dieses extrem in die Irre führende Notensystem nun für weitere Jahre beibehalten werden soll.

**Wir fordern deshalb eine sofortige Aussetzung des Schulnotensystems. Konsequenterweise müsste den Anbietern untersagt werden, mit den Noten zu werben.**

Damit stellt sich unmittelbar die Frage, wie in der Zwischenzeit – bis ein neues Prüfsystem etabliert ist – eine schnelle übersichtsartige Information des Verbrauchers erfolgen kann. Eine textliche Bewertung, wie sie von einigen Stellen vorgeschlagen wird, löst das Problem in keiner Weise. Es verhindert die einfache Gegenüberstellung verschiedener Anbieter und macht jeden Vergleich unmöglich. Wir schlagen für die Übergangszeit eine Zusammenfassung der Prüfergebnisse in Form von Erfüllungsgraden einer Norm vor. Auch dies ist nicht befriedigend, vermeidet aber den Hauptnachteil des bisherigen Schulnotensystems – die stark übertriebene Schönfärberei und mangelnde Differenzierung.

## 6.4. Einbeziehung der Interessensvertretungen der Pflegebedürftigen bei der Veröffentlichung der Prüfergebnisse

Wir sehen wie viele andere Experten die Problematik, wenn Prüfergebnisse weiterhin veröffentlicht werden, die allgemein – auch von der Bundesregierung selber - als wenig geeignet qualifiziert werden. Nur, was ist die Alternative? Keine Veröffentlichung bedeutet überhaupt keine öffentlich zugänglichen standardisierten Daten für die nächsten mindestens zweieinhalb Jahre.

Nach Abwägung der Vor- und Nachteile befürwortet die BIVA die weitere Veröffentlichung der Prüfergebnisse – allerdings in einer deutlich veränderten, verbraucherfreundlichen Form unter Einbeziehung der Interessensvertretungen.

Wir halten es nach allen Erfahrungen der Vergangenheit für extrem unwahrscheinlich, dass sich die bisherigen PTV-Parteien in der Zwischenzeit auf ein besseres und verbraucherfreundliches Darstellungsverfahren einigen.

**Die BIVA schlägt deshalb vor, die vollständigen Daten der Prüfergebnisse der Heime und ambulanten Dienste den Interessenvertretungen der Pflegebedürftigen in maschineller Form zur Verfügung zu stellen, damit diese daraus nutzerfreundliche Informationsangebote erstellen können. Dies könnte durch eine einfache Klarstellung im §115 geschehen.**

Diese Organisationen wären mit den Daten in der Lage, nach eigenen Kriterien auf die Bedürfnisse der Betroffenen hin optimierte Internetportale zu erstellen. Sie können eine freie Darstellungsform wählen, besonders wichtige Punkte etwa zur Wundversorgung oder zur Ernährungssituation herausstellen und die Prüfdaten auch mit anderen relevanten Qualitätsinformationen, etwa den Berichten der Heimaufsichten (falls vorhanden), Pressemeldungen etc. kombinieren. Die BIVA hat als Pilotprojekt derartige Veränderungen und Neuberechnungen vorgenommen. Es zeigte sich dabei eine deutliche Erhöhung des Verbrauchernutzens.