

Berlin, 20.09.2007

Stellungnahme des
Bundesverbandes Deutscher Privatkliniken e.V.
zum Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der
Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – PfwG)

Stand 10. September 2007

I. Einleitung

Der Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. (BDPK) mit Sitz in Berlin vertritt auf der bundespolitischen Ebene die Interessen von mehr als 1.000 in 13 Landesverbänden organisierten Kliniken der Akut-, Vorsorge- und Rehabilitationsmedizin sowie Pflegeeinrichtungen.

Der BDPK begrüßt die im Referentenentwurf vorgesehenen Maßnahmen zur Stärkung von Rehabilitation vor und in der Pflege. Angesichts der demografischen Entwicklung, die eine Zunahme von Pflegebedürftigen erwarten lässt gewinnt der Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ zunehmend an Bedeutung. Neben dem Gewinn, den jeder Betroffene durch die Verhinderung oder Verzögerung von Pflegebedürftigkeit erfährt, ist die Umsetzung des Grundsatzes auch vor dem Hintergrund notwendig, dass bei eingetretener Pflegebedürftigkeit nach Verbrauch des privaten Vermögens die Folgekosten über die Sozialhilfe gesamtgesellschaftlich zu tragen sind.

Um die mit dem Referentenentwurf verfolgten Ziele zu erreichen, sind jedoch nach Auffassung des BDPK nachstehende Änderungen und Ergänzungen notwendig.

II. Einzelne Regelungen

Zu Artikel 1 Ziffer 9 c): § 18 Absatz 6 SGB XI

Referentenentwurf

§ 18 SGB V regelt das Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit.

Nach dem Referentenentwurf ist der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) verpflichtet, in seinem Gutachten auch das Ergebnis mitzuteilen „ob und gegebenenfalls welche Maßnahmen der (...) medizinischen Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind“.

Anmerkung

Der BDPK begrüßt diese Änderung, die den bereits bestehenden Prüfungsauftrag konkretisiert und so dazu beiträgt, dass die Möglichkeiten der medizinischen Rehabilitation für die von Pflegebedürftigkeit bedrohten Menschen besser genutzt werden.

Zu Artikel 1 Ziffer 14 a): § 31 Absatz 3 SGB XI

Referentenentwurf

„Wenn eine Pflegekasse durch die gutachterlichen Feststellungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (§ 18 Abs. 6) oder auf sonstige Weise feststellt, dass im Einzelfall Leistungen zur medizinischen Rehabilitation angezeigt sind, informiert sie unverzüglich den Versicherten sowie mit dessen Zustimmung den behandelnden Arzt und leitet mit Zustimmung des Versicherten eine entsprechende Mitteilung dem zuständigen Rentenversicherungsträger zu. Die Pflegekasse weist den Versicherten gleichzeitig auf seine Eigenverantwortung und Mitwirkungspflicht hin. Soweit der Versicherte zugestimmt hat, gilt die Mitteilung an den Rehabilitationsträger als Antragstellung für das Verfahren nach § 14 des Neunten Buches. Die Pflegekasse ist über die Leistungsentscheidung unverzüglich zu informieren. Sie prüft in einem angemessenen zeitlichen Abstand, ob entsprechende Maßnahmen durchgeführt worden sind; soweit erforderlich, hat sie vorläufige Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation nach § 32 Abs. 1 zu erbringen.“

Anmerkung

Der BDPK begrüßt diese Änderungen. Aus Gründen der Transparenz sollte der Zugang zur Rehabilitation über die Mitteilung der Pflegekassen in die nach § 40 Absatz 2 Satz 3 SGB V von den Krankenkassen zu führende Statistik aufgenommen werden.

Änderungsvorschlag

In § 40 Absatz 2 Satz 3 werden nach dem Wort „durch“ der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Wörter angefügt:

„dabei werden Anträge nach § 31 Absatz 3 SGB XI gesondert erfasst.“

Zu Artikel 1 Ziffer 52 c): § 87a Absatz 4 SGB XI

Referentenentwurf

Pflegeeinrichtungen, die vollstationäre Pflege erbringen, sollen von der Pflegekasse zusätzlich den Betrag von 1.536 € erhalten, „wenn der Pflegebedürftige nach der Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen in eine niedrigere Pflegestufe oder von erheblich zu nicht erheblicher Pflegebedürftigkeit zurückgestuft wurde“.

Anmerkung

Begründet wird diese Regelung damit, dass Pflegeeinrichtungen einen finanziellen Anreiz erhalten sollen, um ihre Anstrengungen in den Bereichen der aktivierenden Pflege und der „Rehabilitation (§ 5 Abs. 2)“ zu steigern. Der finanzielle Anreiz soll ausdrücklich nur für „rehabilitative Maßnahmen durch die Pflegekräfte der Einrichtung“ gelten, nicht jedoch, wenn die Rückstufung auf eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme (außerhalb der Pflegeeinrichtung) zurückzuführen ist.

Grundsätzlich begrüßt der BDPK diese Änderung. Missverständlich ist in der vorgesehenen Regelung jedoch der Begriff „rehabitativer Maßnahme“. Eine solche Maßnahme kann nach Ansicht des BDPK nicht durch Pflegekräfte der Pflegeeinrichtung durchgeführt werden. Die Pflegekräfte können aber sehr wohl fördernde Maßnahmen durchführen.

Änderungsvorschlag

In Absatz 4 wird das Wort „rehabitativer“ durch das Wort „fördernder“ ersetzt.

Zu Artikel 5 Ziffer 3: § 11 Absatz 4 SGB V

Referentenentwurf

„(...) Dazu haben die Krankenhäuser ein Entlassungsmanagement zur Gewährleistung des nahtlosen Übergangs von der Krankenhausbehandlung in die ambulante Versorgung, zur Rehabilitation oder Pflege einzurichten. Die Durchführung erfolgt durch hierfür qualifiziertes Personal, insbesondere Pflegefachkräfte, die koordinierend mit den behandelnden Krankenhausärzten, den stationär Pflegenden, dem sozialen Dienst, der jeweiligen Krankenkasse, den Angehörigen und den Vertragsärzten oder den aufnehmenden Einrichtungen zusammenwirken. Dabei ist eine enge Zusammenarbeit mit Pflegebegleitern und Pflegebegleiterinnen nach § 7a des Elften Buches zu gewährleisten. Eine entsprechende Verpflichtung gilt auch für die stationären Rehabilitationseinrichtungen hinsichtlich einer erforderlichen Anschlussversorgung. Ergänzend dazu haben die Krankenkassen im Zusammenwirken mit den jeweiligen Einrichtungen für die unmittelbare Anschlussversorgung ihrer Versicherten Sorge zu tragen. (...)“

Anmerkung

Mit den Änderungen werden die Anforderungen an die Durchführung des Entlassungsmanagements konkretisiert. Nach Auffassung des BDPK reichen diese Konkretisierungen nicht aus. Insbesondere fehlen klare Befugnisse für die für das Entlassungsmanagement Verantwortlichen in den Einrichtungen.

Die Verteilung der Zuständigkeit zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen ist weiterhin nicht eindeutig geregelt. Die Formulierung der Norm „ergänzend (...) Sorge tragen“ lässt darauf schließen, dass die Krankenkassen das Entlassungsmanagement beobachten und „im Notfall“ einspringen und das Entlassungsmanagement übernehmen.

In der Begründung heißt es dagegen, die Krankenkassen haben „durch ein begleitendes Versorgungsmanagement mit den Einrichtungen zusammenzuarbeiten“. Der Inhalt einer „begleitenden Zusammenarbeit“ ist nicht geregelt. Hier muss eine klare Verteilung der Verantwortung für die einzelnen Schritte des Überleitungsprozesses erfolgen.

Im Übrigen bleibt die Frage offen, wie Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken die Bereitstellung des geforderten qualifizierten Personals finanzieren sollen.

Zu Artikel 5 Ziffer 6: § 40 Absatz 3 SGB V

Referentenentwurf

„Die Krankenkasse zahlt der Pflegekasse einen Betrag in Höhe von 1536 Euro für pflegebedürftige Versicherte, für die innerhalb von sechs Monaten nach Antragstellung keine notwendigen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbracht worden sind. Satz 6 gilt nicht, wenn die Krankenkasse die fehlende Leistungserbringung nicht zu vertreten hat. Die Krankenkasse berichtet ihrer Aufsichtsbehörde jährlich über Fälle nach Satz 6.“

Anmerkung

Mit der Neuregelung soll ein Zahlungstatbestand geschaffen werden, der die Erbringung notwendiger Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch die Krankenkassen fördern soll.

Der BDPK begrüßt die Absicht, den Zugang zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation zeitnaher und stringenter zu gestalten.

Es erscheint jedoch fraglich, ob die Höhe der Zahlungsverpflichtung zielführend ist, wenn man bedenkt, dass die Kosten einer durchschnittlichen geriatrischen Rehabilitation bei ca. 1.700 € – 2.100 € liegen. Zudem steht zu erwarten, dass die ggf. zu zahlenden Beträge das Reha-Budget (§ 23 Absatz 8 SGB V) belasten, ohne dass den Versicherten Leistungen zugute kommen. Bereits heute ist die auf die Verhältnisse des Jahres 2000 basierende Begrenzung der jährlichen Ausgaben der Krankenkasse für Leistungen der Vorsorge und Rehabilitation in keiner Weise an den Teilhabebedarf der Bevölkerung angepasst. Alles spricht dafür, durch Rehabilitation Teilhabe zu erhalten, insbesondere Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken. Deshalb ist es kontraproduktiv, die gesetzlich gewollten und gesundheitsökonomisch sinnvollen Potentiale der Rehabilitation durch Budgetierung einzuschränken.

Im übrigen hat der BDPK auch Bedenken hinsichtlich der verwaltungspraktischen Umsetzung des Zahlungstatbestandes. Diese macht es erforderlich, dass die MitarbeiterInnen der Pflegekasse den KollegInnen der Krankenkasse entsprechende Zahlungsaufforderungen zustellen.

Die Zahlungstatbestände nach Satz 6 sind in die von den Krankenkassen zu führende Statistik gemäß § 40 Absatz 2 Satz 3 SGB V aufzunehmen.

Änderungsvorschlag 1:

§ 23 Abs. 8 SGB V wird gestrichen.

Änderungsvorschlag 2

In § 40 Absatz 2 wird folgender Satz 4 eingefügt:

„In der Statistik nach Satz 3 werden auch die Zahlungstatbestände nach Absatz 3 Satz 6 erfasst.“