Dr. Rolf Hoberg Birkenwaldstraße 130 70191 Stuttgart, den 14.10.2016

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0204(48)
gel. ESV zur öAnhörung am 17.10.2016_PSGIII
14.10.2016

Deutscher Bundestag

Ausschuss für Gesundheit

Der Vorsitzende

Prof. Dr. Edgar Franke, MdB

Platz der Republik 1

11011 Berlin

Öffentliche Anhörung des Ausschusses für Gesundheit zum Pflegestärkungsgesetz III am 17.10.2016

Sehr geehrter Herr Vorsitzender,

ich danke Ihnen für die Einladung zur Teilnahme an der oben genannten Anhörung und die Gelegenheit zur Abgabe der beigefügten schriftlichen Stellungnahme.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Rolf Hoberg

Stellungnahme zum Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III) vom 05.09.2016 BT-Drucksache 18-19518 samt Änderungsanträgen

1. Die Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege soll auch durch regionale Planungsgremien und von ihnen erarbeitete Empfehlungen erfolgen. Man mag die relative Schwäche von Empfehlungen beklagen, doch würde eine Sicherstellungsverantwortung von Land und Kommunen analog zur Krankenhausfinanzierung heute auch nicht überzeugen. So muss das Zusammenspiel von regionalen Pflegeplanungsgremien unter Einbeziehung der Pflegekassen bei dort verankertem Sicherstellungsauftrag die heute machbare Lösung darstellen, deren Gewicht in der Praxis allerdings durch die (Rechts-)aufsicht gestützt werden könnte.

2. Der Gesetzentwurf greift die Idee der Modellkommunen auf und übernimmt Grundüberlegungen zur Abwehr eines kommenden Pflegenotstandes durch bessere Koordination und Kooperation auf der kommunalen Ebene. Das ist positiv zu würdigen wie auch die Verbeserungen gegenüber dem Referentenentwurf, so z.B. die vorgesehenen Regelungsmechanismen auf der Landesebene (Genehmigung) und der kommunalen Ebene (Vertragsabschluss) zwischen Kommunen und Pflegekassen sowie die Schiedstellen zur Verfahrensbeschleunigung. Mit dem Ansatz von "Modellkommunen" bleibt die Initiative aber im Bereich der Erprobung ohne gesichertes Anschlusskonzept. Dies ist angesichts der von der Regierung in ihrer "Demografiestrategie" beschriebenen Dringlichkeit absehbarer Pflegeversorgungsprobleme zu wenig.

3. Der Gesetzentwurf geht defensiv mit dem Konzept der Modellkommunen um. Dies zeigt sich an der Beschränkung auf den Bereich der Beratung, die eine integrierte Versorgungs- und Hilfeplanung sowie ein verbindliches Case Management nur in Ansätzen zulässt. Zudem lässt die zeitliche Streckung der Modellphase eine politische Aufnahme von Ergebnissen der Modellkommunen für eine Weiterentwicklung der Pflegeversicherung in weite Ferne rücken. Die Notwendigkeit auch kurz- und mittelfristig die kommunale Handlungsebene zu stärken wird auf diese Weise nicht wirklich ernst genommen. Der verbindliche Beginn der Modellversuche und die Fristen für landesrechtliche Regelngen sollten um ein Jahr vorgezogen werden.

4. Problematisch ist es, dass dem Spitzenverband GKV die Aufgabe übertragen wird, Empfehlungen für Ausgestaltung des Ansatzes der Modellkommunen zu formulieren. Diese bedürfen zwar der Zustimmung der Länder und des BMG , sehen aber nur eine Anhörung der kommunalen Spitzenverbände vor. Sieht man die fundamental

ablehnende Haltung des GKV-Spitzenverbandes zu dem Gesetzentwurf in diesem Punkt, dann ist dies kontraproduktiv gegenüber der zentralen politischen Intention, die Rolle der Kommunen zu stärken. Mit der vorgesehenen Regelung wird die Sozialversicherungslogik in den Mittelpunkt gerückt, anstatt durch die Modellvorhaben die pflegerische Versorgung insgesamt auf der kommunalen Ebene zu fördern. Insofern wird dringend vorgeschlagen, auf die Empfehlungen gänzlich zu verzichten und die erforderlichen Zielsetzungen im Gesetz darzustellen.

5. Die Evaluation kann nicht in die Hände des GKV-Spitzenverbandes gelegt werden. Die Beauftragung mit der Evaluation und die Begleitung sowie Auswertung der Ergebnisse ist als gemeinsame Aufgabe und Zuständigkeit von BMG und BMFSFJ, mit den Ländern, dem GKV-Spitzenverband und den kommunalen Spitzenverbänden als unabhängiger wissenschaftlicher Auftrag auszugestalten. An dem Finanzierungsmodus der Evaluation ändert sich dadurch nichts. Es muss aber sichergestellt werden, dass die Evaluation so ausgerichtet ist und ausgerichtet wird, dass die Effekte bei den Pflege-Ratsuchenden auf kommunaler Ebene und auch die politischen Gestaltungsoptionen jenseits der Sozialversicherungen in den Blick genommen werden.

6. Überhaupt nicht nachvollziehbar sind die Regelungen, die vorsehen, dass 50% der Modellkommunen unerfahren sein sollen. Will man ernsthaft erproben, wie das Zusammenwirken von Kassen und Kommunen als Care und Case Management seine Wirkung entfaltet, braucht man good practice und keine bad practice. In den Modellvorhaben der vergangenen Jahrzehnte (Altenhilfestruktur der Zukunft, Pflegestützpunkte, Landesevaluation von Pflegestützpunkten und Beratung etc. pp.) wurden hinreichend Erfahrungen mit Implementationsprozessen von Care und Case Managementstrukturen auf der kommunalen Ebene gesammelt. Diese müssen nicht noch einmal wiederholt werden. Die Regelung kann dazu führen, dass sie nicht dem Erfolg der Erprobung der Modellkommunen dienen, sondern dass die Beteiligung von unerfahrenen Kommunen zum Beweis für die Untauglichkeit des Ansatzes genutzt wird, da in einer Anlaufphase mit Start bei Null nicht alle Kommunen sofort in der Lage sein werden, die Ziele der Stärkung der kommunalen Handlungsebene zu erreichen. Soweit durch die Vorschrift, was der Begründung entnommen werden könnte, ein Förderprogramm für kommunale Beratungsstrukturen angestoßen werden soll, entspricht dies nicht dem Erprobungscharkter der Modellkommunen. Sollte die Förderung tatsächlich gewollt sein, ist die Zahl der Modelkomunen zu verdoppeln und die Evaluation entsprechend den Vorerfahrungen getrennt vorzunehmen.

7. Die Befürchtung, dass durch die Modellkommunen Doppelstrukturen von kommunaler und sozialversicherungsgestützter Beratung geschaffen werden, ist nur in Regionen mit durch die Pflegekassen flächendeckend ortsnah vorgehaltenen Angeboten von Bedeutung. Dies ist (bedauerlicherweise) in der Regel nicht der Fall. Aber auch dort gibt der vorliegende Gesetzentwurf durch die Möglichkeit der

Beauftragung "Dritter" die Gelegenheit zur (weiteren) Durchführung durch diese Pflegekasse(n). Soweit dieses Problem bei der Überführung des Modellansatzes in den Regelbetrieb noch gesehen wird, sollte zur Vermeidung von Doppelstrukturen in Regionen, in denen die Pflegekasse, die mindestens ein Drittel der Versicherten erreicht und nachweislich eine substantielle Pflegeberatung flächendeckend aufgebaut hat, dieser eine opt-out-Möglichkeit in Verbindung mit einer Kooperationsverpflichtung eingeräumt werden.