

Stellungnahme des Bundesverbandes Geriatrie e. V.

Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit

Entwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG)

6. März 2023

Auf der Basis von im Koalitionsvertrag für diese Legislaturperiode vorgesehenen Maßnahmen zur Verbesserung der Situation in der Pflege sollen mit dem vorliegendem Gesetzentwurf Anpassungen in der Pflegeversicherung vorgenommen werden. Insbesondere sollen die häusliche Pflege gestärkt und pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen sowie andere Pflegepersonen entlastet, die Arbeitsbedingungen für professionell Pflegenden weiter verbessert sowie die Potentiale der Digitalisierung für Pflegebedürftige und für Pflegenden noch besser nutzbar gemacht werden. Auch zielen die geplanten Neuregelungen darauf ab, die ökonomischen Rahmenbedingungen sowie die finanzielle Lage der Pflegeversicherung zu verbessern.

Der Bundesverband Geriatrie begrüßt die Zielrichtung des vorgelegten Referentenentwurfes. Die zukünftig vermehrt in den Blickwinkel rückenden Aspekte der Ausschöpfung von Rehabilitationspotentialen pflegebedürftiger Menschen sowie die hieraus langfristig zu verbessernden Bereiche der Lebensqualität, aber auch der finanziellen Belastung der Pflegekassen sind vom Bundesverband Geriatrie bereits häufig angesprochen worden.

Zur ökonomischen und finanziellen Verbesserung der Lage der Pflegeversicherung sollte mit dem vorliegendem Gesetzentwurf insbesondere der Grundsatz „Rehabilitation vor und bei Pflege“ gesetzgeberisch weiter gestärkt werden, da Maßnahmen der Vorsorge und Rehabilitation einen entscheidenden Beitrag dazu beitragen, die aktuell bestehenden Schwierigkeiten im Bereich der bisherigen pflegerischen Versorgung zu verbessern. Insbesondere die geriatrische Versorgung, die speziell auf die Bedürfnisse betagter und hochbetagter Menschen abgestimmt ist, führt neben einer Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen gleichzeitig zu einer Reduzierung der Ausgaben der Pflegeversicherung und schöpft somit große Wirtschaftlichkeitspotenziale für die Gesellschaft.

Konkret ist der Genehmigungsvorbehalt von geriatrischen Rehabilitationsleitungen nach der Feststellung des Rehabilitationsbedarfs in der Pflegebegutachtung durch den Medizinischen Dienst aufzuheben. Zusätzlich sollten Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung in der Geriatrie gesetzgeberisch gestärkt werden.

Der Bundesverband Geriatrie e. V. nimmt zum Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz wie folgt Stellung:

Abschaffung des Genehmigungsvorbehaltes der Rehabilitationsträger für Leistungen der geriatrischen Rehabilitation nach Feststellung des Rehabilitationsbedarfs in der Pflegebegutachtung durch den Medizinischen Dienst

Prognosen zur Entwicklung der Pflegebedürftigkeit in Deutschland gehen bei mittlerer Steigerung der Lebenserwartung von einem Anstieg der Anzahl Pflegebedürftiger um 62 % von 2020 bis zum Jahr 2050 aus. Dies bedeutet eine Steigerung auf rund 7,5 Mio. Pflegebedürftige im Jahr 2050. Bis zum Jahr 2030 soll die Pflegebedürftigkeit auf rund 5,9 Mio. Menschen steigen.

Durch den gesetzlichen Grundsatz „Rehabilitation vor und bei Pflege“ kann, nach Meinungen vieler Experten, einer solch überproportionalen Zunahme pflegebedürftiger Menschen gezielt gegengesteuert werden. Gutachter stellen eine deutliche Verzögerung der Pflegebedürftigkeit infolge einer zielgerichtet eingesetzten Rehabilitation fest. Im Pflegereport der Barmer (2014) wurde unter anderem ein dämpfender Effekt der geriatrischen Rehabilitation auf die Wahrscheinlichkeit des Pflegeeintritts festgestellt.

Durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz aus dem Jahr 2008 wurde daher u.a. der Grundsatz „Rehabilitation vor und bei Pflege“ gestärkt. Der Vorrang von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Teilhabe ist im SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen) festgelegt. Im SGB XI ist geregelt, dass im Falle drohender oder bestehender Pflegebedürftigkeit regelmäßig die Notwendigkeit präventiver oder rehabilitativer Leistungen, insbesondere die Notwendigkeit von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, zu prüfen ist. Mit den Regelungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetz ist seither in jedem Einzelfall im Rahmen der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit zu prüfen, ob eine Indikation für diese Leistung besteht, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, eine bestehende Pflegebedürftigkeit zu beseitigen oder zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten (§ 18 Abs. 1 und 6 SGB XI, § 9 Abs. 1 und 3 SGB IX). Die Pflegekasse informiert unverzüglich die versicherte Person und mit deren Einwilligung die behandelnde Ärztin beziehungsweise den behandelnden Arzt und leitet mit Einwilligung der antragstellenden Person die entsprechende Mitteilung dem zuständigen Reha-Träger zu (§ 31 Abs. 3 SGB XI). In diesen Fällen ist ein gesonderter Antrag der antragstellenden Person oder eine Verordnung durch die Vertragsärztin beziehungsweise den Vertragsarzt mit Muster 61 im Weiteren nicht erforderlich (§ 31 Abs. 3 SGB XI).

Die Verordnungsfähigkeit von Leistungen zur Vorsorge- und Rehabilitation durch den Medizinischen Dienst ist, aus Sicht des Bundesverbandes Geriatrie ausdrücklich zu begrüßen. Insbesondere die Geriatrie mit ihrem besonderen ganzheitlichen Ansatz kann zur Eindämmung der Gesundheitsausgaben in der Pflegeversicherung einen positiven Beitrag leisten. In geriatrischen Therapien ist ein erhebliches Rehabilitationspotenzial zu erkennen, sodass Pflegekosten gemäß dem Effekt „Rehabilitation vor und bei Pflege“ auch in angrenzenden Sektoren eingedämmt werden können. Im Minimalszenario von Verhinderung und Minderung der Pflege um jeweils 10 % ergibt sich auf der Grundlage einer Berechnung des Bundesverbandes Geriatrie eine Einsparung der Pflegekosten um rund 869 Mio. € für den Zeitraum von einem Jahr – auch nach Beseitigung der strukturellen Unterfinanzierung im Bereich der Rehabilitation. Dem gegenüber steht eine durchschnittliche einmalige Ausgabengröße von rund 646 Mio. € für die stationäre geriatrische Behandlung dieser Patientinnen und Patienten in einem Krankenhaus

Stellungnahme des Bundesverbandes Geriatrie e. V. zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit Entwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege

Bundesverband Geriatrie e. V.
Reinickendorfer Straße 61
13347 Berlin

oder einer Rehabilitationsklinik. Hierdurch könnten in einem Jahr durch Verhinderung und Minderung von Pflegebedürftigkeit rund 223 Mio. € bei der betrachteten Patientengruppe eingespart werden.

Mit dem Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetzes (GKV-IPReG) aus September 2020 wurden in § 40 SGB V zuletzt Erleichterungen zum Zugang zur geriatrischen Rehabilitation verankert. Gemäß § 40 Absatz 2 SGB V können niedergelassene Ärzte die Notwendigkeit einer geriatrischen Rehabilitation feststellen und diese verordnen. Die Krankenkassen sind an diese Feststellung gebunden. Die Überprüfung der geriatrischen Indikation mittels geeigneter Abschätzungsinstrumente durch einen Vertragsarzt ist laut Gesetz ausreichend. Bei der Übermittlung der Verordnung an die Krankenkasse ist die Anwendung der geeigneten Abschätzungsinstrumente nachzuweisen und das Ergebnis der Abschätzung beizufügen. Von der vertragsärztlichen Verordnung darf die Krankenkasse hinsichtlich der medizinischen Erforderlichkeit nur dann abweichen, wenn eine von der Verordnung abweichende gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes vorliegt. Außerdem hat der G-BA in Richtlinien Fälle festgelegt, in denen Anschlussrehabilitationen nach einem Krankenhausaufenthalt ohne vorherige Überprüfung der Krankenkasse erbracht werden können. Gemäß der Rehabilitationsrichtlinie können seither auch geriatriespezifische Anschlussrehabilitationen ohne vorherige Überprüfung der Krankenkasse erbracht werden.

Diese gesetzgeberischen Regelungen sind aus Sicht des Bundesverbandes Geriatrie ausdrücklich zu begrüßen und zur finanziellen Stabilisierung der Pflegekassen analog auf die Verordnungsfähigkeit von Leistungen zur Vorsorge- und Rehabilitation durch den Medizinischen Dienst zu übertragen. Konkret schlägt der Bundesverband Geriatrie nachfolgende gesetzgeberische Änderung vor:

§ 31 Abs. 3 SGB XI wird um einen neuen Satz 4 ergänzt:

(3) Wenn eine Pflegekasse durch die gutachterlichen Feststellungen des Medizinischen Dienstes (§ 18 Abs. 6) oder auf sonstige Weise feststellt, dass im Einzelfall Leistungen zur medizinischen Rehabilitation angezeigt sind, informiert sie schriftlich oder elektronisch unverzüglich den Versicherten sowie mit dessen Einwilligung schriftlich oder elektronisch die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt sowie Angehörige, Personen des Vertrauens der Versicherten oder Pflege- und Betreuungseinrichtungen, die den Versicherten versorgen, und leitet mit Einwilligung des Versicherten eine entsprechende Mitteilung dem zuständigen Rehabilitationsträger zu. Die Pflegekasse weist den Versicherten gleichzeitig auf seine Eigenverantwortung und Mitwirkungspflicht hin. Soweit der Versicherte eingewilligt hat, gilt die Mitteilung an den Rehabilitationsträger als Antragstellung für das Verfahren nach § 14 des Neunten Buches. Von dem Rehabilitationsträger wird bei einer durch die Pflegekasse verordneten geriatrischen Rehabilitation nicht überprüft, ob diese medizinisch erforderlich ist. Die Pflegekasse ist über die Leistungsentscheidung des zuständigen Rehabilitationsträgers unverzüglich zu informieren. Sie prüft in einem angemessenen zeitlichen Abstand, ob entsprechende Maßnahmen durchgeführt worden sind; soweit erforderlich, hat sie vorläufige Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 32 Abs. 1 zu erbringen.

Stellungnahme des Bundesverbandes Geriatrie e. V. zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit Entwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege

Bundesverband Geriatrie e. V.
Reinickendorfer Straße 61
13347 Berlin

Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung in der Geriatrie

Prävention und Gesundheitsförderung sind insbesondere in einer alternden Gesellschaft wichtige Instrumente des Gesundheitswesens. Die individuelle Gesundheit sowie Teilhabe wird gefördert, gleichzeitig können durch die Vermeidung oder Stabilisierung von Krankheits- oder Pflegeaufwendungen wirtschaftliche Einsparungen im Gesundheitssystem erreicht werden. Sowohl betagte und hochbetagte als auch bereits pflegebedürftige Menschen profitieren im erheblichen Umfang von Maßnahmen der Prävention und der Gesundheitsförderung. Ein wesentliches Ziel der Prävention im Alter besteht darin, Risikofaktoren für körperliche und psychische Erkrankungen, Hinweise auf Fehl- oder Mangelernährung oder Suchtverhalten zu erkennen und zu beeinflussen. Im Mittelpunkt stehen hierbei besonders jene Einflussgrößen, die für die Gesundheit im Alter zentral und einer Veränderung zugänglich sind. Auch bei Personen mit erheblichen körperlichen und kognitiven Beeinträchtigungen sind durch geeignete Maßnahmen wie der geriatrischen (Früh)Rehabilitation inklusive der aktivierend therapeutischen Pflege präventive gesundheitliche Effekte möglich. Insbesondere Maßnahmen der Sekundär- und Tertiärprävention kommen betagten und hochbetagten Menschen eine besondere Bedeutung zu.

Mit dem Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG) vom 17. Juli 2015 wurden in Deutschland die strukturellen Voraussetzungen dafür geschaffen, dass Gesundheitsförderung und Prävention in jedem Lebensalter und in allen Lebensbereichen als gemeinsame Aufgabe der Sozialversicherungsträger unter Beteiligung der Unternehmen der privaten Krankenversicherung und der privaten Pflege-Pflichtversicherung unterstützt werden. Zudem wurde ein Rahmen für die Verbesserung der Zusammenarbeit der Akteure auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene gesetzt. Mit dem § 20 Absatz 1 SGB V haben die Krankenkassen den gesetzlichen Auftrag erhalten, Leistungen zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken sowie zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten weiter auszubauen. Die gesetzlichen Regelungen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung der Krankenkassen sind in den §§ 20, 20a, 20b und 20c SGB V verankert.

In § 20 Absatz 3 Nr. 7 SGB V wurde unter anderem das „gesunde altern“ als ein Gesundheitsziel im Bereich der Gesundheitsförderung und der Prävention gesetzlich normiert. Da Leistungen zur Prävention auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit einzusetzen sind, um die Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern sowie eine Verschlimmerung zu verhindern, haben die Pflegekassen mit dem § 5 SGB XI zudem den Auftrag erhalten, Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung auch in der stationären Langzeit- und Kurzzeitpflege zu erbringen. Der GKV-Spitzenverband hat in diesem Zusammenhang zwei Leitfäden zur Prävention publiziert: Diese legen die Kriterien für die Leistungen der Kranken- und Pflegekassen zur Prävention und Gesundheitsförderung fest.

Mit dem Zweiten Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) wurden die Pflegeversicherung und die pflegerische Versorgung durch einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein neues Begutachtungsinstrument zuletzt auf eine neue pflegfachliche Grundlage gestellt. In Folge des § 5 SGB XI wird im Rahmen der Begutachtung zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit seither geprüft, ob und ggf. welche Maßnahmen der Primärprävention zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten geeignet, notwendig und zumutbar sind.

Stellungnahme des Bundesverbandes Geriatrie e. V. zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit Entwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege

Bundesverband Geriatrie e. V.
Reinickendorfer Straße 61
13347 Berlin

Trotz diesen gesetzlichen Initiativen haben sich für Betagte- und Hochbetagte bisher keine regelhaften und flächendeckend etablierten geriatricspezifischen Präventionsansätze entwickelt. Oft werden diesbezüglich die individuellen Chancen bzw. die bestehenden Bedarfe nicht erkannt, sodass die Einführung von regelhaften Früherkennungsuntersuchungen im Alter sinnvoll ist. Chronische Erkrankungen und Multimorbidität können besonders im höheren Alter die Alltagskompetenz und Selbstständigkeit gefährden, weshalb fachspezifische Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung für Menschen mit geriatrischen Behandlungsbedarf von besonderer Bedeutung sind.

Kinder haben gemäß § 26 SGB V bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche, geistige oder psychosoziale Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden. Die Untersuchungen umfassen, sofern medizinisch angezeigt, eine Präventionsempfehlung für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 SGB V, die sich altersentsprechend an das Kind oder die Eltern oder andere Sorgeberechtigte richten kann. In Analogie zu den gesetzlich verankerten Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche besteht ebenfalls ein Bedarf an geriatricspezifischen Ü-Untersuchungen (z. B. „Ü-70“, Ü-80“). Für Betagte und Hochbetagte muss daher ein gesetzlicher Anspruch auf geriatricspezifische Gesundheitsuntersuchungen normiert werden. Konkret schlägt der Bundesverband Geriatrie nachfolgende gesetzgeberische Änderung vor:

§ 25 SGB V wird um einen neuen Absatz 3 ergänzt:

(1) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, haben Anspruch auf alters-, geschlechter- und zielgruppengerechte ärztliche Gesundheitsuntersuchungen zur Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen, zur Früherkennung von bevölkerungsmedizinisch bedeutsamen Krankheiten und eine darauf abgestimmte präventionsorientierte Beratung, einschließlich einer Überprüfung des Impfstatus im Hinblick auf die Empfehlungen der Ständigen Impfkommision nach § 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes. Die Untersuchungen umfassen, sofern medizinisch angezeigt, eine Präventionsempfehlung für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5. Die Präventionsempfehlung wird in Form einer ärztlichen Bescheinigung erteilt. Sie informiert über Möglichkeiten und Hilfen zur Veränderung gesundheitsbezogener Verhaltensweisen und kann auch auf andere Angebote zur verhaltensbezogenen Prävention hinweisen wie beispielsweise auf die vom Deutschen Olympischen Sportbund e. V. und der Bundesärztekammer empfohlenen Bewegungsangebote in Sportvereinen oder auf sonstige qualitätsgesicherte Bewegungsangebote in Sport- oder Fitnessstudios sowie auf Angebote zur Förderung einer ausgewogenen Ernährung.

(2) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, haben Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen.

(3) Versicherte haben ab dem 70. Lebensjahr Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre Gesundheit in nicht geringfügigem Maße gefährden. Ein wesentliches Ziel der Früherkennungsuntersuchungen im Alter besteht u.a. darin, Risikofaktoren für Erkrankungen, Hinweise auf Fehl- oder Mangelernährung oder Suchtverhalten zu erkennen und zu beeinflussen. Im Mittelpunkt stehen hierbei besonders jene Einflussgrößen, die für die Gesundheit im Alter zentral und einer Veränderung zugänglich sind.

(4) Voraussetzung für die Untersuchung nach den Absätzen 1 bis 3 ist, dass es sich um Krankheiten handelt, die wirksam behandelt werden können oder um zu erfassende gesundheitliche Risiken und Belastungen, die durch geeignete Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention

Stellungnahme des Bundesverbandes Geriatrie e. V. zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit Entwurf eines Gesetzes zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege

Bundesverband Geriatrie e. V.
Reinickendorfer Straße 61
13347 Berlin

nach § 20 Absatz 5 vermieden, beseitigt oder vermindert werden können. Die im Rahmen der Untersuchungen erbrachten Maßnahmen zur Früherkennung setzen ferner voraus, dass

1. das Vor- und Frühstadium dieser Krankheiten durch diagnostische Maßnahmen erfassbar ist,
2. die Krankheitszeichen medizinisch-technisch genügend eindeutig zu erfassen sind,
3. genügend Ärzte und Einrichtungen vorhanden sind, um die aufgefundenen Verdachtsfälle eindeutig zu diagnostizieren und zu behandeln.

Stellt der Gemeinsame Bundesausschuss bei seinen Beratungen über eine Gesundheitsuntersuchung nach Absatz 1 fest, dass notwendige Erkenntnisse fehlen, kann er eine Richtlinie zur Erprobung der geeigneten inhaltlichen und organisatorischen Ausgestaltung der Gesundheitsuntersuchung beschließen. § 137e gilt entsprechend.

(5) Die Untersuchungen nach [Absatz 1 bis 3](#) sollen, soweit berufsrechtlich zulässig, zusammen angeboten werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 das Nähere über Inhalt, Art und Umfang der Untersuchungen sowie die Erfüllung der Voraussetzungen nach [Absatz 4](#). Ferner bestimmt er für die Untersuchungen die Zielgruppen, Altersgrenzen und die Häufigkeit der Untersuchungen. Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt erstmals bis zum 31. Juli 2016 in Richtlinien nach § 92 das Nähere zur Ausgestaltung der Präventionsempfehlung nach Absatz 1 Satz 2. Im Übrigen beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss erstmals bis zum 31. Juli 2018 in Richtlinien nach § 92 das Nähere über die Gesundheitsuntersuchungen nach Absatz 1 zur Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen sowie eine Anpassung der Richtlinie im Hinblick auf Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von bevölkerungsmedizinisch bedeutsamen Krankheiten. Die Frist nach Satz 5 verlängert sich in dem Fall einer Erprobung nach Absatz 3 Satz 3 um zwei Jahre.