

**Bundesverband privater Anbieter  
sozialer Dienste e.V.  
(bpa)**

Stellungnahme zum  
Gesetzentwurf der Bundesregierung

<p>Deutscher Bundestag Ausschuss f. Gesundheit</p> <p>Ausschussdrucksache 17(14)0271(27.2) gel. VB zur öAnh. am 21.5. 12_Pflege-Neuausrichtung-Gesetz 16.05.2012</p>
--

**Entwurf eines Gesetzes  
zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung  
(Pflege-Neuausrichtung-Gesetz – PNG)  
Bundestags-Drucksache 17/9369**

**ergänzt um die Änderungsanträge 1 - 14  
der Fraktionen der CDU/CSU und FDP  
Ausschussdrucksache 17(14)0269**

und zum

Antrag der Abgeordneten Kathrin Senger-Schäfer, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

**Pflege tatsächlich neu ausrichten –  
Ein Leben in Würde ermöglichen  
Bundestags-Drucksache 17/9393**

und zum

Antrag der Abgeordneten Elisabeth Scharfenberg, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

**Für eine grundlegende Reform der Pflegeversicherung –  
Nutzerorientiert, solidarisch, zukunftsfest  
Bundestags-Drucksache 17/9566**

Berlin, 14. Mai 2012

## Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung	4
Zusammenfassung	4
<b>I.)   Gesetzentwurf der Bundesregierung: Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) ergänzt um die Änderungsanträge 1 - 14 der Fraktionen der CDU/CSU und FDP</b>	
Anspruch auf Übermittlung des MDK-Gutachtens (§ 7 Abs. 2 SGB XI)	9
Beratungsgutscheine (§ 7 b SGB XI)	10
Begutachtung (§ 18 SGB XI)	12
Gesonderte Rehabilitationsempfehlung (§ 18 Abs. 6, 8 und 9 SGB XI)	15
Dienstleistungsorientierung bei der Begutachtung (§ 18 a SGB XI)	17
Dynamisierung (§ 30 SGB XI)	18
Häufiges Pflegegeld bei Kurzzeitpflege u. Verhinderungspflege (§ 37 Abs. 2 SGB XI)	20
Pflegegeld für behinderte Menschen (§ 38 SGB XI)	21
Zusätzliche Leistungen in ambulanten Wohngruppen (§ 38 a SGB XI)	22
Abschaffung der Einkommensprüfung bei wohnumfeldverbessernden Maßnahmen (§ 40 Abs. 4 SGB XI)	25
Vorrangige Abrechnung der ambulanten Sachleistung vor der Tages- und Nachtpflege (§ 41 SGB XI)	26
Anspruch auf Kurzzeitpflege auch in Rehabilitationseinrichtungen (§ 42 SGB XI)	27
Pflegeberatung (§ 45 SGB XI)	29
Anschubfinanzierung ambulanter Wohngruppen (§ 45 e SGB XI)	32
Weiterentwicklung und Förderung neuer Wohnformen (§ 45 f SGB XI)	33
Unterstützung des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen (§ 52 Abs. 2 SGB XI)	35
Richtlinien zur Qualitätssicherung der Qualitätsprüfungen (§ 53 a SGB XI)	36
Andere Gutachter bei Begutachtung von Pflegebedürftigkeit (§ 53 b SGB XI)	37
Beitragssatzerhöhung (§ 55 SGB XI)	38
Berufserfahrung der Pflegedienstleitung (§ 71 Abs. 3 SGB XI)	40
Gesamtversorgungsvertrag für „vor Ort“ verbundene Einrichtungen (§ 72 Abs. 2 SGB XI)	41
Ortsübliche Vergütung (§ 72 Abs. 3 SGB XI)	42
Einzelpflegekräfte (§ 77 SGB XI)	45
Investitionskosten (§ 82 SGB XI)	47
Aufwandsentschädigungen für ehrenamtliche Personen (§ 82 b Abs. 2 SGB XI)	50
Entbürokratisierung der Vergütungsfindung (§§ 84, 85 und 89 SGB XI)	52
Berechnung von Verpflegungsentgelten nur bei Inanspruchnahme (§ 87 SGB XI)	60
Zusätzliche Betreuungskräfte in der Tagespflege (§ 87 b SGB XI)	63
Vergütung ambulanter Sachleistungen nach Zeitaufwand (§ 89 SGB XI)	66
Kostenerstattung (§ 91 SGB XI)	69
Einschaltung Rechenzentren bei Abrechnung von Pflegediensten (§ 105 SGB XI)	71
Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung der Pflegequalität (§ 113 SGB XI)	73

Mitteilungspflichten der Heime über die ärztliche Versorgung (§ 114 Abs. 1 und § 115 Abs. 1 b SGB XI)	78
Vermeidung von Doppelprüfungen (§ 114 Abs. 3 SGB XI)	80
Kosten von Wiederholungsprüfungen (§ 114 Abs. 5 SGB XI)	82
Ankündigung von Qualitätsprüfungen (§ 114 a Abs. 1 SGB XI)	83
Berücksichtigung von Befragungen bei Qualitätsprüfungen (§ 114 a Abs. 3 SGB XI)	85
Einsichtnahmen in Pflegedokumentationen (§ 114 a Abs. 3 SGB XI)	86
Einwilligung in Textform (§ 114 a Abs. 3 a SGB XI)	87
Modellvorhaben zur Vermeidung von Doppelprüfungen (§ 117 Abs. 2 SGB XI)	90
Beteiligung von Selbsthilfe- und Patientenorganisationen bei Qualitätsvereinbarungen (§ 118 SGB XI)	91
Pflegevertrag (§ 120 SGB XI)	92
Verbesserte Pflegeleistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (§ 123 SGB XI)	95
Vorübergehende Einbeziehung der Betreuung in die ambulanten Sachleistungen (§ 124 SGB XI)	96
Modellvorhaben zur Erprobung von Betreuungsdiensten (§ 125 SGB XI)	98
Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft (§§ 24 g und h SGB V)	100
Verordnungserfordernis für Hilfsmittel (§ 33 SGB V)	101
Zusätzliche ärztliche Vergütungen für die heimärztliche Versorgung (§ 87 Abs. 2 j und § 87 a Abs. 2 SGB V)	102
Richtlinie häusliche Krankenpflege zur Dekolonisation von MRSA (§ 92 Abs. 7 SGB V)	103
Vereinbarungen zur heimärztlichen Versorgung (§ 119 b SGB V)	104
Bundesrahmenempfehlung häusliche Krankenpflege (§ 132 a SGB V)	106
<b>II.) Antrag der Abgeordneten Kathrin Senger-Schäfer, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.: Pflege tatsächlich neu ausrichten – Ein Leben in Würde ermöglichen</b>	109
<b>III.) Antrag der Abgeordneten Elisabeth Scharfenberg, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: Für eine grundlegende Reform der Pflegeversicherung – Nutzerorientiert, solidarisch, zukunftsfest</b>	112

## Vorbemerkung

Der **Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)** bildet mit mehr als 7.000 aktiven Mitgliedseinrichtungen die größte Interessenvertretung privater Anbieter sozialer Dienstleistungen in Deutschland. Einrichtungen der ambulanten und (teil-) stationären Pflege, der Behindertenhilfe und der Kinder- und Jugendhilfe in privater Trägerschaft sind im bpa organisiert. Die Mitglieder des bpa tragen die Verantwortung für rund 215.000 Arbeitsplätze und ca. 16.500 Ausbildungsplätze. Mit rund 3.400 Pflegediensten, die ca. 160.000 Patienten betreuen, und 3.600 stationären Pflegeeinrichtungen mit etwa 235.000 Plätzen vertritt der bpa mehr als jede vierte Pflegeeinrichtung bundesweit. Vor diesem Hintergrund nimmt der bpa wie folgt Stellung.

## Zusammenfassung

### I.) **Gesetzentwurf der Bundesregierung: Pflege-Neuausrichtung-Gesetz (PNG) ergänzt um die Änderungsanträge 1 - 14 der Fraktionen der CDU/CSU und FDP**

Das Pflege-Neuausrichtungsgesetz sorgt insbesondere bei Menschen mit **dementiellen Erkrankungen** (s. S. 95) für Verbesserungen, die der bpa ausdrücklich begrüßt.

Allerdings sind diese Verbesserungen begrenzt auf ambulant versorgte Versicherte in den Pflegestufen 0, I und II. **Stationär versorgte Pflegebedürftige** bleiben ebenso außen vor wie Pflegebedürftige der Pflegestufe III. Hier gibt es ebenso dringenden Handlungsbedarf. Der bpa bedauert es, dass der Beitragssatz lediglich um 0,1 % angehoben werden soll (s. S. 38) und deshalb weitere notwendige Maßnahmen unterbleiben. Um auch ein Signal an die vollstationär versorgten Pflegebedürftigen und an die Beschäftigten zu senden, sollte im weiteren Gesetzgebungsverfahren, der Betreuungsschlüssel für die **zusätzlichen Betreuungskräfte** in stationären Pflegeeinrichtungen von 1:25 auf 1:20 angehoben werden (s. S. 63). Die im Gesetzentwurf vorgesehene zusätzlichen Betreuungskräfte auch für Einrichtungen der Tagespflege sind ein wichtiges und richtiges Signal.

Positive Regelungen sieht der bpa beim **Begutachtungsverfahren**. Der Anspruch des Versicherten auf Übermittlung des Gutachtens (s. S. 9) wird gestärkt und er erhält das Recht, das Gutachten zeitgleich mit dem Bescheid der Pflegekasse über seine Pflegestufe zu erhalten (s. S. 12). Der bpa erwartet eine deutliche Verbesserung bei der Rehabilitation von Pflegebedürftigen (s. S. 15).

Die Leistungen der **Betreuung** werden endlich einbezogen in die ambulanten Sachleistungen (s. S. 96). Das ist ein richtiger Schritt hin zu mehr Wahlfreiheit für die Pflegebedürftigen.

Auf scharfe Kritik des bpa stößt die Regelung, dass **Aufwandsentschädigungen für ehrenamtliche Personen** gezahlt werden sollen, weil eine solche Möglichkeit den privaten Pflegeeinrichtungen vorenthalten wird (s. S. 50). Damit droht eine Wettbewerbsverzerrung.

Ebenso kritisch wird die neue **Berechnung von Verpflegungsentgelten** bewertet, wonach nur die Mahlzeiten bei der Vergütung berücksichtigt werden können, die in Anspruch genommen wurden. Dieses würde einen Paradigmenwechsel mit der Abkehr von der pauschalen Berechnung der Leistungen bedeuten und zu einem erheblichen bürokratischen Aufwand führen, der jede Lebenswirklichkeit in den Heimen ignoriert (s. S. 60).

Kritisch gesehen wird ein weiteres Anliegen. Pflegedienste sollen ihren Kunden jederzeit ermöglichen, zwischen einer Vergütung nach Zeit oder nach Leistungskomplexen zu wechseln. Das bedeutet nach Ansicht des bpa einen bei der Grundpflege enormen bürokratischen Aufwand, führt zu höheren Preisen, gefährdet die Qualität und ist in der Praxis schlicht nicht umsetzbar. Die gewollte **Abschaffung der Minutenpflege** wird so zu einer Einführung der Minutenpflege („Renn-Pflege“). Bei der Betreuung wünschen sich Menschen mit dementiellen Erkrankungen und ihre Angehörigen eine Leistungserbringung nach Zeiteinheiten. Dieses ist nachvollziehbar und bei diesen Leistungen erachtet der bpa trotz Bedenken eine Vergütung vorrangig nach Zeiteinheiten auch als durchführbar. (s. S. 66).

Der im Gesetz vorgesehene weitere Ausbau der **Pflegeberatung** findet die Unterstützung des bpa. Allerdings sollten dabei unbedingt die Pflegeberater nach § 45 SGB XI einbezogen und deren Kompetenzen vor Ort genutzt werden, bevor neue Beratungsstrukturen aufgebaut werden (s. S. 10 und S. 29).

Die Verpflichtung der Pflegekassen vermehrt Vereinbarungen mit **Einzelpflegekräften** abzuschließen (s. S. 45), stößt weiterhin auf die deutliche Kritik des bpa. Die im Vergleich zum Referentenentwurf eingeführten Nachbesserungen hinsichtlich der Vertragspflicht sowie den Qualitätsanforderungen und deren Überprüfung werden vom bpa ausdrücklich begrüßt. Trotzdem drohen weiterhin Wettbewerbsverzerrungen durch geringere Anforderungen gegenüber Pflegediensten sowie das Unterlaufen sozialversicherungs- und arbeitsrechtlicher Standards. Aufgrund eines vorliegenden Gutachtens hält der bpa Einzelpflegekräfte in der Regel für Scheinselbstständige. Dieses gilt insbesondere für die Verwendung der Betreuungszuschüsse in den Wohngemeinschaften. Hier bedarf es dringend der Korrektur.

Auch bei den Pflichten der **Pflegeheime, über die ärztliche Versorgung zu berichten**, sieht der bpa unbedingten Änderungsbedarf (s. S. 78). Die ärztliche Versorgung wird nicht dadurch besser, dass den Pflegeheimen zusätzliche bürokratische Berichtspflichten auferlegt werden, ohne dass sie die ärztliche Versorgung überhaupt steuern können.

Von verschiedenen Maßnahmen des Gesetzentwurfs zur Entbürokratisierung können Pflegebedürftige profitieren. Die Entbürokratisierung betrifft aber nicht nur die Pflegebedürftigen und die Pflegekräfte, sondern auch die Betreiber der Pflegeeinrichtungen. Diese sehen sich verstärkt bürokratischen Belastungen gegenüber, besonders zu nennen ist hier das Thema **Vergütungsfindung**, zu dem der bpa hier Vorschläge unterbreitet (s. S. 52).

Unbedingt notwendig ist die Einführung einer regelgebundenen **Dynamisierung** der Leistungen, die in den Gesetzentwurf noch aufgenommen werden sollte (s. S. 18).

Der Änderungsantrag 2 sieht vor, dass in den Gemeinsamen Maßstäben und Grundsätzen nach § 113 SGB XI auch **alternative Verfahren zur Messung der Ergebnisqualität** berücksichtigt werden sollen. Darauf hatte der bpa in seiner Stellungnahme zum Referentenentwurf des PNG hingewiesen. Der bpa ist erfreut, dass sein Vorschlag Berücksichtigung gefunden hat. Neben der Verankerung in § 113 SGB XI sind aber auch Änderungen in § 114 a SGB XI und § 115 SGB XI erforderlich (s. S. 80 und S. 88).

Der Änderungsantrag 4 der Koalitionsfraktionen sieht vor, dass die bisher nicht vereinbarte **Bundesrahmenempfehlung für die häusliche Krankenpflege** nach § 132 a SGB V bis zum 1. Juli 2013 vorzulegen ist. Der bpa begrüßt dieses Vorhaben (s. S. 106), fordert aber ergänzend die Einführung einer Schiedsstelle, eine Regelung, die die Landesrahmenverträge verpflichtet, die Bundesrahmenempfehlung zu berücksichtigen sowie die Einführung einer Frist für den ausschließlich elektronischen Datenaustausch.

Aufgrund von Urteilen des Bundessozialgerichts befürchten viele Pflegeeinrichtungen erhebliche Probleme bei der Refinanzierung der **Investitionskosten**. Der bpa bittet darum, noch im Gesetzgebungsverfahren des PNG hier gesetzgeberisch einzugreifen (s. S. 47).

**II.) Antrag der Abgeordneten Kathrin Senger-Schäfer, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.: Pflege tatsächlich neu ausrichten – Ein Leben in Würde ermöglichen**

Verschiedene Anliegen des Antrags (s. S. 109) werden vom bpa unterstützt, so der Bestandsschutz bei Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, die Kritik an den in der Regel illegalen Beschäftigung in Haushalten mit Pflegebedürftigen, die Forderung nach einer Förderung des dritten Umschulungsjahrs zum Altenpfleger und die weitere Entlastung von Angehörigen.

Die beabsichtigten Leistungsverbesserungen hält der bpa der Sache nach für gerechtfertigt, bezweifelt aber die ausreichende Gegenfinanzierung.

Deutlichen Widerspruch äußert der bpa hinsichtlich der pauschalen Behauptung des Antrags, dass der Alltag der Pflegekräfte von schlechter Bezahlung geprägt sei. Einen Beleg hierfür bleibt die Fraktion DIE LINKE. schuldig.

**III.) Antrag der Abgeordneten Elisabeth Scharfenberg, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: Für eine grundlegende Reform der Pflegeversicherung – Nutzerorientiert, solidarisch, zukunftsfest**

Der Antrag (s. S. 112) erhebt verschiedene Forderungen, die der bpa unterstützt. Dazu zählen der Bestandsschutz bei der Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und die Einführung einer regelgebundenen Dynamisierung

BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN fordern einen Ausbau der Pflegeberatung. Dieses befürwortet der bpa grundsätzlich, schlägt aber vor, dafür das Potential der Pflegefachkräfte in den Pflegeeinrichtungen zu nutzen, anstatt Doppelstrukturen aufzubauen.

Keine Zustimmung des bpa findet die Behauptung, es würde eine Verschiebung in die stationäre Versorgung stattfinden. Kritische Anmerkungen macht der bpa auch zur Weiterentwicklung der pflegerischen Infrastruktur, die vor allen Dingen durch eine finanzielle Förderung der Kommunen erfolgen soll.

Ebenso wie der bpa fordert auch der Antrag konkrete Maßnahmen gegen den Fachkräftemangel in der Pflege.





**I.) Gesetzentwurf der Bundesregierung: Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) ergänzt um die Änderungsanträge 1 - 14 der Fraktionen der CDU/CSU und FDP**

**Anspruch auf Übermittlung des MDK-Gutachtens – § 7 Abs. 2 SGB XI**

Artikel 1, Nr. 2, Gesetzesbefehl S. 6, Begründung S. 62

**A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die Pflegekassen müssen die Versicherten und Angehörigen darüber aufklären, dass sie einen Anspruch haben auf die Übermittlung des MDK-Gutachtens zur Einstufung und der Rehabilitationsempfehlung.

**B) Stellungnahme**

Die vorliegende Regelung wird begrüßt. Viele Pflegebedürftige und ihre Angehörigen wissen bisher gar nicht, dass sie Anspruch auf das Gutachten haben. Dieses ist aber z.B. bei einem Widerspruch gegen die Zuordnung zu einer Pflegestufe oder einer Höherstufung von großer Bedeutung. Insofern stellt die Neuregelung eine Verbesserung für die Pflegebedürftigen dar. S. auch die Ausführungen zu § 18 SGB XI.

**C) Änderungsvorschlag**

Keinen.

## **Beratungsgutscheine – § 7 b SGB XI**

Artikel 1, Nr. 3, Gesetzesbefehl S. 6 f., Begründung S. 62 f.

### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die Pflegekasse muss nach erstmaligem Antrag auf Pflegeleistungen für die Beratung des Versicherten innerhalb von vierzehn Tagen einen Beratungstermin durchführen oder einen Beratungsgutschein ausstellen, der innerhalb von vierzehn Tagen bei einer Beratungsstelle eingelöst werden kann. Auf Wunsch des Versicherten kann die Beratung auch später stattfinden. Die Pflegekasse schließt Verträge mit den Beratungsstellen.

### **B) Stellungnahme**

Der bpa begrüßt den Ausbau der Pflegeberatung in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen, der notwendig ist, plädiert zugleich aber nachdrücklich dafür, die seit vielen Jahren erfolgreiche Pflegeberatung nach § 45 SGB XI mit den dort entwickelten, qualifizierten Strukturen in die Regelungen von § 7 b SGB XI einzubeziehen. Der bpa hat nach § 45 SGB XI Verträge zur Pflegeberatung mit diversen Pflegekassen geschlossen. Auf dieser Grundlage werden nach einem mit den Pflegekassen abgestimmten Curriculum examinierte Pflegekräfte als Pflegeberater geschult, die anschließend individuelle Schulungen, Pflegekurse und Überleitungspflege aus dem Krankenhaus heraus erbringen. Rund 3.000 Pflegeberater wurden so qualifiziert und sind täglich in der Häuslichkeit und in Krankenhäusern beratend tätig. Dieses Potential sollte genutzt werden. Vor allen Dingen sollte der Aufbau von Doppelstrukturen bei der Pflegeberatung – darauf weist auch die Begründung hin (s. S. 64) – vermieden werden, wenn bereits Pflegeberatung über die Einrichtungen erfolgreich und in der Häuslichkeit bzw. „am Bett“ gewährleistet ist. So bescheinigt der jüngste Bericht zur Umsetzung der Pflegeversicherung (Bundestags-Drucksache 17/8332, S. 14) auf der Grundlage eines Berichts des GKV-Spitzenverbandes, dass in der Praxis Pflegeberatung zu 71 % von ambulanten Pflegediensten, zu 63 % durch stationäre Einrichtungen und nur zu 57 % durch die Kassen erfolgte (Doppelnennungen möglich). Den ambulanten Diensten wird zu 90 % Neutralität bei der Beratung bescheinigt.

### **C) Änderungsvorschlag**

**Pflegeberater, die nach § 45 SGB XI Leistungen erbringen, sollten bei der Pflegeberatung nach § 7 b SGB XI auch aus Gründen der Wirt-**

**schaftlichkeit ausdrücklich einbezogen werden.** In § 7 b Abs. 2 SGB XI sollte daher als neuer Satz 3 aufgenommen werden:

*„Zugelassene Einrichtungen nach § 72, die über qualifizierte unabhängige Pflegeberater verfügen und Leistungen nach § 45 erbringen, sind dabei zu berücksichtigen.“*

## **Begutachtung – § 18 SGB XI:**

- 1. Beauftragung anderer Gutachter (§ 18 Abs. 1 SGB XI)**
- 2. Verbindliche Fünf-Wochen-Frist (§ 18 Abs. 3 SGB XI)**
- 3. Recht auf gleichzeitige Zusendung des Gutachtens (§ 18 Abs. 3 SGB XI)**
- 4. Strafzahlung bei Nichteinhaltung der Frist (§ 18 Abs. 3 a SGB XI)**

Artikel 1, Nr. 4 a; c) bb); c) ee; d), Gesetzesbefehl S. 7 ff., Begründung S. 65 ff.

### **A) Beabsichtigte Neuregelungen**

1. Da es den Pflegekassen nicht immer gelingt, über den Antrag auf Pflegeleistungen innerhalb von fünf Wochen zu entscheiden, können sie Aufträge zur Begutachtung der Versicherten zukünftig nicht nur an den MDK, sondern auch an andere unabhängige Gutachter vergeben. Dann sind dem Versicherten drei Gutachter zur Auswahl zu benennen.
2. Bisher „soll“ dem Antragsteller fünf Wochen nach Eingang des Antrags auf Pflegeleistungen der Bescheid der Pflegekasse vorliegen. Diese Vorschrift wird verbindlicher. Innerhalb von fünf Wochen „ist mitzuteilen“, wie die Pflegekasse entschieden hat.
3. Mit der Entscheidung der Pflegekasse über Pflegeleistungen ist dem Pflegebedürftigen das Gutachten zu übersenden, wenn er dieses wünscht.
4. Sofern die Pflegekasse die Fünf-Wochen-Frist bei der Begutachtung nicht einhält, erhält der Versicherte für jeden Tag Verzögerung 10 Euro. Das gilt nicht, wenn der Versicherte sich in stationärer Pflege befindet und bereits mindestens der Pflegestufe I zugeordnet ist.

### **B) Stellungnahme**

1. Die Neuregelung wird begrüßt. Trotz der gesetzlichen Verpflichtung warten Pflegebedürftige und Angehörige teilweise immer noch länger als fünf Wochen auf den entsprechenden Bescheid. Auch wenn sich nach dem jüngsten „Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland“ (Bundestags-Drucksache 17/8332, S. 36) die Zeiten, die für Begutachtungen benötigt werden, verkürzt haben, gab es im Jahr 2010 noch knapp 2.000 Begutachtungsverfahren, die zwölf Wochen und länger gedauert haben. Das ist pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen nicht zuzumuten. Gerade wenn Pflegebedürftigkeit beantragt wird, handelt es sich um eine extreme Belastungssituati-

on für die Familien, die oft von heute auf morgen ohne jede pflegerische Vorkenntnis die Versorgung des Pflegebedürftigen sicherstellen müssen. In der Regel leisten sie auch erhebliche finanzielle Mittel im Voraus. Deshalb müssen sie schnellstmöglich den Bescheid der Pflegekasse erhalten. Durch die Neuregelung erhalten die Pflegekassen die Handhabe, flexibel zu reagieren und eine Einhaltung der Fünf-Wochen-Frist in jedem Fall sicherzustellen. Sofern der MDK keine zeitnahe Begutachtung garantieren kann, können zukünftig auch andere unabhängige Gutachter herangezogen werden.

2. Die Regelung wird begrüßt. Damit wird klargestellt, dass es sich bei der Fünf-Wochen-Frist nicht um eine Ermessensentscheidung der Pflegekasse handelt, sondern dass diese Frist verbindlich einzuhalten ist. Zu prüfen wäre, ob bei Nichteinhaltung der Frist vorläufig eine Pflegestufe entsprechend einer Empfehlung von Pflegefachkräften einer nach § 72 SGB XI zugelassenen ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtung gelten kann.
3. Das Gutachten des MDK (oder künftig auch anderer unabhängiger Gutachter) ist ein wichtiges Dokument für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen. Oft ist diesen gar nicht bewusst, dass sie Anrecht darauf haben. Wenn aber eine Pflegestufe vom Gutachter nicht zuerkannt wurde oder einem Antrag auf Höherstufung nicht entsprochen wurde, ist dieses Gutachten von entscheidender Bedeutung. Der Pflegebedürftige bzw. seine Angehörigen können anhand dessen prüfen, ob die vom Gutachter veranschlagten Zeiten und Verrichtungen mit ihren Erfahrungen und Einschätzungen übereinstimmen. Ggf. kann dann begründet ein Widerspruch eingelegt werden. Deswegen ist es richtig, dass in § 18 Abs. 3 SGB XI das Recht verankert wird, zeitgleich mit der Übersendung der Entscheidung der Pflegekasse auch das Gutachten zu erhalten. Diese Regelung ergänzt den neuen Anspruch des Pflegebedürftigen gem. § 7 SGB XI (s. oben).
4. Angesichts der bereits ausgeführten Bedeutung einer zeitnahen Begutachtung ist es konsequent, dass in § 18 Abs. 3 a SGB XI eine pauschale Zusatzzahlung bei nicht fristgerechter Begutachtung eingeführt wird. Allerdings erscheint der Betrag von 10 Euro pro Tag deutlich zu gering, um die gewünschte Wirkung zu entfalten. Der bpa fordert darüber hinaus, die Zusatzzahlung auch einzuführen, wenn der Antragsteller sich in stationärer Pflege befindet. Es ist nicht nachvollziehbar, warum diese Regelung nur für einen Leistungsbereich gelten soll. Nicht akzeptabel ist auch die Begründung des Gesetzentwurfs, dass bei stationärer Pflege die Versicherten unabhängig von der Pflegestufe umfassend gepflegt werden. Denn die dabei entstehenden Kosten werden entweder durch den Träger

in Vorleistung oder aber durch den Pflegebedürftigen bzw. seine Angehörigen als Privatzahler erbracht. Jede Verzögerung bei der Begutachtung bedeutet eine finanzielle Belastung von Dritten. Deswegen müssen die Zusatzzahlungen unbedingt auch bei stationärer Pflege gelten.

## **Gesonderte Rehabilitationsempfehlung – § 18 Abs. 6, § 18 a SGB XI**

Artikel 1, Nr. 4 g) cc) und Nr. 5; Gesetzesbefehl S. 10 und 11, Begründung S. 68 ff.

### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Feststellungen zur Rehabilitation, die der Medizinische Dienst während der Begutachtung macht, sind künftig in einer eigenständigen Empfehlung zu dokumentieren und dem Pflegebedürftigen mit einer begründeten Stellungnahme zu übermitteln. Die Mitteilung der Pflegekasse über den Rehabilitationsbedarf an den Rehabilitationsträger gilt als Antrag auf Rehabilitationsleistungen, sofern der Antragsteller dem zustimmt. Über die Erfahrungen mit den neuen Vorschriften müssen die Pflegekassen künftig detailliert berichten.

### **B) Stellungnahme**

Bereits jetzt wird an vielfältigen Stellen im Sozialgesetzbuch auf die Verpflichtungen der Krankenkassen und Pflegekassen hingewiesen, im Rahmen ihrer Zuständigkeit die notwendigen Maßnahmen der Rehabilitation einzuleiten und den Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ umzusetzen. Mit der letzten Pflegereform, dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, wurden diese noch einmal präzisiert. So besteht seit dem 1. Juli 2008 die Verpflichtung der Krankenkassen zur Zahlung von 3.072 Euro an die Pflegekassen, wenn binnen sechs Monaten nach der Empfehlung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung notwendige Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nicht erbracht worden sind. Tatsächlich aber kam es im Jahr 2010 nur in sechs Fällen zu einer solchen Zahlung (s. „Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland“, Bundestags-Drucksache 17/8332, S. 22). Eine ähnliche Bilanz ist bei den Empfehlungen zur Rehabilitation zu ziehen, die die Medizinischen Dienste im Rahmen der Erstbegutachtungen ausgesprochen haben. Laut GKV-Spitzenverband kam es lediglich bei rund 1 % aller Erstbegutachtungen überhaupt zu entsprechenden Empfehlungen. Dies ist insofern verwunderlich, als dass zumindest nach den Ergebnissen der Wingenfeld-Studie der Bedarf um etwa das Vierfache höher liegen müsste. Offenbar bleibt es in der Verwaltungspraxis unklar, dass mit der Einstufung der Rehabilitationsbedarf zu erheben ist und als Antrag gegenüber der Krankenkasse gelten muss. Insofern ist es richtig, hier einerseits die Regelungen zu präzisieren und zu verstärken und andererseits detaillierte Berichtspflichten der Pflegekassen einzufügen. Aus Sicht des bpa ist es

entscheidend, dass tatsächlich mehr Versicherte als bisher tatsächlich Leistungen der Rehabilitation zu Lasten der Krankenversicherung erhalten. **Die Pflegeversicherung und damit auch die Beschäftigten der Pflegeeinrichtungen dürfen nicht Ausfallbürgen für unzureichende Rehabilitationsleistungen der Krankenkassen werden!**

### **C) Änderungsvorschlag**

Keinen.



## **Dienstleistungsorientierung bei der Begutachtung – § 18 b SGB XI**

Artikel 1, Nr. 5, Gesetzesbefehl S. 12 f., Begründung S. 71 ff.

### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Durch Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes soll die Dienstleistungsorientierung im Begutachtungsverfahren erhöht werden. Inhalt der Richtlinien sind u.a. Verhaltensgrundsätze für die Gutachter, die Durchführung von Versichertenbefragungen und ein einheitliches Verfahren zum Umgang mit Beschwerden.

### **B) Stellungnahme**

Trotz der besonderen Situation bei der Versorgung von Pflegebedürftigen ist die Pflege von Menschen auch eine Dienstleistung, die von Kunden in Anspruch genommen wird. Dazu zählen nicht nur die direkten Pflegetätigkeiten – deren Durchführung gesetzlich und vertraglich detailliert geregelt ist und die regelmäßig geprüft wird – sondern auch Leistungen wie die Begutachtung. Bisher gibt es bei den fünfzehn Medizinischen Diensten der Krankenversicherung keine einheitlichen Regelungen für den Umgang mit den Kunden. Sofern die Auffassung vertreten wird, dass durch bundesweit einheitliche Standards eine Verbesserung für die pflegebedürftigen Menschen erreicht werden kann, werden die vorgesehenen Regelungen vom bpa begrüßt.

### **C) Änderungsvorschlag**

Keinen.

## **Dynamisierung – § 30 SGB XI**

- Neu - Artikel 1, Nr. 9 a

### **A) Neuregelung**

In § 30 SGB XI fehlt im Gesetzentwurf eine Vorschrift, die eine regelgebundene Dynamisierung der Geld- und Sachleistungsbeträge festschreibt.

### **B) Stellungnahme**

Der bpa hat ausdrücklich begrüßt, dass mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz erstmals seit Einführung der Pflegeversicherung 1995 eine Regelung zur Anpassung der Leistungen in das SGB XI eingefügt wurde. Über die Notwendigkeit dessen bestand von Anfang an Einigkeit. Die inflationsbedingte Entwertung der Leistungen und der damit einhergehende Akzeptanzverlust der Versicherten sind nur durch eine regelmäßige, an die Inflation gebundene Dynamisierung zu verhindern. Der bpa ist sich bewusst, dass die regelmäßige Dynamisierung entsprechende Kostensteigerungen bedingt. Nichtsdestotrotz ist es sachgerecht, einen automatischen regelhaften Inflationsausgleich zu schaffen, ohne dass es jeweils einer Rechtsverordnung der Bundesregierung bedarf. Die Dynamisierung muss viele Hürden überwinden:

- Eine Prüfung der Notwendigkeit erfolgt nur alle drei Jahre.
- Es gibt einen generellen Vorbehalt in Form der Berücksichtigung der „gesamtwirtschaftlichen Rahmenbedingungen“.
- Es bedarf eines Berichts der Bundesregierung über die Notwendigkeit der Dynamisierung.
- Die Bundesregierung muss mit Zustimmung des Bundesrates eine Verordnung erlassen.

Aus Sicht des bpa wäre eine Dynamisierung in Form eines regelmäßigen Inflationsausgleichs im Gesetz selbst und ohne Ordnungsnotwendigkeit sachgerechter und unbürokratischer. Der bpa bedauert es, dass nur in der Überschrift der Begriff der „Dynamisierung“ verwendet wird, aber nicht im Gesetzestext selbst. Da „Anpassung“ theoretisch auch eine Kürzung bedeuten könnte und ohnehin, wie aufgezeigt, die Hürden sehr hoch sind, sollte der ursprüngliche Begriff der Dynamisierung weiterhin verwendet werden, um zu vermeiden, dass die Ziele dieser Regelung falsch interpretiert werden könnten.

### **C) Änderungsvorschlag**

In § 30 SGB XI wird eine regelmäßige, an der Inflation orientierte Dynamisierung der Leistungen festgeschrieben:

*Die Leistungsbeträge sowie die in § 37 Absatz 3 festgelegten Vergütungen sind jeweils zum 1. Januar eines Kalenderjahres, erstmals mit Wirkung zum 1. Januar 2014 entsprechend der vom Statistischen Bundesamt festgestellten Steigerung der durchschnittlichen Verbraucherpreise des Vorjahres zu erhöhen. Die nach Satz 1 erhöhten Leistungsbeträge sind kaufmännisch zu runden.*

#### Begründung:

Die Leistungen der Pflegeversicherung werden jährlich um einen festen Vomhundertsatz dynamisiert. Dies dient der Berechenbarkeit der Leistungsentwicklung insbesondere auch im Hinblick auf eine zusätzliche Eigenvorsorge der Versicherten.

## **Häftiges Pflegegeld bei Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege – § 37 Abs. 2 SGB XI**

Artikel 1, Nr. 11, Gesetzesbefehl S. 13, Begründung S. 74 f.

### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Bisher wird kein Pflegegeld gezahlt, wenn Leistungen der Kurzzeitpflege oder Verhinderungspflege in Anspruch genommen werden. Künftig soll in diesen Fällen das häftige Pflegegeld gezahlt werden.

### **B) Stellungnahme**

Der bpa begrüßt die beabsichtigte Neuregelung. Bisher werden die wichtigen Leistungen der Kurzzeit- und der Verhinderungspflege nur in sehr geringem Umfang in Anspruch genommen. Deswegen ist es richtig, diese beiden Leistungsbereiche zu stärken und künftig auch anteiliges Pflegegeld zu gewähren. Zu Recht verweist die Begründung darauf, dass auch in Zeiten der Kurzzeit- und Verhinderungspflege für die Pflegeperson finanzielle Belastungen bestehen.

Der bpa ist sehr erfreut, dass sein Hinweis zur Klarstellung bei der stundenweisen Inanspruchnahme von Verhinderungspflege aufgenommen wurde. Während in der Begründung zum Referentenentwurf hierzu noch Ausführungen fehlten, wird jetzt (s. S. 75) festgelegt, dass den Besonderheiten bei der stundenweisen Inanspruchnahme Rechnung zu tragen ist. Damit ist eine Fortsetzung der bisherigen Praxis, bei der in solchen Fällen das Pflegegeld gar nicht gekürzt wird (vgl. Gemeinsames Rundschreiben zu den leistungsrechtlichen Vorschriften vom 01.07.2008, hrsg. vom GKV-Spitzenverband, Seite 2 zu § 39 SGB XI, Stand 24.10.2011), möglich. Durch diese Klarstellung wird eine Verschlechterung durch die Neuregelung vermieden.

### **C) Änderungsvorschlag**

Keinen.

## **Pflegegeld für Behinderte Menschen – § 38 SGB XI**

Änderungsantrag 1 der Fraktionen CDU/CSU und FDP zum PNG, Ausschussdrucksache 17(14)0269, S. 1, zu Artikel 1 Nr. 12

### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (§ 43 a) haben Anspruch auf ungekürztes Pflegegeld anteilig für die Tage, an denen sie sich in häuslicher Pflege befinden.

### **B) Stellungnahme**

Die Regelung wird unterstützt.

### **C) Änderungsvorschläge**

Keine.

## **Zusätzliche Leistungen in ambulanten Wohngruppen – § 38 a SGB XI**

Artikel 1, Nr. 13, Gesetzesbefehl S. 13 f., Begründung S. 75 f.

### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen erhalten 200,00 € pro Monat, wenn mindestens drei Pflegebedürftige gemeinschaftlich zusammenwohnen und eine Pflegekraft dort tätig ist. Die Wohngruppe darf nicht unter das „Landesheimrecht“ fallen.

### **B) Stellungnahme**

In den letzten Jahren entwickelte sich vermehrt eine Diskussion um zukunftsfähige Wohnkonzepte. Insbesondere solle die Pflege und Versorgung in der häuslichen Umgebung und in den Pflegeheimen ergänzt werden um die sog. neuen Wohnformen. In der politischen Debatte werden insbesondere die selbstorganisierten Wohngemeinschaften in den Vordergrund gerückt, wobei – ggf. durchaus bewusst – übersehen wird, dass genau dieses trägerunabhängige Versorgungsangebot im Gegensatz zu den trägergestützten Pflege-Wohngemeinschaften in der tatsächlichen Versorgung so gut wie keine Rolle spielt. Relevante Versorgungsformen setzen somit auf die professionelle häusliche Pflege, auf trägerunterstützte ambulante Wohnformen in Wohngemeinschaften und auf die Pflegeheime sowie teilstationäre Einrichtungen.

In der Förderung ambulanter Wohngruppen liegt ein wesentlicher finanzieller Schwerpunkt des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes – neben den zusätzlichen Leistungen für Menschen mit dementiellen Erkrankungen, die ambulant versorgt werden und die Pflegestufe 0, 1 oder 2 haben. Grundsätzlich begrüßt der bpa die verstärkte Förderung neuer Wohnformen. Unabhängig davon dürfen aber die „klassischen“ und bewährten Einrichtungsformen der ambulanten und stationären Pflege, welche die Hauptlast der Versorgung tragen, nicht vernachlässigt werden.

Der bpa begrüßt, dass der Gesetzentwurf nunmehr als Voraussetzung bestimmt, dass in der ambulant betreuten Wohngruppe eine „Pflegekraft“ tätig ist. Im Referentenentwurf war zunächst eine „Präsenzkraft“ vorgesehen. Dieses hatte der bpa scharf kritisiert, weil an die Präsenzkraft keinerlei Zulassungs- oder Vertragsanforderungen gestellt worden waren. An eine Präsenzkraft bestehen keinerlei Zulassungs- oder Vertragsanforderungen. Damit entzieht sich diese sog. Präsenzkraft vollständig der Kontrolle und dem Zugriff der Kostenträger sowie im Zweifelsfall auch anderer Insti-

tutionen. Weder muss sie eine sozialversicherungspflichtige Tätigkeit noch ihren arbeitsrechtlichen Status nachweisen. Neben der Frage der Scheinselbständigkeit wäre auch eine Option, dass die Bewohner der Wohngemeinschaft als Arbeitgeber gegenüber der Präsenzkraft auftreten. Der bpa sieht hier eine drohende Gefahr der Schwarzarbeit und der illegalen Beschäftigung, insbesondere vor dem Hintergrund der verschiedenen Pressemitteilungen über 100.000 illegal Beschäftigte in Haushalten mit Pflegebedürftigen.

Diese Gefahren bestehen nach Ansicht des bpa trotz der neuen Formulierung „Pflegekraft“ anstatt von „Präsenzkraft“ weiterhin.

Denn nach wie vor wird in der Begründung der Begriff der „Präsenzkraft“ verwendet. **Ob die „Pflegekraft“, die dann als „Präsenzkraft“ in Wohngemeinschaften tätig ist, sozialversicherungspflichtig beschäftigt wird, welchen arbeitsrechtlichen Status sie hat und wie die Qualität ihrer Arbeit kontrolliert wird, wird nicht festgelegt.** Um Missbrauch zu vermeiden und die Pflegequalität zu sichern, fordert der bpa deshalb, dass diese Plegekraft bei einem zugelassenen Pflegedienst angestellt sein muss. Sollte der Gesetzgeber die aus der Begründung erkennbare Absicht haben, diese Präsenzkraften zumindest als Einzelpflegekraften über die Pflegekassen nach § 77 SGB XI vertraglich zu binden, wäre eine Klarstellung im Gesetz und der Begründung erforderlich. Nur eine derartige Änderung schafft Klarheit, Transparenz und ein Mindestmaß an Qualitäts- und Vertragspflichten zum Schutze der Bewohner der Wohngemeinschaften. Der bpa weist in diesem Zusammenhang ausdrücklich darauf hin, dass bei diesen Einzelpflegekraften in Wohngemeinschaften von einer Scheinselbständigkeit auszugehen ist, wie ein einschlägiges Rechtsgutachten zu dieser Thematik belegt. Auf dieses Risiko müssen die Pflegebedürftigen hingewiesen werden, sofern die Zahlung der 200 € nicht verpflichtend an die Inanspruchnahme einer Plegekraft aus einem zugelassenen Pflegedienst gekoppelt wird.

Sehr kritisch bewertet der bpa auch den Bezug zu den „heimrechtlichen Vorschriften“ der Länder. Danach besteht ein Anspruch auf den pauschalen Zuschlag in Höhe von 200 Euro pro Monat nur, wenn die jeweils maßgeblichen heimrechtlichen Vorschriften dem nicht entgegenstehen. Da es kein bundeseinheitliches Heimrecht mehr gibt und die Bundesländer die heimrechtlichen Regelungen und Anwendungsbereiche unterschiedlich gestalten, sind bei der Förderung der ambulant betreuten Wohngruppen für jedes Bundesland unterschiedliche Vorschriften zu beachten. Anstatt der vorgesehenen Abgrenzung zu den heimrechtlichen Vorschriften der Länder sollte statt dessen festgelegt werden, dass die Förderung nach § 38 a SGB XI nicht gewährt wird, wenn der Träger für die Bewohner Leistungen auf der Grundlage eines Rahmenvertrags nach § 75 SGB XI für vollstationäre Pflege erbringt. Damit wird einerseits die notwendige Rechtssicherheit und –klarheit erreicht und andererseits die vom Gesetz-

geber gewünschte Flexibilität gewährleistet. Deswegen unterstützt der bpa einen entsprechenden Änderungsvorschlag, den der Bundesrat (s. Bundesrats-Drucksache 170/12 (Beschluss) zu § 38 a SGB XI am 11. Mai 2012 beschlossen hat.

### **C) Änderungsvorschläge**

Im Gesetzesbefehl und in der Begründung zu § 38 a Abs. 1 SGB XI wird eine Klarstellung eingefügt, dass in ambulant betreuten Wohngruppen die Pflegekräfte (Präsenzkkräfte) als Mitarbeiter eines zugelassenen Pflegedienstes tätig sind.

In § 38 a Abs. 1 Satz 1 SGB XI wird der Bezug auf die heimrechtlichen Vorschriften gestrichen und in § 38 Abs. 2 SGB XI eine negative Verknüpfung zu Leistungen auf der Grundlage eines Rahmenvertrags nach § 75 Abs. 1 SGB XI für vollstationäre Pflegeeinrichtungen aufgenommen:

- (1) <sup>1</sup>Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen, die Leistungen nach § 36, 37 oder § 38 beziehen, haben Anspruch auf einen pauschalen Zuschlag in Höhe von 200 Euro monatlich, wenn in der ambulant betreuten Wohngruppe eine Präsenzkraft als Mitarbeiter eines zugelassenen Pflegedienstes tätig ist und wenn es sich um ein gemeinschaftliches Wohnen von regelmäßig mindestens drei Pflegebedürftigen zum Zwecke der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung in einer gemeinsamen Wohnung ~~oder einem Haus mit häuslicher pflegerischer Versorgung handelt, dem heimrechtliche Vorschriften nicht entgegenstehen.~~*
- (2) Eine Leistungsgewährung nach Absatz 1 erfolgt nicht, wenn der Träger der Wohngruppe oder Dritte den Bewohnerinnen und Bewohnern Leistungen auf der Grundlage eines Rahmenvertrags nach § 75 Absatz 1 für vollstationäre Pflege erbringt.*



## **Keine Einkommensprüfung bei wohnumfeldverbessernden Maßnahmen – § 40 Abs. 4 SGB XI**

Artikel 1, Nr. 14, Gesetzesbefehl S. 14, Begründung S. 76

### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen sollen künftig ohne Einkommensprüfung gewährt werden.

### **B) Stellungnahme**

Der bpa begrüßt die Neuregelung. Der weiterhin gedeckelte Betrag von 2.557 Euro verändert sich nicht und zu Recht hat sich die Frage gestellt, wie groß der Aufwand für die Einkommensprüfung dabei ist. Insofern wird die Gewährung dieser Maßnahme künftig vereinfacht und insoweit ein bürokratisches Verfahren abgebaut. Insbesondere für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen ist darauf hinzuweisen, dass es die wohnumfeldverbessernden Maßnahmen zusätzlich zu der neuen Förderung nach § 45 e SGB XI gibt.

### **C) Änderungsvorschläge**

Keine.

## **Vorrangige Abrechnung der ambulanten Sachleistung vor der Tages- und Nachtpflege – § 41 SGB XI**

Artikel 1, Nr. 15, Gesetzesbefehl S. 14, Begründung S. 76 f.

### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Wenn Pflegebedürftige ambulante Sachleistungen und Tages- oder Nachtpflege in Anspruch nehmen, sind die ambulanten Sachleistungen vorrangig abzurechnen.

### **B) Stellungnahme**

Der bpa begrüßt die Neuregelung. Zu Recht verweist die Begründung darauf, dass dadurch eine Verwaltungsvereinfachung und ggf. eine Reduzierung von verschiedenen Rechnungen für die unterschiedlichen Leistungsbereiche erreicht wird.

### **C) Änderungsvorschläge**

Keinen.

## **Anspruch auf Kurzzeitpflege auch in Rehabilitationseinrichtungen – § 42 SGB XI**

Artikel 1, Nr. 16, Gesetzesbefehl S. 14, Begründung S. 77 f.

### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Wenn ein pflegender Angehöriger in einer Rehabilitationseinrichtung versorgt wird und die gleichzeitige Unterbringung des Pflegebedürftigen erforderlich ist, kann auch die Rehabilitationseinrichtung Kurzzeitpflege für den Pflegebedürftigen erbringen. Diese Einrichtung benötigt dafür dann keine Zulassung gem. SGB XI.

### **B) Stellungnahme**

Wenn ein pflegender Angehöriger eine Rehabilitationsmaßnahme benötigt, kann der Pflegebedürftige in der gleichen Einrichtung im Rahmen der Kurzzeitpflege versorgt werden. Während der pflegende Angehörige eine Kur macht, ist „vor Ort“, wie es in der Begründung heißt, die pflegerische Versorgung des Pflegebedürftigen sichergestellt.

Der bpa anerkennt die von der Neuregelung ausgehenden Bemühungen um Entlastung der pflegenden Angehörigen. Pflegende Angehörige sollen sich erholen können, ohne sich um die pflegerische Versorgung ihres Angehörigen sorgen zu müssen. Diese Überlegungen stehen offensichtlich hinter den beabsichtigten Änderungen. Es kann nicht eingeschätzt werden, wie viele Angehörige eine Kur machen (möchten), währenddessen die Versorgung des Pflegebedürftigen in der gleichen (Rehabilitations-) Einrichtung **erforderlich** ist. Allerdings sollte berücksichtigt werden, dass es für die Entlastung von pflegenden Angehörigen auch angezeigt sein kann, eine Rehabilitationsmaßnahme durchzuführen, währenddessen der Pflegebedürftige gerade nicht „vor Ort“ bzw. in derselben Rehabilitationseinrichtung untergebracht ist. Die Pflege bedeutet für Angehörige eine enorme psychische und physische Belastung, die sehr häufig rund um die Uhr geleistet wird. Die permanente Pflege und das ständige In-Bereitschaft-Sein führen bei vielen pflegenden Angehörigen zu erheblichen Erschöpfungszuständen. Viele können irgendwann einfach nicht mehr weiter pflegen. In solchen Situationen sind Rehabilitationsmaßnahmen eine sehr wichtige Unterstützung. Um dabei eine größtmögliche Entlastung und Erholung zu erreichen, kann es für pflegende Angehörige angezeigt sein, auch einmal eine räumliche Distanz zwischen sich und dem Pflegebedürftigen erleben zu können, aber gleichzeitig zu wissen, dass eine gute Versorgung des Pflegebedürftigen gewährleistet ist.

Demnach würde diese Möglichkeit nur eröffnet, wenn eine Rehabilitationsmaßnahme zu Gunsten des pflegenden Angehörigen ansonsten scheitern würde. In aller Regel werden sich aber problemlos qualifizierte Versorgungsangebote für den pflegebedürftigen Menschen finden lassen. Deswegen sollte die Erweiterung der Kurzzeitpflege nicht auf Rehabilitationseinrichtungen gerichtet werden, sondern im Bedarfsfall der Rehabilitationsmaßnahme der Pflegeperson zusätzlich in zugelassenen Kurzzeitpflegeeinrichtungen ermöglicht werden.

#### Beispiel:

Wenn ein Pflegebedürftiger seinen (bisher schon im Gesetz verankerten) Anspruch auf vier Wochen Kurzzeitpflege z.B. im März eines Jahres aufgebraucht hat, sein pflegender Angehöriger sich dann aber im August in einer Rehabilitationsmaßnahme befindet, sollte der Pflegebedürftige weitere vier Wochen Anspruch auf Kurzzeitpflege in einer Einrichtung gem. § 42 SGB XI haben.

Damit würde die vom Gesetzgeber gewollte Entlastung von pflegenden Angehörigen sowie deren Wahlfreiheit weiter gestärkt. Der pflegende Angehörige kann dann frei entscheiden, wenn die Anwesenheit des Pflegebedürftigen am Ort der Rehabilitationsmaßnahme erforderlich ist, ob es für ihn entlastender ist, wenn bei seiner Rehabilitationsmaßnahme der Pflegebedürftige in derselben Einrichtung wie er selbst vor Ort oder aber in einer zugelassenen Kurzzeitpflegeeinrichtung an einem anderen Ort versorgt wird.

### **C) Änderungsvorschlag**

Die erweiterte Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege ist nicht nur in Rehabilitationseinrichtungen, sondern auch in zugelassenen Kurzzeitpflegeeinrichtungen zu ermöglichen.

Änderungsvorschlag:

Dem § 42 wird folgender Absatz 5 angefügt:

*(5) Abweichend von den Absätzen 1 und 2 besteht der Anspruch auf Kurzzeitpflege auch während einer Maßnahme der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation für eine Pflegeperson.*

## **Pflegeberatung – § 45 SGB XI**

- neu - Artikel 1, Nr. 16 a

### **A) Neuregelung**

Im Gesetzentwurf sollte der Ausbau der Pflegeberatung nach § 45 SGB XI aufgenommen werden (s. auch die Ausführungen zu § 7 b SGB XI).

### **B) Stellungnahme**

Eine wachsende Bedeutung im Rahmen der Beratung, Unterstützung und Schulung, insbesondere von pflegenden Angehörigen, kommt den Leistungen nach § 45 SGB XI zu. Hiernach sollen die Pflegekassen Schulungen und Kurse für Pflegende auch in der Häuslichkeit anbieten. Ziel ist es, die ehrenamtliche Pflege zu fördern und die „Pflege und Betreuung zu erleichtern, zu verbessern sowie pflegebedingte körperliche und seelische Belastungen zu mindern“ (§ 45 Abs. 1 SGB XI).

Diese Leistungen haben sich in der Praxis bewährt und werden jeden Tag vielfach erbracht. Die notwendige Weiterentwicklung sollte in das Pflege-Neuausrichtungsgesetz noch aufgenommen werden.

Mit der Erbringung dieser Leistungen können die Pflegekassen Pflegeeinrichtungen beauftragen. Vor diesem Hintergrund hat der bpa im Jahr 2000 zusammen mit einer Krankenkasse ein dreistufiges bundesweites Konzept zur Schulung und Beratung entwickelt. Dieses umfasst die Leistungen häusliche Schulungen, Pflegekurse und die Überleitungspflege aus dem Krankenhaus oder der Rehabilitationseinrichtung. Die durchschnittliche Frequenz liegt bei ca. 2,4 Einsätzen im Rahmen einer Pflegeberatung. Die mittlere Dauer einer Pflegeberatung liegt bei 90 Minuten. Bei den Pflegepersonen, die häufigere Schulungen benötigten, handelt es sich insbesondere um die Diagnosen Apoplex, Demenz, Krebserkrankungen, Diabetes mellitus und Parkinson. Zwischenzeitlich ist dieses Konzept von diversen Pflegekassen übernommen worden.

Allein der bpa hat im Rahmen dieser Verträge ein flächendeckendes Netz von 3.000 Pflegeberater nach einem mit den Pflegekassen entwickelten Konzept ausgebildet und im Einsatz. Diese Beratungen und Schulungen gem. § 45 SGB XI werden erfolgreich durch Pflegeeinrichtungen erbracht, die in der Region verankert und bekannt sind.

Vor dem Hintergrund dieser umfassenden Erfahrungen lassen sich folgende **Feststellungen treffen**:

1. Der Bedarf an Pflegeberatung entsteht vor allen Dingen beim Eintritt von Pflegebedürftigkeit, bei dessen Verschlimmerung und vor der Überleitung aus akutmedizinischen Versorgungseinheiten (insbesondere Krankenhäuser) in die Häuslichkeit oder Pflegeeinrichtungen.
2. In solchen Situationen bedarf es einer flexiblen und **zugehenden Pflegeberatung**. In ca. 80 % der Beratungssituationen ist eine pflegerisch orientierte Beratung mit Elementen des Fallmanagement unter Einbeziehung der familiären Ressourcen mit durchschnittlich drei Beratungseinsätzen ausreichend.

### Schlussfolgerungen

Die Leistungen nach § 45 SGB XI haben sich in der Praxis bewährt und sind zu einem wichtigen Instrument der Stabilisierung des Hilfebündnisses zwischen pflegenden Angehörigen und professionellen Pflegeeinrichtungen geworden.

Vor diesem Hintergrund ist der Ausbau der Beratung und Begleitung insbesondere dort anzusiedeln,

- wo diese Leistungen auch bisher schon erbracht werden,
- wo eine Einbindung in lokale Versorgungsnetzwerke bereits besteht und
- wo die pflegerische Kompetenz bereits ausgewiesen und die Nähe zur Lebenssituation der Pflegebedürftigen gewährleistet ist.

Der bpa hält daher eine Stärkung und Verknüpfung der bereits existierenden Beratungsleistungen für konsequent. Daraus ergeben sich folgende Maßnahmenvorschläge:

### C) Änderungsvorschläge

1. Zunächst sollte **§ 37 Abs. 3 ff SGB XI aufgehoben und in die Leistungen des § 45 SGB XI integriert** werden. Damit wären für die überwiegende Mehrheit der Pflegebedürftigen, aber auch der ehrenamtlich Pflegenden, die Beratung, Anleitung und Schulung sowie die Qualitätssicherung in einer Leistungsrechtsgrundlage verankert.
2. **§ 45 SGB XI sollte so ausgebaut** werden, dass sowohl der Leis-

tungsanspruch der Pflegebedürftigen als auch der pflegenden Angehörigen auf die drei genannten Leistungen (Kurse, Überleitungs- und Pflege, individuelle häusliche Beratung und Schulungen) ermessensfrei sichergestellt ist. Ausgangslage für die Erhebung des Unterstützungs- bzw. Beratungsbedarfs sollte die verpflichtende Vorlage des MDK-Pflegeplans sein, denn trotz gesetzlicher Verpflichtung liegt der Pflegeplan des MDK gegenwärtig in aller Regel nicht vor.

3. Die Leistung sollte als **Einzelleistungsanspruch** oder aber auch in Form eines **Beratungsgutscheins** ausgestaltet werden und mit den Leistungen nach § 7 a-b SGB XI verzahnt werden.
4. Die **Pflegekassen** sind zu verpflichten, diesen Leistungsanspruch durch **Verträge mit Leistungserbringern oder selbstständig** sicherzustellen.
5. Weiterhin sollte eine Pflicht der Pflegekassen zur **internetgestützten aktuellen Darstellung der regional bestehenden relevanten Einrichtungen**, Leistungsträger und Institutionen sowie deren Leistungsspektrum verankert werden. Ziel wäre die transparente Darstellung der regionalen Strukturen und Netzwerke.
6. Die Verträge zur Erfüllung der Leistungsansprüche sollten einerseits als Leistungserbringerverträge oder als **Integrationsversorgungsverträge** ausgestaltet werden können.

## **Anschubfinanzierung von ambulant betreuten Wohngruppen – § 45 e SGB XI**

Artikel 1, Nr. 19, Gesetzesbefehl S. 15 f., Begründung S. 79 f.

### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen wird mit 2.500 Euro pro Person gefördert. Die Förderung ist auf 10.000 Euro je Wohngruppe und das Fördervolumen insgesamt auf 30 Millionen Euro begrenzt.

### **B) Stellungnahme**

Wie bereits zu den zusätzlichen Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen (§ 38 a SGB XI) ausgeführt, begrüßt der bpa die Förderung von ambulant betreuten Wohngruppen grundsätzlich. Die Anschubfinanzierung stellt einen weiteren Baustein für die Förderung ambulanter Wohngemeinschaften dar, durch den die Attraktivität dieser Wohnformen zunehmen wird.

### **C) Änderungsvorschläge**

In der Begründung ist darauf hinzuweisen, dass die Förderung sowohl von selbstorganisierten Pflegewohngemeinschaften als auch von trägergestützten Pflegewohngemeinschaften in Anspruch genommen werden kann.



## **Weiterentwicklung und Förderung neuer Wohnformen – § 45 f SGB XI**

Artikel 1, Nr. 19, Gesetzesbefehl S. 16, Begründung S. 80 f.

### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Mit 10 Mio. Euro sollen neue Wohnformen weiterentwickelt werden. Gefördert werden sollen Konzepte, die Alternativen zu stationären Einrichtungen ermöglichen und die eine Versorgung außerhalb der vollstationären Betreuung ermöglichen.

### **B) Stellungnahme**

Die Weiterentwicklung neuer Wohnformen begrüßt der bpa, wie bereits zu den Neuregelungen gem. § 38 a und 45 e SGB XI ausgeführt wurde. Entschieden weist der bpa aber jede Stigmatisierung stationärer Pflegeeinrichtungen zurück. Wichtig ist es, alternative Wohnformen weiterzuentwickeln, sich aber gleichzeitig zu den 717.000 Heimbewohnern, den 621.000 Beschäftigten in Heimen und den Betreibern der 11.600 stationären Einrichtungen zu bekennen. Es ist nicht zielführend, nur Alternativen zu den Pflegeheimen zu entwickeln, ohne gleichzeitig anzuerkennen, dass in manchen Situationen die umfassende Versorgung durch ein Heim schlicht notwendig ist und für den Pflegebedürftigen und die Angehörigen die beste und dem individuellen Bedarf entsprechende Lösung ist. Kontraindiziert sind dabei Ausführungen wie in der Begründung, nach der „die stationäre Pflege stark trägerorientiert“ sei. Es folgt der Vorwurf, dass im Heim eine zu starke Unterordnung in institutionalisierte Strukturen erzwungen werde und ein selbstbestimmtes Leben nicht möglich sei. Diese Einschätzungen, die die Gesetzesbegründung als pauschale Befürchtungen von Pflegebedürftigen und Angehörigen darstellt, weist der bpa in aller Entschiedenheit zurück.

Das Leben im Pflegeheim bietet die Sicherheit, an 365 Tagen im Jahr jeweils 24 Stunden auf Fachkräfte zugreifen zu können, die nicht nur im Notfall alle notwendige Unterstützung bieten. Heimbewohner werden in allen Bereichen unterstützt und entlastet, in denen sie Unterstützung brauchen. Niemand muss sich sorgen um regelmäßige Mahlzeiten, um eine sichere Wohnung, um eine zugewandte Pflege, um regelmäßige Ansprache oder um die Unterstützung beim Arztbesuch. Es ist genau diese Sicherheit, die im Pflegeheim gesucht wird, wenn sie in der eigenen Wohnung nicht mehr selbstverständlich ist und damit zum persönlichen Risiko wird.

Insofern ist es zu begrüßen, dass die Gesetzesbegründung auch stationäre Träger ausdrücklich auffordert, Konzepte neuer Wohnformen zu entwickeln und umzusetzen und festgestellt wird: „Hier liegen Chancen, die stationäre Pflege zu ergänzen, ohne deren Existenz zu gefährden“.

### **C) Änderungsvorschläge**

Die Weiterentwicklung neuer Wohnformen darf nicht auf die Alternativen für stationäre Pflege begrenzt werden. Daher werden folgende Änderungen von § 45 f Satz 1 und 2 SGB XI vorgeschlagen:

*<sup>1</sup>Zur wissenschaftlich gestützten Weiterentwicklung und Förderung neuer Wohnformen werden zusätzlich 10 Millionen Euro zur Verfügung gestellt.*

*<sup>2</sup>Dabei sind insbesondere solche Konzepte einzubeziehen, die es ~~alternativ zu stationären Einrichtungen~~ ermöglichen, ~~außerhalb der vollstationären Betreuung~~ bewohnerorientiert individuelle Versorgung anzubieten.*

## **Unterstützung des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen – § 52 Abs. 2 SGB XI**

Artikel 1, Nr. 21, Gesetzesbefehl S. 17, Begründung S. 82

### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die Landesverbände der Pflegekassen haben den Spitzenverband Bund der Pflegekassen bei der Erfüllung seiner Aufgaben zu unterstützen.

### **B) Stellungnahme**

Der bpa begrüßt die Neuregelung und schlägt darüber hinaus vor, dass auch die Bundesverbände der Pflegekassen verpflichtet werden, den Spitzenverband Bund der Pflegekassen bei der Erfüllung seiner Aufgaben zu unterstützen.

### **C) Änderungsvorschlag**

§ 52 Abs. 2 SGB XI wird wie folgt ergänzt:

*<sup>2</sup>Die Landesverbände haben insbesondere den Spitzenverband Bund der Pflegekassen bei der Erfüllung seiner Aufgaben zu unterstützen. Diese Verpflichtung gilt auch für die Bundesverbände der Pflegekassen.*

## **Richtlinien zur Qualitätssicherung der Qualitätsprüfungen – § 53 a SGB XI**

Artikel 1, Nr. 22, Gesetzesbefehl S. 17, Begründung S. 82

### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird ermächtigt, auch zur Qualitätssicherung der Qualitätsprüfungen nach den §§ 114 ff. Richtlinien zu erlassen.

### **B) Stellungnahme**

Der bpa geht davon aus, dass sich diese Richtlinien auf den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung beziehen und analoge Regelungen wie bei der Dienstleistungsorientierung im Begutachtungsverfahren (§ 18 a SGB XI) geschaffen werden sollen. Der bpa geht weiterhin davon aus, dass durch diese Richtlinien die Qualitätsprüfungsrichtlinien und das Verfahren zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nicht berührt werden und Gegenstand der Selbstverwaltung bleiben bzw. werden.

### **C) Änderungsvorschlag**

Um Missverständnisse auszuräumen, sollte die hier vorgeschlagene Regelung genauer erläutert werden. Dabei sollte auch die Einbeziehung der Privaten Pflegeversicherung gewährleistet werden.

## **Andere Gutachter bei Begutachtung von Pflegebedürftigkeit – § 53 b SGB XI**

Artikel 1, Nr. 23, Gesetzesbefehl S. 17, Begründung S. 82 f.

### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlässt Richtlinien zur Zusammenarbeit der Pflegekassen mit anderen unabhängigen Gutachtern. Dadurch soll eine einheitliche Begutachtungspraxis gewährleistet werden, auch wenn die Pflegekassen andere Gutachter als diejenigen des MDK beauftragen.

### **B) Stellungnahme**

Der bpa begrüßt die Neuregelung. Bisher erfolgen Begutachtungen ausschließlich durch die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK). Mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz fällt dieses Monopol (s. § 18 SGB XI) und es kann ein gewisser Wettbewerb entstehen, von dem der Antragsteller z.B. durch einen schnelleren Bescheid profitieren kann. Auch aus Wirtschaftlichkeitsgründen ist die Öffnung zu begrüßen. Um trotz weiterer Gutachter ein einheitliches Begutachtungsverfahren zu gewährleisten, erlässt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen entsprechende Richtlinien.

### **C) Änderungsvorschläge**

Keine.

## **Beitragssatzerhöhung – § 55 SGB XI**

Artikel 1, Nr. 24, Gesetzesbefehl S. 17 f., Begründung S. 83

### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Der Beitragssatz für die soziale Pflegeversicherung soll zum 01.01.2013 um 0,1 % steigen. Dadurch entstehen etwa 1,1 Mrd. Euro an Mehreinnahmen.

### **B) Stellungnahme**

Eine Anhebung des Beitragssatzes lediglich um 0,1 % ist aus Sicht des bpa in keiner Weise ausreichend, um die notwendigen Reformen in der Pflegeversicherung zu finanzieren. Die Pflegeversicherung steht vor großen Herausforderungen, die nur auf einer gesicherten finanziellen Grundlage bewältigt werden können und die auf keinen Fall aus den Rücklagen bestritten werden dürfen:

- Die Anzahl der Pflegebedürftigen wird in den nächsten Jahren weiter steigen. Nach Angaben des Bundesgesundheitsministeriums steigt die Zahl der Pflegebedürftigen zwischen den Jahren 2010 und 2020 um 400.000 Menschen (+16,5 %).
- Um eine schleichende Entwertung der Pflegeleistungen zu verhindern, ist eine regelmäßige Dynamisierung der Leistungen notwendig, die aber bisher nicht eingeplant ist.
- Bei Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs muss es einen dauerhaften Bestandsschutz für die bisher eingestuften Pflegebedürftigen und die bisherigen Leistungen gem. § 45 b und § 87 b SGB XI auf Grundlage einer Einstufung nach § 45 a SGB XI geben. Zudem werden mehr Menschen als bisher Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen können. Der Beirat zur Umsetzung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs hat die Kosten auf 3,6 Mrd. Euro eingeschätzt, wenn wichtige Verbesserungen damit realisiert werden sollen.

Der hieraus resultierende Finanzierungsbedarf in der Pflegeversicherung ist nicht durch die im Pflege-Neuausrichtungsgesetz vorgesehene Beitragssatzerhöhung gedeckt. Der bpa bedauert es, dass sich die Spitzen der Regierungskoalition nicht auf einen größeren Finanzierungsrahmen haben verständigen können. Dieses wäre ein wichtiges Signal an die Pflegebedürftigen, die Angehörigen, die Pflegekräfte und die Einrichtungen gewesen. Gerade angesichts von möglichen bzw. beabsichtigten Bei-

tragssatzsenkungen in der Kranken-, in der Renten- und in der Arbeitslosenversicherung wäre es durch eine deutlichere Anhebung des Beitragssatzes in der Pflegeversicherung unter dem Strich insgesamt nicht zu einer Anhebung der Sozialversicherungsbeiträge gekommen. Denn unabhängig von einer ergänzenden demografischen Komponente bei der Finanzierung der Pflegeversicherung, steht auch fest: Der laufende Finanzbedarf der Pflegeversicherung wird in den nächsten Jahren weiter steigen. Insofern trägt die im Pflege-Neuausrichtungsgesetz verankerte Beitragssatzsteigerung nur wenige Jahre und sichert keine nachhaltige Finanzierung.

### **C) Änderungsvorschlag**

Der Beitragssatz bedarf mittelfristig einer Anhebung um mindestens 0,5 %; er sollte kurzfristig im Rahmen des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes wenigstens um 0,2 % erhöht werden. Die damit verbundenen Lasten für die Beitragszahler sind angesichts der zunehmenden Anzahl der Pflegebedürftigen und der damit steigenden Zahl der Leistungsberechtigten gut zu vertreten.

## **Berufserfahrung der Pflegedienstleitung – § 71 Abs. 3 SGB XI**

Artikel 1, Nr. 26 b, Gesetzesbefehl S. 18, Begründung S. 84

### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

§ 71 Abs. 3 SGB XI legt die Voraussetzungen für eine Anerkennung als verantwortliche Pflegefachkraft (Pflegedienstleitung - PDL) fest. Dazu gehört auch eine praktische Berufserfahrung in einem Beruf als Pflegefachkraft von zwei Jahren. Bisher mussten diese zwei Jahre Berufserfahrung in einem Zeitraum von fünf Jahren vor Anerkennung als PDL nachgewiesen werden, künftig wird dieser Zeitraum auf acht Jahre verlängert.

### **B) Stellungnahme**

Der bpa begrüßt diese Regelung. Zu Recht verweist die Begründung darauf, dass dadurch insbesondere Berufswiedereinsteigern die Rückkehr in den Pflegeberuf erleichtert wird. Insbesondere angesichts des gravierenden Pflegefachkräftemangels ist das ein richtiges Signal.

### **C) Änderungsvorschläge**

Keine.



## **Gesamtversorgungsvertrag für „vor Ort“ verbundene Einrichtungen – § 72 Abs. 2 SGB XI**

Artikel 1, Nr. 27 a), Gesetzesbefehl S. 18, Begründung S. 84

### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Gesamtversorgungsverträge konnten bisher geschlossen werden für mehrere wirtschaftlich selbständig wirtschaftende Einheiten eines Pflegeeinrichtungsträgers, die örtlich und organisatorisch verbunden sind. Statt „örtlich und“ soll es nun „vor Ort“ heißen.

### **B) Stellungnahme**

Der bpa bittet um eine ausführlichere Begründung für diese Neuregelung. Aus der Gesetzesbegründung ist nicht ersichtlich, welche Verbesserung damit erreicht wird. Tenor sollte aber die faktische Unterstützung des Instrumentes der Gesamtversorgungsverträge sein.

### **C) Änderungsvorschläge**

Die Begründung muss erweitert werden.

## **Ortsübliche Vergütung – § 72 Abs. 3 SGB XI**

Artikel 1, Nr. 27 b), Gesetzesbefehl S. 18, Begründung S. 84 f.

### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die Verpflichtung zur Zahlung ortsüblicher Vergütung an die Beschäftigten von Pflegeeinrichtungen wird beschränkt auf diejenigen Arbeitnehmer, die nicht unter den Pflege-Mindestlohn fallen (beispielsweise Betreuungskräfte).

### **B) Stellungnahme**

Die Gesetzesbegründung bringt es auf den Punkt: „Durch die Einführung des Mindestlohns in der Pflege ist die mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz am 1. Juli 2008 in Kraft getretene Regelung über die Pflicht der Pflegeeinrichtungen zur Zahlung einer ortsüblichen Arbeitsvergütung für die Arbeitnehmer nicht mehr erforderlich, denen der Mindestlohn zu zahlen ist.“ Konsequenz wäre es, die entbehrliche Verpflichtung zur Zahlung ortsüblicher Löhne wieder aus dem Gesetz zu streichen. Denn:

- Angesichts des gravierenden Fachkräftemangels und der starken Nachfrage nach Pflegefachkräften besteht für diese in keiner Form die Gefahr eines Lohn-Dumpings. Diese Befürchtung war aber seinerzeit der Grund, die Verpflichtung auf die ortsübliche Vergütung in § 72 SGB XI aufzunehmen.
- In gleicher Weise gilt das für die Pflegehilfskräfte, denn für sie gilt der Pflege-Mindestlohn. Darauf weisen der Gesetzestext und die Begründung ausdrücklich hin.

Der bpa weist an dieser Stelle noch einmal auf seine grundsätzliche Kritik an dieser sehr weitgehenden Regelung hin:

Die Zahlung einer ortsüblichen Arbeitsvergütung an die Beschäftigten als Voraussetzung für die Zulassung durch Versorgungsvertrag ist systemfremd und widerspricht den Grundstrukturen des Leistungserbringungsrechts.

Schon bei der Frage der Zulassung wird der Einrichtungsträger ohne nachvollziehbaren Grund zur Offenbarung von Gestehungskosten und darüber hinaus zur Zahlung einer bestimmten Vergütung gezwungen: Vergütet er unter oder auch über „Tariflohn“ bzw. dem „allgemeinen örtlichen

Lohnniveau“, soll er keinen Anspruch mehr auf den Versorgungsvertrag haben. Sollte die Einrichtung, selbst kurzfristig oder vorübergehend, Personal beschäftigen, das nicht ortsüblich vergütet wird, wäre damit der Versorgungsvertrag – und so die Existenz der Pflegeeinrichtung – gefährdet. Für eine solche Verweigerung eines statusbegründenden Vertrages mit erheblicher Grundrechtsrelevanz allein aufgrund der an die Beschäftigten gezahlten Vergütung fehlt jede Rechtfertigung.

Entscheidend ist dabei, wie der unbestimmte Rechtsbegriff der ortsüblichen Arbeitsvergütung, der im Gesetzesbefehl nicht näher erläutert wird, zu interpretieren ist. Nach der seinerzeitigen Begründung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes ist dazu insbesondere der Tariflohn heranzuziehen. Damit wird auf der Basis der Tarifverträge eine Verpflichtung zur Entrichtung eines bestimmten Durchschnittlohns verankert. Faktisch wird damit den Tarifverträgen eine mittelbare Drittwirkung auch für Einrichtungen beigemessen, die in keiner Weise an den Tarifverträgen beteiligt sind. Durch die vorgesehene Regelung wird daher gegen die grundgesetzlich geschützte negative Koalitionsfreiheit verstoßen, einer (Tarif-) Koalition nicht beizutreten. Tarifverträge würden durch die beabsichtigte Neuregelung in verfassungswidriger Weise Drittwirkung entfalten, ohne dass die Betroffenen beteiligt würden.

Die Festsetzung eines deutlich über einem Mindestlohn liegenden gesetzlichen Durchschnittslohns über eine berufswahlregelnde Norm zur Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag ist abzulehnen und widerspricht den Grundprinzipien des SGB XI. Ebenso ist es abzulehnen, tariflich nicht gebundene Arbeitgeber abseits der zivilrechtlichen Frage einer angemessenen Vergütung faktisch einer Tarifbindung zu unterwerfen. Darüber hinaus hätte diese Unterwerfung zur Folge, dass die Pflegekassen vorrausichtlich maximal diese Kosten bei der Vergütungsfindung berücksichtigen würden. Tarifverträge, die über der ortsüblichen Vergütung liegen, würden ebenso wie übertarifliche Bezahlungen unberücksichtigt bleiben.

### **C) Änderungsvorschläge**

Die Regelungen zur Zahlung einer ortsüblichen Vergütung in § 72 Abs. 3 SGB XI sollte gestrichen werden:

*(3) <sup>1</sup>Versorgungsverträge dürfen nur mit Pflegeeinrichtungen abgeschlossen werden, die*

*1. den Anforderungen des § 71 genügen,*

~~2. die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung und Betreuung bieten sowie eine in Pflegeeinrichtungen ortsübliche Arbeitsvergütung an ihre Beschäftigten zahlen, soweit diese nicht von der Mindestlohnregelung entsprechend dem Gesetz über zwingende Arbeitsbedingungen für grenzüberschreitend entsandte und für regelmäßig im Inland beschäftigte Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen erfasst sind, ...~~

## **Einzelpflegekräfte – § 77 SGB XI**

Artikel 1, Nr. 28, Gesetzesbefehl S. 19, Begründung S. 85

### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Der Einsatz von Einzelpflegekräften wird ausgeweitet. Aus der bisherigen Kann-Vorschrift wird eine Soll-Vorschrift. In der Begründung heißt es sogar, dass künftig die Pflegekassen Verträge mit Einzelpflegekräften abschließen müssen, soweit dem keine konkreten Gründe entgegen stehen. Die bisherigen im Gesetz verankerten Voraussetzungen für den Einsatz von Einzelpflegekräften sollen entfallen.

### **B) Stellungnahme**

Der bpa lehnt diese Gesetzesänderung ab. Zwar anerkennt der bpa, dass im Vergleich mit dem Referentenentwurf einige besonders weitgehende Regelungen zu den Einzelpflegekräften wieder zurückgenommen wurden (insbesondere § 36 Abs. 1 a und § 77 Abs. 1 a SGB XI in der Fassung des Referentenentwurfs vom 20. Januar 2012) und hinsichtlich der Qualitätsanforderungen sowie deren Kontrolle zusätzliche Regelungen vergleichbar mit den für Pflegedienste aufgenommen wurden. Insofern wurde die Kritik des bpa berücksichtigt. Dieses spiegelt sich auch darin wider, dass Einzelpflegekräfte den Qualitätsanforderungen nach § 112 SGB XI unterliegen und mit dem Pflegebedürftigen einen Pflegevertrag nach § 120 SGB XI abzuschließen haben. Dieses ist prinzipiell richtig, aber für die zielgenaue Versorgung von Pflegebedürftigen in ambulanten Wohn- und Betreuungsformen bedarf es keiner Einzelpflegekräfte; vielmehr versorgen die rund 12.000 Pflegedienste mit ihren etwa 269.000 Beschäftigten die ambulant versorgten Pflegebedürftigen sicher, verlässlich und qualitätsgeprüft. Es ist also umgekehrt so, dass durch den verstärkten Einsatz der Einzelpflegekräfte erhebliche Probleme entstehen werden.

Ein gesichertes Versorgungssystem der ambulanten Pflege,

- das eine jederzeitige Versorgung der Pflegebedürftigen in ihrer Häuslichkeit sicherstellt,
- das auch zu ungünstigen Zeiten und ggf. rund um die Uhr Leistungen vorhält,
- und bedarfsgerecht ist,

kann nur von zugelassenen Pflegediensten gewährleistet werden, aber nicht von Einzelpflegekräften. Daher ist es erforderlich, den Leistungsbe-

reich der Pflegedienste, der die ambulante Leistung sicherstellt, zu stärken und auszubauen.

Wie bereits ausgeführt geht der bpa in Übereinstimmung mit dem hierzu vorliegenden Rechtsgutachten davon aus, dass Einzelpflegekräfte in aller Regel ausschließlich in einem Haushalt bzw. einer Wohngemeinschaft tätig werden, und damit der Status der Selbstständigkeit nicht gegeben ist. Folglich handelt es sich regelhaft um eine Scheinbeschäftigung mit erheblichen sozialversicherungs- und arbeitsrechtlichen Konsequenzen für die Pflegebedürftigen und auch die Pflegekassen.

Vor dem Hintergrund dieser Auswirkungen plädiert der bpa nachdrücklich für die Streichung des Paragraphen und gegen jede Erleichterung von Vertragsabschlüssen mit Einzelpflegekräften.

### **C) Änderungsvorschlag**

Die Neuregelung in § 77 SGB XI ist ersatzlos zu streichen. Die bisherigen Regelungen zu den Einzelpflegekräften sichern die notwendige Versorgung im Einzelfall hinreichend.

## Investitionskosten – § 82 SGB XI

– neu – Artikel 1, Nr. 30 a

### A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Urteile des Bundessozialgerichts (BSG) vom 09.08.2011 (Aktenzeichen B 3 P 4/10 R; B 3 P 2/11 R; B 3 P 3/11 R; B 3 P 6/10 R) erfordern eine Reform des § 82 SGB XI, um auch künftig eine gerechte Lastenverteilung unter den Pflegebedürftigen, einen fairen Wettbewerb unter den Pflegeeinrichtungen und die Versorgungssicherheit in der Pflege zu wahren.

### B) Stellungnahme

Die Urteile des BSG machen deutlich, dass es bisher bundesweit weitgehend einheitlich zur Vereinbarung oder Festlegung von Investitionsbeträgen kam, deren hinterlegte Systematik den Anforderungen der höchstrichterlichen Rechtsprechung offenbar nicht gerecht wird. Insofern bieten sich zumindest zwei Möglichkeiten an:

- Entweder sind sämtliche vereinbarte Investitionsbeträge zu überprüfen und ggf. anzupassen, wobei sich sowohl die Verteilung der Kosten als auch die zuständigen Vertragspartner ändern würden. Der damit verbundene Aufwand ist für alle unüberschaubar groß, die Auswirkungen sind nicht zu überblicken und können die Finanzierung der bestehenden pflegerischen Infrastruktur massiv gefährden. Zudem wären ständige Folgeänderungen zwangsläufig, die außerdem zu einer aus Bewohnersicht nicht nachvollziehbaren schwankenden finanziellen Belastung führen würden.
- Alternativ wäre die gesetzliche Regelung der bundesweit einheitlichen Auslegung der bisherigen Umsetzung anzupassen. Statt der ausschließlichen Berücksichtigung von Aufwendungen würde klargestellt, dass ein angemessenes Entgelt umgelegt werden kann. Vermieden würde durch die Bestätigung der bisherigen Vereinbarungs- und Berechnungspraxis sowie der Bestätigung auch der Schiedsstellenpraxis der immense Aufwand eines Systemwechsels, die Gefährdung der Finanzierung der Infrastruktur, die ungleichmäßige Belastung der Bewohnerinnen und Bewohner und die Einbeziehung weiterer Verhandlungs- und Vertragspartner (Pflegekassen), die ob ihrer gedeckelten Leistungsbeträge finanziell nicht vom Ergebnis betroffen wären.

**Aus Sicht des bpa ist eine gesetzliche Klarstellung dringend und kurzfristig notwendig.** Diese soll entweder im Rahmen des jetzigen Gesetzgebungsverfahrens erfolgen oder aber eigenständig. Ein klares politisches Signal wird benötigt, da ansonsten bis Ende 2012 wohl sämtliche einschlägigen Landesgesetze zu ändern wären und z.B. die Berücksichtigung von Eigenkapitalverzinsung oder Pauschalen für die Instandhaltungskosten strittig wären. Den Trägern der Pflegeheime ginge jegliche Planungssicherheit verloren mit ggf. dramatischen Konsequenzen für die pflegerische Infrastruktur und damit nicht nur für die Sicherung der getätigten Investitionen, sondern auch für die Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner und die Sicherung der Arbeitsplätze. Insofern besteht dringender Handlungsbedarf. Dieser dürfte sich nach unserer Einschätzung nicht nur auf die im Eigentum betriebenen Pflegeheime beziehen, sondern vor dem Hintergrund der Angemessenheitsprüfung der Pachtverträge auch erhebliche Auswirkungen auf Pachteinrichtungen bewirken können, auch wenn dort völlig unstrittig die Aufwendungen mit der vereinbarten und bisher mit dem Sozialhilfeträger als wirtschaftlich und sparsam anerkannten Höhe nachgewiesen werden kann.

### C) Änderungsvorschläge

Der bpa schlägt vor, § 82 Abs. 3 und 4 SGB XI daher wie folgt zu ändern:

3) Soweit betriebsnotwendige Investitionsaufwendungen nach Absatz 2 Nr. 1 oder **Aufwendungen für** Miete, Pacht, Nutzung oder Mitbenutzung von Gebäuden oder sonstige abschreibungsfähige Anlagegüter nach Absatz 2 Nr. 3 durch öffentliche Förderung gemäß § 9 nicht vollständig gedeckt sind, kann die Pflegeeinrichtung diesen Teil ~~der Aufwendungen~~ **der Investitionen einschließlich einer angemessenen Eigenkapitalverzinsung** den Pflegebedürftigen gesondert berechnen. Gleiches gilt, soweit die **Aufwendungen Investitionen** nach Satz 1 vom Land durch Darlehen oder sonstige rückzahlbare Zuschüsse gefördert werden. Die gesonderte Berechnung bedarf der Zustimmung der zuständigen Landesbehörde; das Nähere hierzu, insbesondere auch zu Art, Höhe und Laufzeit sowie die Verteilung der gesondert berechenbaren **Aufwendungen Investitionsbeträge** auf die Pflegebedürftigen, wird durch Landesrecht bestimmt. **Im Rahmen der Berechnung des Investitionsbetrages können kalkulatorische Beträge und Wagniszuschläge pauschal berücksichtigt werden. Der Auslastungsgrad kann pauschal bestimmt werden.**

(4) Pflegeeinrichtungen, die nicht nach Landesrecht gefördert werden, können **für** ihre betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen **nach § 82 Absatz 2 Nr. 1, 2 und 3 einschließlich einer angemessenen Eigenkapitalverzinsung** den Pflegebedürftigen **ein angemessenes Entgelt** ohne Zustimmung der zuständigen Landesbehörde gesondert berechnen. **Im Rahmen der Berechnung des Investitionsbetrages können kalku-**



**latorische Beträge und Wagniszuschläge pauschal berücksichtigt werden. Der Auslastungsgrad kann pauschal bestimmt werden.** Die gesonderte Berechnung ist der zuständigen Landesbehörde mitzuteilen.

## **Aufwandsentschädigungen für ehrenamtliche Personen – § 82 b Abs. 2 SGB XI**

Artikel 1, Nr. 31, Gesetzesbefehl S. 19 f., Begründung S. 86

### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Mit der Ergänzung von § 82 b SGB XI soll klargestellt werden, dass Pflegeeinrichtungen den bei ihnen ehrenamtlich engagierten Personen für ihre Tätigkeit eine Vergütung zahlen können. Diese soll für die Unterstützung bei allgemeinen Pflegeleistungen gewährt werden.

### **B) Stellungnahme**

Eine Förderung des ehrenamtlichen Engagements wird vom bpa grundsätzlich begrüßt. Eine Regelung hingegen, die unter dem Deckmantel der Förderung ehrenamtlicher Unterstützungsleistungen einer **weiteren Wettbewerbsverzerrung** im Verhältnis der privatgewerblichen und gemeinnützigen Pflegeanbieter Vorschub leistet, muss entschieden abgelehnt werden. Während im Referentenentwurf in § 84 Abs. 3 SGB XI die Förderung des bürgerschaftlichen Engagements noch an die Entlastung des Pflegeheims von allgemeinen Pflegeleistungen – und damit Regelleistungen – gekoppelt war, soll mit der jetzt vorgesehenen Regelung des Gesetzentwurfs nur noch ehrenamtliches Engagement als „ergänzende“ Unterstützung gefördert werden. Die Regelung im Referentenentwurf war auf die scharfe Kritik des bpa gestoßen und ist in dieser Form nicht mehr im Gesetzentwurf enthalten. Das anerkennt der bpa.

Über die von Pflegeeinrichtungen notwendig zu erbringenden Leistungen hinaus kann die Unterstützung durch ehrenamtlich engagierte Menschen einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der sozialen Teilhabe pflegebedürftiger Menschen leisten. Die Zahlung einer angemessenen Aufwandsentschädigung für ein solches ehrenamtliches Engagement ist auch aus Sicht des bpa grundsätzlich ein probates Mittel, um dieses Engagement zu befördern. Allerdings ist die **Zahlung einer Aufwandsentschädigung für ehrenamtlich tätige Personen privatgewerblichen Einrichtungen verwehrt**. Steuer- und sozialabgabenfreie Aufwandsentschädigungen nach § 3 Nr. 26 EStG können nur von gemeinnützigen Einrichtungen gewährt werden; entsprechende Zahlungen privatgewerblicher Einrichtungen für das ehrenamtliche Engagement zum Wohle der Pflegebedürftigen wären steuer- und sozialversicherungspflichtiges Arbeitsentgelt. Der Wettbewerbsvorteil ist damit der Hälfte aller Einrichtungen, die die Versorgung Pflegebedürftiger in der Bundesrepublik sicherstellen, von vornherein verwehrt. Dies verzerrt nicht nur den Wettbewerb der Pflegeeinrichtungen un-

tereinander, sondern ist darüber hinaus keine Förderung, sondern **Verhinderung ehrenamtlichen Engagements**.

**Für Anbieter von Pflegeleistungen mit vergleichbarem Leistungsspektrum müssen steuerlich gleiche Rahmenbedingungen für den Einsatz von ehrenamtlichen Helfern gelten. Eine Differenzierung nach Trägergruppen (öffentliche, freigemeinnützige oder private) muss vermieden werden.**

**§ 82 b Abs. 2 SGB XI dient der Schaffung weiterer Wettbewerbsvorteile für Einrichtungen der Freien Wohlfahrtspflege und ist aus Sicht des bpa ersatzlos zu streichen.**

### **C) Änderungsvorschlag**

Die Neuregelung von § 82 b SGB XI wird ersatzlos gestrichen.

Zur Förderung des ehrenamtlichen Engagements ist die Steuerfreiheit der Aufwandsentschädigung nach § 3 Nr. 26 EStG und die damit verbundene Beitragsfreiheit in der Sozialversicherung auch bei ehrenamtlichen Tätigkeiten in privatgewerblichen Einrichtungen zu ermöglichen.

## **Entbürokratisierung der Vergütungsfindung – §§ 84, 85 und 89 SGB XI**

Artikel 1, Nr. 32 und 36 a, §§ 84 Abs. 2 Satz 4 und § 89 Abs. 1 Satz 3 SGB XI

### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Es soll klargestellt werden, dass die Pflegesätze für Pflegeheime (§ 84 Abs. 2 SGB XI) und die Vergütung für Pflegedienste (§ 89 Abs. 1 SGB XI) es bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen müssen, die jeweiligen Personalaufwendungen zu finanzieren. In der Begründung wird darauf hingewiesen, dass die Zahlung von Tariflöhnen ausdrücklich als wirtschaftliche Betriebsführung gilt.

### **B) Stellungnahme**

Aus Sicht des bpa sollte im Rahmen der anstehenden SGB XI-Reform die Gelegenheit nicht ungenutzt verstreichen, die Vergütungsfindung in der Pflegeversicherung deutlich zu entbürokratisieren. Die in den §§ 84 und 89 SGB XI vorgesehenen Neuregelungen sind jedoch nicht geeignet, den infolge der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts aus dem Jahr 2009 aufgetretenen Schwierigkeiten bei Vergütungsverhandlungen hinreichend wirksam zu begegnen und den Wettbewerb zu fördern.

Die Sicherstellung der Versorgung pflegebedürftiger Menschen auch in Zukunft bedarf nicht der Rückkehr zum Selbstkostendeckungsprinzip, sondern des Erhalts der Wettbewerbsfähigkeit der Pflegeeinrichtungen durch leistungsgerechte Vergütung. Diese ist nicht damit zu erreichen, dass Lohnkosten, die im Rahmen der Pflegevergütung den größten Ausgabenblock darstellen, lediglich zum „durchlaufenden Posten“ werden. Nicht die „Zahlung von Tariflöhnen“, sondern bereits die Kalkulation aufgrund von tarifvertraglichen oder tarifvertragsähnlichen Regelungen muss ausdrücklich als wirtschaftlich angemessen anerkannt werden. Sicherzustellen ist, dass jeder ambulanten und stationären Einrichtung ein Budget ermöglicht wird, mit dem sie auch bei der Gewinnung von Fachpersonal wettbewerbsfähig bleiben kann.

Darüber hinaus sind die in § 84 Abs. 2 Satz 4 und § 89 Abs. 1 Satz 3 geplanten Einschübe zumindest missverständlich. Die Vergütungen sollen bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, Personalaufwendungen zu finanzieren; es stellt sich die Frage, ob die ebenfalls erforderliche Finanzierung von Sachaufwendungen damit ins Belieben der Kostenträger gestellt wird. Das nach der Gesetzesbegründung erklärte Ziel der Vermeidung unnötiger Sozialgerichtsverfahren wird so nicht erreichbar sein.

Die Vergütungsfindung soll seit den Entscheidungen des BSG vom 29.01.2009 über ein aufwändiges, mehrstufiges Verfahren erfolgen, das im Ergebnis mit einer Rückkehr zum Selbstkostendeckungsprinzip verbunden ist und dem marktorientierten Versorgungskonzept des SGB XI widerspricht. Dies wird mit den im Gesetzentwurf vorgesehenen Ergänzungen der §§ 84 Abs. 2 und 89 Abs. 1 zulasten der Wettbewerbsfähigkeit der Pflegeeinrichtungen zusätzlich befördert.

Der bpa hat deshalb die nachfolgenden Vorschläge entwickelt, die die Vergütungsfindung wesentlich entbürokratisieren und gleichzeitig die Leistungsgerechtigkeit der Vergütung ermöglichen können.

### **C) Änderungsvorschläge**

#### **Zu § 84**

##### a) Orientierung an durchschnittlichen Entgelten der Vergleichsgruppe

Das BSG unterstellt, dass Pflegesatz- und Entgeltforderungen im unteren Drittel der vergleichsweise ermittelten Pflegesätze/Entgelte als ohne weiteres wirtschaftlich gelten, während bei höheren Vergütungsforderungen zunächst einmal Unwirtschaftlichkeit vermutet wird, die die Einrichtung zu Rechtfertigungen und Nachweisen zwingt.

Die obere Grenze des unteren Drittels ist jedoch eine mehr oder minder zufällige Größe. Ob eine Einrichtung mit ihren Vergütungsforderungen als zunächst per se wirtschaftlich oder unwirtschaftlich gilt, ist abhängig von den Gegebenheiten der günstigsten Einrichtung. Ein „Ausreißer“ nach unten, der unter einem betriebswirtschaftlichen Blickwinkel wohl eher die Vermutung einer unwirtschaftlichen Betriebsführung nahe legen würde, ist ausschlaggebend für die Drittelgrenze, deren Überschreitung im Zweifel zu einer Pflicht der Pflegeeinrichtungen zur Offenbarung von Betriebsgeheimnissen führt.

Das BSG entnimmt die „Drittelgrenze“ einem Rechtsgedanken aus § 35 Abs. 5 Satz 4 SGB V, nach dem der Festbetrag für Arzneimittel in einer der Festbetragsgruppen nach § 35 Abs. 1 SGB V „den höchsten Abgabepreis des unteren Drittels des Intervalls zwischen dem niedrigsten und dem höchsten Preis einer Standardpackung nicht übersteigen“ soll. Die Beurteilung von Pflegesatzforderungen ist jedoch in Interessenlage und Systematik mit der Festbetragsregelung für Arzneimittel nicht vergleichbar. Die Pflegesatzvereinbarungen sind seit Einführung der Pflegeversicherung Gegenstand interessenausgleichender Vereinbarungen zwischen Pflegeeinrichtungen und Kostenträgern als Sachwaltern der Versicherteninteressen gewesen und nicht - wie auf dem Arzneimittelmarkt - von den

jeweiligen Arzneimittelherstellern frei festgesetzte Preise. Das „Vollkaskoprinzip“ im SGB V hielt Versicherte mangels eigener Kostenbelastung grundsätzlich nicht zu einem wirtschaftlichen Verhalten in dem Sinne an, dass ein möglichst kostengünstiges Arzneimittel gewählt wird. Dass in diesem Bereich mit einer Drittelregelung bei Festbeträgen einer unbeschränkten Kostenentwicklung nach oben Einhalt geboten werden musste, ist nachvollziehbar, jedoch nicht zu vergleichen mit der Ausgangslage im Bereich der Pflegeversicherung. Diese „Teilkaskoversicherung“ führt stets zu Eigenbelastungen der Pflegebedürftigen, die schon vor diesem Hintergrund den Preis zu einem Kriterium bei der Auswahl der Pflegeeinrichtung machen. Letztendlich liegt für die Vergütungsfindung im SGB XI der Vergleich mit dem Recht der Wirtschaftlichkeitsprüfung der Ärzte, bei dem es auf eine Durchschnittsbetrachtung ankommt, wesentlich näher.

b) Entlastung von unnötigem Verwaltungsaufwand bei Vergütungsvereinbarungen

Die zwar als Bestandteil der Vergütungsvereinbarung, jedoch gleichwohl ausdrückliche Festlegung der wesentlichen Leistungs- und Qualitätsmerkmale der Einrichtung ist angesichts der üblichen entsprechenden rahmenvertraglichen Festlegungen für Einrichtungen ohne besonderen Versorgungsauftrag verzichtbar und lediglich bei Spezialeinrichtungen, deren Merkmale von den Festlegungen des Rahmenvertrages abweichen, erforderlich. Eine entsprechende Ergänzung des Absatzes 5 soll die Einrichtungen von unnötigem Verwaltungsaufwand entlasten.

c) Vergütungszuschläge für Härtefälle

Seit der letzten Reform der Pflegeversicherung ist in § 84 Abs. 1 S. 2 SGB XI klargestellt, dass neben der Vereinbarung der Pflegesätze für die Pflegeklassen 1 bis 3 auch die Vereinbarung eines Pflegesatzes für Härtefälle möglich ist. Härtefälle zeichnen sich durch einen außergewöhnlich hohen und intensiven Pflegeaufwand aus, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt. Die Vereinbarung von Vergütungszuschlägen für solche Härtefälle ist bisher als „Kann-Regelung“ gestaltet; um Diskussionen über eine Verpflichtung der Kostenträger zur Finanzierung härtefallbedingter Mehrleistungen der Einrichtungen und gleichzeitigen Entlastung der betroffenen Pflegebedürftigen in Zukunft zu vermeiden, ist die Regelung des § 84 Abs. 1 S. 2 2. Hs. SGB XI aus Sicht des bpa zukünftig als „Muss-Regelung“ zu gestalten.

**Änderungsvorschlag zu § 84**

Der bpa schlägt eine Änderung der Absätze 2 und 5 vor; aufgrund der Geltung der Grundsätze der Vergütungsfindung für den stationären Bereich auch im ambulanten Bereich ist § 89 Absatz 3 Satz 4 entsprechend anzupassen (siehe dort).

(1) unverändert

(2) *1Die Pflegesätze müssen leistungsgerecht sein. 2Sie sind nach dem Versorgungsaufwand, den der Pflegebedürftige nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit benötigt, in drei Pflegeklassen einzuteilen; für Pflegebedürftige, die als Härtefall anerkannt sind, ~~werden können~~ Zuschläge zum Pflegesatz der Pflegeklasse 3 zumindest bis zur Höhe des kalendertäglichen Unterschiedsbetrages vereinbart ~~werden~~, der sich aus § 43 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 und 4 ergibt. 3Bei der Zuordnung der Pflegebedürftigen zu den Pflegeklassen sind die Pflegestufen gemäß § 15 zugrunde zu legen, soweit nicht nach der gemeinsamen Beurteilung des Medizinischen Dienstes und der Pflegeleitung des Pflegeheims die Zuordnung zu einer anderen Pflegeklasse notwendig oder ausreichend ist. 4Die Pflegesätze müssen einem Pflegeheim bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, ~~seine Personalaufwendungen zu finanzieren und~~ seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen. 5Überschüsse verbleiben dem Pflegeheim; Verluste sind von ihm zu tragen. 6Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität ist zu beachten. 7Bei der Bemessung der Pflegesätze einer Pflegeeinrichtung ~~können die~~ ist der Durchschnitt der Pflegesätze derjenigen Pflegeeinrichtungen, die nach ~~ihrer Art und Größe~~ sowie hinsichtlich der in Absatz 5 genannten Leistungs- und Qualitätsmerkmale im Wesentlichen gleichartig sind, als stets wirtschaftlich angemessen berücksichtigt werden zu berücksichtigen. 8Überschreitungen sind, soweit sie erheblich sind, gesondert zu begründen und insbesondere dann wirtschaftlich angemessen, wenn sie sich kalkulatorisch auf tarifvertragliche oder tarifvertragsähnliche Regelungen stützen lassen.*

(3) unverändert

(4) unverändert

(5) *In der Pflegesatzvereinbarung sind die wesentlichen Leistungs- und Qualitätsmerkmale der Einrichtung festzulegen, sofern diese von den Festlegungen im jeweiligen Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI abweichen. Hierzu gehören insbesondere*

1. die Zuordnung des voraussichtlich zu versorgenden Personenkreises sowie Art, Inhalt und Umfang der Leistungen, die von der Einrichtung während des nächsten Pflegesatzzeitraums erwartet

werden,

*2. die von der Einrichtung für den voraussichtlich zu versorgenden Personenkreis individuell vorzuhaltende personelle Ausstattung, gegliedert nach Berufsgruppen, sowie*

*3. Art und Umfang der Ausstattung der Einrichtung mit Verbrauchsgütern (§ 82 Abs. 2 Nr. 1).*

(6) unverändert

## **Zu § 85**

### a) Nachweispflichten der Pflegeeinrichtung

Zu den Regelungen für die Bemessung der Vergütung gehört nach § 84 Abs. 2 SGB XI der Grundsatz, dass Überschüsse dem Pflegeheim bleiben und Verluste von ihm zu tragen sind. Den Pflegeeinrichtungen können nicht einerseits mit der Prospektivität der Pflegesätze erhebliche unternehmerische Risiken aufgebürdet und andererseits Offenbarungspflichten auferlegt werden, die nur bei Praktizierung des Selbstkostendeckungsprinzips zu rechtfertigen wären. Das Recht zur Forderung von Selbstkostennachweisen nach der Interpretation des § 85 Abs. 3 durch die Kostenträger infolge der BSG-Entscheidungen kommt einem Ausforschungsbeweis nahe, der tief in die wirtschaftliche Betätigungsfreiheit der Einrichtungen eingreift. Mit dem Preis- und Leistungsvergleich nach § 84 Abs. 2 in der vorgeschlagenen Neufassung kann die Angemessenheit der Pflegevergütung regelmäßig ohne diesen unverhältnismäßigen Eingriff in die Unternehmensfreiheit festgestellt werden. In § 85 Abs. 3 ist daher klarzustellen, dass Kostennachweise nur im Ausnahmefall verlangt werden können.

### b) Vereinfachtes Pflegesatzverfahren

Die vom BSG neu entwickelte Systematik zur Ermittlung einer leistungsgerechten Pflegevergütung führt mit ihrem mehrstufigen Verfahren wiederum zu einem großen bürokratischen Aufwand sowohl auf Einrichtungs- wie auf Kostenträgerseite. Die damit einhergehenden Belastungen und Auseinandersetzungen sind sinnvollerweise so gering wie möglich zu halten. Bereits in der Vergangenheit sind in Bundesländern vereinfachte Verfahren zur Fortentwicklung bereits vereinbarter Pflegesätze und Entgelte durchgeführt worden; orientiert etwa an allgemeinen Kostensteigerungsraten wurden den Pflegeeinrichtungen pauschale Erhöhungen angeboten. Den Einrichtungen stand dabei offen, das Angebot etwa aus Wettbewerbsgründen nicht anzunehmen oder Einzelverhandlungen zu führen. Über die Zulässigkeit dieser Praxis ist nach den Urteilen des BSG vom



29.01.2009 erhebliche Verunsicherung eingetreten.

Dabei entsprechen diese vereinfachten Verfahren dem Interesse aller Pflegesatzparteien an möglichst unbürokratischen Pflegesatzverhandlungen ebenso wie den gesetzlichen Vorgaben zur Vergütungsermittlung auch nach aktueller Lesart des Bundessozialgerichts. Besteht eine Pflegesatz- bzw. Entgeltvereinbarung zwischen den Vertragsparteien, ist im Grundsatz von der Richtigkeit auszugehen (Vermutung der Richtigkeit der Vorvereinbarung, st. Rspr. des BSG, Urteil vom 30.10.1963 - 6 RKa 4/62 - ; Urteil vom 19.03.1997 - 6 RKa 36/96 - ; Urteil vom 16.07.2003 - B 6 KA 29/02 R - ; LSG Hessen, Urteil vom 10.12.2003 - L 7 KA 4456/00 -). Unabweisbare Kostensteigerungen, die bspw. das Statistische Bundesamt ausweist, entsprechen aufgrund ihrer Unabweisbarkeit stets den Grundsätzen wirtschaftlicher Betriebsführung. Die Möglichkeit zur Vereinbarung pauschaler Erhöhungen auch auf regionaler Ebene widerspricht dabei auch nicht dem Grundsatz, dass die Pflegesatzvereinbarung für jede Einrichtung gesondert abzuschließen ist; sie führt nicht zu Einheitspreisen, sondern sattelt auf einrichtungsindividuell bestehenden Vereinbarungen auf.

Der bpa schlägt daher vor, dieses Verfahren mit einem neu einzufügenden Absatz 3 a ausdrücklich in § 85 SGB XI zu verankern. Gleichzeitig sollte in § 85 Abs. 4 SGB XI die Verpflichtung zum unverzüglichen Abschluss der Pflegesatzvereinbarung gesetzlich explizit betont werden; in der Praxis sind die Einrichtungen häufig trotz Einigung in der Sache mit Verzögerungen durch die Kostenträgerseite konfrontiert.

### **Änderungsvorschlag zu § 85**

(1) unverändert

(2) unverändert

(3) *1Die Pflegesatzvereinbarung ist im Voraus, vor Beginn der jeweiligen Wirtschaftsperiode des Pflegeheims, für einen zukünftigen Zeitraum (Pflegesatzzeitraum) zu treffen. 2Das Pflegeheim hat durch eine Kalkulation Art, Inhalt, Umfang und erwartete Kosten der Leistungen, für die es eine Vergütung beansprucht, durch Pflegedokumentationen und andere geeignete Nachweise rechtzeitig vor Beginn der Pflegesatzverhandlungen darzulegen; es hat außerdem die schriftliche Stellungnahme der nach heimrechtlichen Vorschriften vorgesehenen Interessenvertretung der Bewohnerinnen und Bewohner beizufügen. 3Soweit dies auch unter Berücksichtigung der Bemessungsgrundsätze nach § 84 Abs. 2 Sätze 7 und 8 zur Beurteilung seiner Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit im Einzelfall erforderlich ist, hat das Pflegeheim auf Verlangen einer Vertragspartei zusätzliche Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. 4Hierzu gehören auch pflegesatzerhebliche Angaben zum Jahresabschluss entspre-*

~~ehend den Grundsätzen ordnungsgemäßer Pflegebuchführung, zur personellen und sachlichen Ausstattung des Pflegeheims einschließlich der Kosten sowie zur tatsächlichen Stellenbesetzung und Eingruppierung. 5 Personenbezogene Daten sind zu anonymisieren.~~

(3a) Abweichend von Absatz 3 können die Vertragsparteien auf Vorschlag der Pflegesatzkommission für einen künftigen Pflegesatzzeitraum auch pauschale Veränderungen vereinbarter Pflegesätze in angemessener Höhe einvernehmlich festlegen; die Verpflichtung zur Vorlage der schriftlichen Stellungnahme der nach heimrechtlichen Vorschriften vorgesehenen Interessenvertretung der Bewohnerinnen und Bewohner bleibt unberührt.

(4) 1 Die Pflegesatzvereinbarung kommt durch Einigung zwischen dem Träger des Pflegeheimes und der Mehrheit der Kostenträger nach Absatz 2 Satz 1 zustande, die an der Pflegesatzverhandlung teilgenommen haben. 2 Sie ist unverzüglich schriftlich abzuschließen. 3 Soweit die Vertragsparteien sich bei den Pflegesatzverhandlungen durch Dritte vertreten lassen, haben diese vor Verhandlungsbeginn den übrigen Vertragsparteien eine schriftliche Verhandlungs- und Abschlussvollmacht vorzulegen.

(5) bis (7) unverändert

### **Zu § 89 – Bemessungsgrundsätze für die Vergütung ambulanter Pflegeleistungen**

Die Bemessungsgrundsätze in § 84 Abs. 2 Sätze 7 und 8 werden in § 89 für ambulante Pflegeleistungen für entsprechend anwendbar erklärt (zum Änderungsbedarf bei § 89 Abs. 3 im Hinblick auf die vorgesehene Vergütung ambulanter Sachleistungen nach Zeitaufwand siehe gesonderte Stellungnahme zu § 89)

### **Änderungsvorschlag zu § 89**

(1) Die Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung wird, soweit nicht die Gebührenordnung nach § 90 Anwendung findet, zwischen dem Träger des Pflegedienstes und den Leistungsträgern nach Absatz 2 für alle Pflegebedürftigen nach einheitlichen Grundsätzen vereinbart. Sie muss leistungsgerecht sein. Die Vergütung muss einem Pflegedienst bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, ~~seine Personalaufwendungen zu finanzieren und seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen; eine Differenzierung in der Vergütung nach Kostenträgern ist unzulässig.~~

(2) unverändert

(3) <sup>1</sup>Die Vergütungen können, je nach Art und Umfang der Pflegeleistung,

*nach dem dafür erforderlichen Zeitaufwand oder unabhängig vom Zeitaufwand nach dem Leistungsinhalt des jeweiligen Pflegeeinsatzes, nach Komplexleistungen oder in Ausnahmefällen auch nach Einzelleistungen bemessen werden; die Vergütung von Leistungen der häuslichen Betreuung nach § 124 ist mit Wirkung ab dem 1. Januar 2013 nach Zeitaufwand zu bemessen, sonstige Leistungen wie hauswirtschaftliche Versorgung, Behördengänge oder Fahrkosten können auch mit Pauschalen vergütet werden. <sup>2</sup>Die Vergütungen haben zu berücksichtigen, dass Leistungen von mehreren Pflegebedürftigen gemeinsam abgerufen und in Anspruch genommen werden können; die sich aus einer gemeinsamen Leistungsanspruchnahme ergebenden Zeit- und Kostenersparnisse kommen den Pflegebedürftigen zugute. <sup>3</sup>Darüber hinaus sind auch Vergütungen für Betreuungsleistungen nach § 36 Abs. 1 zu vereinbaren. <sup>4</sup>§ 84 Abs. 2 Sätze 7 und 8, Abs. 4 Satz 2, § 85 Abs. 3 bis 7 und § 86 gelten entsprechend.*

## **Berechnung von Verpflegungsentgelten nur an Tagen der Inanspruchnahme und Heimentgelt – §§ 87 SGB und 87 a SGB XI**

Artikel 1, Nr. 33 und 34, Gesetzesbefehl S. 20, Begründung S. 87

### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

§ 87 soll um die Regelung ergänzt werden, dass Entgelte für Verpflegung nur für Tage berechnet werden dürfen, an denen Verpflegung in Anspruch genommen wurde. Gleichzeitig wird damit die auf die Verpflegung bezogene Abschlagsregelung des § 87a Abs. 1 S. 7 für obsolet gehalten und gestrichen.

### **B) Stellungnahme**

Der bpa steht diesen Änderungen aus zweierlei Gründen besonders kritisch gegenüber: Zum einen beruft sich die Gesetzesbegründung zur Ergänzung des § 87 SGB XI auf die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes (BGH) und lässt dabei ganz grundlegende Aussagen des höchsten deutschen Zivilgerichts ebenso wie bewährte Entgeltbemessungsgrundsätze des SGB XI vollkommen außer Acht. Zum anderen ist vor den bürokratischen und gesundheitlichen Folgen einer offenbar gewünschten Einzelmahlzeitenabrechnung dringend zu warnen.

Der Vereinbarung der Entgelte liegt im SGB XI eine vorausschauende Sicht zugrunde; die benötigten Leistungen, die prinzipiell durch Personal- und Sachmittel vorzuhalten sind, und ihre Honorierung lassen sich nicht unter Berücksichtigung der individuellen Verhältnisse jedes einzelnen Heimbewohners festlegen. Ob der Heimbewohner alle angebotenen Leistungen in Anspruch nimmt, vermag den Vergütungsanspruch der Einrichtung grundsätzlich nicht zu beeinflussen. Das verlangen auch nach Ansicht des Bundesgerichtshofes (III ZR 68/03) schon kalkulatorische Überlegungen, die das Heim zur Vorhaltung der Leistungen und Dienste verpflichten. Dies gilt im Grundsatz sowohl für die allgemeinen Pflegeleistungen als auch für die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung. Hinsichtlich der Verpflegungsleistungen sieht der BGH nur insofern eine Besonderheit, als sich die Einrichtung beim Lebensmitteleinkauf *„in Zeiten längerer Abwesenheit darauf einstellen kann, dass die Verpflegung nicht abgenommen wird“*. Gleiches gelte, wenn aus gesundheitlichen Gründen über einen längeren Zeitraum nur eine Sondenernährung vorgenommen und die im Heimvertrag vorgesehene Kostform nicht verabreicht werden könne. Der entscheidende Gesichtspunkt für die Erstattung ersparter Aufwendungen bei Verpflegungsleistungen ist für den Bundesgerichtshof, dass das Heim bei einer Reduzierung des Entgelts keine Einbußen erleidet,

weil es sich beim Einkauf der Lebensmittel entsprechend darauf einrichten kann.

Daraus folgt zum einen, dass unter zivilrechtlichen Gesichtspunkten eine Nichtberechnung von Verpflegungsleistungen von vornherein nur dort in Betracht kommt, wo sich die Einrichtung beim Lebensmitteleinkauf auf die Nichtinanspruchnahme der Verpflegung einstellen kann; zum anderen folgt daraus, dass Personalmittel in diesem Bereich gleichwohl vorzuhalten sind und nicht eingespart werden können und insofern lediglich eine Nichtberechnung des sog. Rohverpflegungssatzes in Betracht kommt. Mit den vorgesehenen Änderungen der §§ 87, 87a SGB XI werden diese Grundsätze eklatant missachtet. Zu berücksichtigen ist auch, dass unverändert bisher zwischen den Vertragsparteien für Haupt- und Zwischenmahlzeiten keine gesonderten Entgelte vereinbart werden und erst recht der sog. Rohverpflegungssatz nicht separat vereinbart wird. Die gewünschte Differenzierungsmöglichkeit auf einem Niveau von etwa 4,40 € täglich für den kompletten Lebensmitteleinsatz ist insofern zu überdenken.

Der bpa befürchtet darüber hinaus, dass unabhängig von zivilrechtlichen Fragen mit der Änderung des § 87 SGB XI ein weiterer **Paradigmenwechsel** einhergehen soll. Die Ergänzung des Gesetzestextes und die Gesetzesbegründung lassen befürchten, dass nunmehr im Verpflegungsbereich in stationären Pflegeeinrichtungen eine **Einzelmahlzeitenabrechnung** beabsichtigt ist („Die Änderung ... stellt ausdrücklich klar, dass Pflegebedürftigen nur dann Verpflegungskosten berechnet werden dürfen, soweit sie an den jeweiligen Tagen Verpflegung in Anspruch genommen haben....“).

Das Pflegeheim ist weiterhin verpflichtet, sämtliche Haupt- und Zwischenmahlzeiten sowie Getränke vorzuhalten, zuzubereiten und anzubieten, darf aber nur die Mahlzeiten und Getränke berechnen, die tatsächlich verzehrt worden sind. **Offen bleibt die Frage, wie der tatsächliche Verzehr erfasst werden soll.** Soll dafür eine zusätzliche Bürokraft eingestellt werden, die genau erfasst, welcher Bewohner wann welche Mahlzeit zu sich nimmt? Soll hinter jedem Bewohner ein Mitarbeiter stehen, der erfasst, ob an diesem Tag der Nachtschicht gegessen wurde oder wie viele Tassen Kaffee am Nachmittag getrunken wurden? Die hier vorgeschlagene Regelung missachtet vollständig die Lebenswelt und -wirklichkeit in stationären Einrichtungen. Zudem werden durch diese Regelung die kontinuierlichen Bemühungen der stationären Einrichtungen um eine ausgewogene Ernährung und notwendige Flüssigkeitszufuhr torpediert, denn jede nicht eingenommene Mahlzeit und jedes nicht getrunkene Getränk bekommt so für den Pflegebedürftigen einen ganz eigenen finanziellen Reiz.

Eine Vergütung nach Einzelleistungen wäre ein Novum in der stationären Pflege. Sofern diese tatsächlich gewünscht wäre, böten sich hierfür behandlungspflegerische Leistungen der Krankenversicherung an. Der Ver-

waltungsaufwand der vorgesehenen Regelung dürfte unverhältnismäßig sein, zumal die gesicherte Versorgung vorgehalten werden müsste.

### **C) Änderungsvorschlag**

Aus Sicht des bpa sind die Änderungen der §§ 87, 87a SGB XI ersatzlos zu streichen.

## **Zusätzliche Betreuungskräfte in der Tagespflege – § 87 b SGB XI**

Artikel 1, Nr. 35 a, Gesetzesbefehl S. 20, Begründung S. 87 ff.

### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Zusätzliche Betreuungskräfte für Menschen mit dementiellen Erkrankungen sollen künftig auch in der Tagespflege eingesetzt werden können. Dabei kann es sich auch um geringfügig Beschäftigte handeln.

### **B) Stellungnahme**

Der bpa begrüßt, dass zusätzliche Betreuungskräfte im Sinne von § 87 b nunmehr auch in teilstationären Einrichtungen eingesetzt werden können und so auch den Tages- und Nachtpflegegästen mit einem erheblichen Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung ein ergänzendes Angebot zur Betreuung und Aktivierung gemacht werden kann.

Besonders hilfreich ist auch, dass in Einrichtungen der Tagespflege auch geringfügig Beschäftigte als zusätzliche Betreuungskräfte eingesetzt werden können. Damit wird der besonderen Situation in dieser Versorgungsform Rechnung getragen. Der bpa hatte hierauf in seiner Stellungnahme zum Referentenentwurf hingewiesen und ist erfreut, dass dieser Vorschlag umgesetzt wurde.

Darüber hinaus sieht der bpa weiteren Korrekturbedarf.

Anders als in vollstationären Pflegeeinrichtungen ist die Gruppe der in einer Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung Versorgten nicht konstant, sondern wechselt in ihrer Zusammensetzung täglich. Die dauerhafte, konstante Inanspruchnahme der teilstationären Pflegeleistungen durch einen Pflegebedürftigen an jedem Tag der Woche bzw. an allen Öffnungstagen ist die absolute Ausnahme. Nach Erkenntnissen des bpa nehmen Tagespflegegäste die Leistungen der Einrichtung nur an durchschnittlich zwei Wochentagen in Anspruch, die Inanspruchnahme von Gästen mit einer Einstufung nach § 45a SGB XI liegt sogar unter zwei Tagen. Bei Krankheit oder anderweitigen Terminen werden auch vertraglich vereinbarte „Pflege-tage“ nicht wahrgenommen, zudem liegt die Auslastung zwischen 80 und 85 %. Mit dem täglichen Wechsel der versorgten Pflegebedürftigen und der regelmäßig täglich anders zusammengesetzten Gruppe der Versorgten wechseln auch die Pflegebedürftigen, die von einer eingeschränkten Alltagskompetenz betroffen sind. Schließlich kommt hinzu, dass die Fluktuation der versorgten Klientel insgesamt deutlich größer ist als in vollsta-

tionären Einrichtungen, da die Tages- und Nachtpflege Gäste ihren Lebensmittelpunkt weiterhin in der eigenen Häuslichkeit haben und ein Einrichtungswechsel oder ein Wechsel der Versorgungsform vor diesem Hintergrund eher häufiger stattfindet.

Damit begegnet nicht nur die Gestaltung der zusätzlichen Betreuungsleistungen im Hinblick auf die Herstellung von Kontinuität und Vertrautheit in teilstationären Einrichtungen besonderen Herausforderungen; die geschilderte, besondere Belegungssituation erfordert auch eine praktikable und möglichst unbürokratische Umsetzung bei der Vereinbarung und Abrechnung der Vergütungszuschläge. Teilstationäre Einrichtungen sind in besonderem Maße auf eine verlässliche Kalkulationsgrundlage und eine unabhängig vom täglichen Wechsel der Personen und der Zahl der Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz kontinuierliche Ausstattung mit zusätzlichen Betreuungskräften angewiesen, wenn sie die zusätzlichen Betreuungsleistungen im Sinne einer weiteren Förderung und Stabilisierung der betroffenen Pflegebedürftigen gewährleisten und insbesondere ein tägliches Angebot mit einem/einer zumindest geringfügig beschäftigten Mitarbeiter/in vorhalten sollen.

Aus Sicht des bpa sollte daher die Zahlung eines monatlichen Vergütungszuschlages für Tages- bzw. Nachtpflege Gäste zugunsten der Kalkulationssicherheit und Planbarkeit des Personaleinsatzes unabhängig von der konkreten Zahl der monatlichen Anwesenheitstage erfolgen, solange die teilstationäre Leistung an wenigstens vier Tagen im Kalendermonat in Anspruch genommen wird.

Nachdem die in § 87b Abs. 1 S. 1 in Bezug genommenen Regelungen des § 87a auf teilstationäre Einrichtungen nicht ohne weiteres anwendbar sind und die Terminologie des § 87b (z.B. „Heimbewohner“, „Heimvertrag“) für die teilstationäre Versorgungssituation ohnehin nicht recht passend ist, bietet sich aus Sicht des bpa die Regelung der Vergütungszuschläge für diese Einrichtungen in einem gesonderten Absatz 1a an.

Darüber hinaus setzt der bpa sich auch für eine weitere Verbesserung der Lebenssituation von Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz in den Pflegeheimen ein. Eine spürbare Entlastung würde durch die Verbesserung des Betreuungsverhältnisses von 1:25 auf neu 1:20 erreicht werden.

### **C) Änderungsvorschlag**

§ 87 b SGB XI wird wie folgt geändert:

(1) Vollstationäre Pflegeeinrichtungen haben ...



...

*3.) die Vergütungszuschläge auf der Grundlage vereinbart werden, dass in der Regel für jeden Heimbewohner mit erheblichem allgemeinem Bedarf an Beaufsichtigung und Betreuung der zwanzigste Teil der Personalaufwendungen für eine zusätzliche Vollzeitkraft finanziert wird und*

*... (im Übrigen unverändert)*

*(1a) Auf teilstationäre Pflegeeinrichtungen findet Absatz 1 mit der Maßgabe entsprechende Anwendung, dass monatliche Vergütungszuschläge auf der Grundlage vereinbart werden, dass in der Regel für jeden Einrichtungsgast mit erheblichem allgemeinem Bedarf an Beaufsichtigung und Betreuung der fünfundzwanzigste Teil der Personalaufwendungen für eine zusätzliche Vollzeitkraft finanziert wird. Dabei ist von der Pflegekasse der vollständige monatliche Vergütungszuschlag für jede Person mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz im Sinne des § 45a zu zahlen, die an wenigstens vier Tagen im Kalendermonat die Leistungen der teilstationären Einrichtung in Anspruch nimmt. Das zusätzlich eingesetzte Betreuungspersonal kann auch geringfügig beschäftigt werden.*

## Vergütung ambulanter Sachleistungen nach Zeitaufwand – § 89 SGB XI

Artikel 1, Nr. 36 b, Gesetzesbefehl S. 21, Begründung S. 89

### A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Vergütungen der ambulanten Pflegeleistungen sind ab 1. Januar 2013 nach Zeitaufwand oder nach Leistungskomplexen oder in Ausnahmefällen nach Einzelleistungen zu bemessen.

### B) Stellungnahme

Der bpa anerkennt die Bemühungen des Gesetzentwurfs um eine konsequente Entbürokratisierung und Flexibilisierung der Leistungen. Ein Aufbrechen der Abrechnung nur nach Leistungskomplexen ist allerdings bereits gegenwärtig grundsätzlich möglich. Die hier in § 89 SGB XI vorgesehenen alternativen Vergütungsformen, die beliebig veränderbar sind und keinerlei Planungssicherheit bieten, sind zu weitgehend. In der Praxis wird es schlicht nicht durchführbar sein, jederzeit einen Wechsel zwischen einer Abrechnung nach Zeit oder Leistungskomplexen umzusetzen. **Die Neuregelung bedeutet auch, dass der Pflegedienste immer zwei Abrechnungsmöglichkeiten anbieten muss.** Es geht also nicht darum, dass künftig Zeitkontingente vereinbart werden *können*, wie es der Bundesminister für Gesundheit u.a. am 26. April 2012 im Deutschen Bundestag dargestellt hat (Deutscher Bundestag, 17. Wahlperiode, Protokoll der 175. Sitzung, S. 20606).

Unter Abwägung der bestehenden Interessenlagen und der Praktikabilität ist eine Abrechnung der **Betreuungsleistungen** gem. § 124 SGB XI nach Zeitaufwand vorstellbar. Bei **pflegerischen Leistungen** jederzeit einen Wechsel von Leistungskomplexen auf Zeiteinheiten zu ermöglichen, ist in der Praxis nicht umsetzbar, würde zu Mitnahmeeffekten führen und jegliche Tourenplanung völlig verunmöglichen. Konkret würde das im Extremfall bedeuten, dass ein Pflegebedürftiger während eines Einsatzes, der nach Leistungskomplexen erfolgt, plötzlich eine Umstellung auf eine Stundenvergütung wünscht, weil es seinem persönlichen Bedürfnis entspricht. Eine solche Situation wäre durch die Neuregelung von § 89 insbesondere in Verbindung mit § 120 SGB XI gedeckt. Wie soll dann ein solcher Einsatz abgerechnet werden, der zunächst auf der Grundlage von Leistungskomplexen begonnen wurde und der dann auf eine Zeitvergütung umgestellt wurde?

Weiterhin stellt sich die Frage, wie die Nebenleistungen im Rahmen der

Zeitbemessung zur Abrechnung gebracht werden sollen, z.B. wenn der Pflegebedürftige das Führen der Pflegedokumentation nicht als Leistung anerkennt und folglich auch nicht bezahlen will. Die Einführung der Zeitbemessung darf nicht zur Minutenpflege werden und in der „Rennpflege“ gipfeln, Zeittakte müssen zumindest berücksichtigungsfähig sein. Die fehlende Möglichkeit, den Leistungen einen durchschnittlichen Aufwand sowie das jeweils entsprechend qualifizierte Personal zuzuordnen, wird die Kosten für die Leistung deutlich erhöhen. Auch droht ein wichtiges Ziel des Gesetzentwurfs, eine weitergehende Entbürokratisierung, zunichte gemacht zu werden, denn ein Wechsel von einer Vergütungsart zur nächsten wird einen massiven Verwaltungsaufwand nach sich ziehen.

Zudem stellen sich ganz praktische Fragen für die Pflegekraft beim Pflegebedürftigen vor Ort: Wenn ein Pflegebedürftiger eine Abrechnung nach Zeit wünscht und z.B. eine zusätzliche halbe Stunde Leistungen in Anspruch nimmt, was ist dann mit dem Pflegebedürftigen, der von der Pflegekraft als nächstes versorgt werden muss? Muss dieser dann ggf. eine halbe Stunde länger auf sein Essen warten? Was ist, wenn mehrere Pflegebedürftige bei einer Tour der Pflegekraft umfangreichere (längere) Leistungen wünschen? Muss der Pflegebedürftige, der dann als letzter von der Pflegekraft versorgt wird, die Verzögerung in Kauf nehmen, weil andere von ihrem Recht auf flexible Leistungsanspruchnahme Gebrauch gemacht haben? Da viele Pflegebedürftige auch auf Medikamente angewiesen sind, die zu festgelegten Zeiten zwingend eingenommen werden müssen (beispielsweise Parkinson-Patienten), müssen die Pflegekräfte auch zwingend zu den festgelegten Uhrzeiten bei ihnen sein. Eine Verzögerung aufgrund eines zeitlich verlängerten Einsatzes ist ihnen nicht zuzumuten.

### C) Änderungsvorschlag

Der bpa plädiert daher nachdrücklich dafür, nur für Betreuungsleistungen nach § 124 SGB XI eine alternative Vergütungsvereinbarung nach Zeitaufwand zu ermöglichen. Bei den Leistungen der häuslichen Pflegevergütung sollte entweder grundsätzlich eine Vergütung nach Leistungskomplexen **oder** nach Zeitaufwand erfolgen. Es darf aber keine Option auf einen permanenten Wechsel geben. Dazu legt auch die Begründung zu § 120 SGB XI fest, dass ein Wechsel der Vergütungsform immer nur für die Zukunft erfolgen kann. Deswegen sollte § 89 Abs. 3 SGB XI in seiner bisherigen Fassung erhalten und mit folgenden Ergänzungen versehen werden (zur Notwendigkeit der Ergänzungen in Absatz 4 siehe Stellungnahme zu § 84):

*(3) <sup>1</sup>Die Vergütungen können, je nach Art und Umfang der Pflegeleistung, nach dem dafür erforderlichen Zeitaufwand oder unabhängig vom Zeitaufwand nach dem Leistungsinhalt des jeweiligen Pflegeeinsatzes, nach*

*Komplexleistungen oder in Ausnahmefällen auch nach Einzelleistungen bemessen werden; die Vergütung von Leistungen der häuslichen Betreuung nach § 124 ist mit Wirkung ab dem 1. Januar 2013 nach Zeitaufwand zu bemessen, sonstige Leistungen wie hauswirtschaftliche Versorgung, Behördengänge oder Fahrkosten können auch mit Pauschalen vergütet werden. <sup>2</sup>Die Vergütungen haben zu berücksichtigen, dass Leistungen von mehreren Pflegebedürftigen gemeinsam abgerufen und in Anspruch genommen werden können; die sich aus einer gemeinsamen Leistungsanspruchnahme ergebenden Zeit- und Kostenersparnisse kommen den Pflegebedürftigen zugute. <sup>3</sup>Darüber hinaus sind auch Vergütungen für Betreuungsleistungen nach § 36 Abs. 1 zu vereinbaren. <sup>4</sup>§ 84 Abs. 2 Sätze 7 und 8, Abs. 4 Satz 2, § 85 Abs. 3 bis 7 und § 86 gelten entsprechend.*

## **Kostenerstattung – § 91 SGB XI**

– neu – Artikel 1, Nr. 36 a

### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Der bpa schlägt vor, in § 91 SGB XI auf die Beschränkung der Kostenersatzpflicht der Pflegekassen auf 80% der im Gesetz genannten pauschalen Leistungsbeträge zu verzichten.

### **B) Stellungnahme**

Bei der Kostenerstattungsregelung nach § 91 SGB XI besteht folgendes Problem: Pflegebedürftige Versicherte erhalten bei gleichen Voraussetzungen je nach vergütungsbezogener Vertragslage der gewählten Einrichtung niedrigere Leistungsbeträge der Pflegeversicherung und werden so ohne sachlichen Grund in ihrer Wahlfreiheit nach § 2 Abs. 2 eingeschränkt.

Die Pflegevergütung wird im Allgemeinen zwischen den Vertragsparteien nach §§ 85 Abs. 2 und 89 Abs. 2 vereinbart; kommt eine solche Vereinbarung nicht zustande, können die Pflegeeinrichtungen die Vergütung für ihre Leistungen unmittelbar mit den Pflegebedürftigen vereinbaren. Für diesen Fall sieht § 91 die Kostenerstattung durch die Pflegekassen hinsichtlich der pflegebedingten Aufwendungen vor. Allerdings werden bisher maximal 80% des Betrages erstattet, den die Pflegekasse nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit des Pflegebedürftigen zu zahlen hätte, wenn eine Pflegesatzvereinbarung bestünde.

Diese Regelung schränkt durch die Belastung mit einem erheblich höheren finanziellen Eigenanteil die Wahlfreiheit derjenigen Versicherten ein, die sich von einer zugelassenen Pflegeeinrichtung betreuen lassen möchten, die nicht über eine Vergütungsvereinbarung nach §§ 85, 89 SGB XI verfügt. Für diese Ungleichbehandlung von Versicherten besteht indes kein sachlicher Grund.

Eine Kostenerstattung ist zum einen nur möglich, wenn die gewählte Einrichtung durch einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Pflegekassen zugelassen ist. Eine Einrichtung ohne Pflegesatzvereinbarung bietet also ohne Unterschied zu einer Einrichtung mit Pflegesatzvereinbarung die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung sowie die Erfüllung aller weiteren gesetzlichen Anforderungen des § 72 Abs. 2.

Eine bis zur Höhe der Leistungsbeträge nach dem Dritten Abschnitt des Vierten Kapitels ungedeckelte Erstattung führt zum anderen nicht zu einer Mehrbelastung der öffentlichen Kostenträger. Preisvereinbarungen zwischen Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftigen, die ohne Beteiligung der Kostenträger getroffen werden, sollen nicht zulasten des Sozialhilfeträgers gehen. Aus diesem Grund ist nach § 91 Abs. 2 S. 3 die Funktion des Sozialhilfeträgers als nachrangiger Kostenträger ausgesetzt; ihm ist es untersagt, über die von der Pflegekasse zu leistende Kostenerstattung hinausgehende Beträge zu übernehmen. Diese Regelung bietet die Gewähr dafür, dass die Versorgung von Pflegebedürftigen durch Einrichtungen ohne Vergütungsvereinbarung auch in Zukunft die Ausnahme bleiben wird. Macht jedoch ein Versicherter von seiner durch § 2 gewährleisteten Wahlfreiheit zugunsten einer solchen Ausnahme Gebrauch, besteht für eine Sanktionierung der Ausübung dieses Rechtes durch „Strafabzug“ beim Leistungsbetrag der Pflegekasse kein sachlicher Grund.

### C) Änderungsvorschlag

Der bpa schlägt vor, in § 91 Abs. 2 SGB XI auf die Beschränkung der Kostenerstattungspflicht der Pflegekassen auf 80% der im Gesetz genannten pauschalen Leistungsbeträge zu verzichten und so die Gleichbehandlung der Pflegebedürftigen unabhängig von der vergütungsbezogenen Vertragslage der gewählten zugelassenen Pflegeeinrichtungen herzustellen.

*(2) <sup>1</sup>Den Pflegebedürftigen werden die ihnen von den Einrichtungen nach Absatz 1 berechneten Kosten für die pflegebedingten Aufwendungen erstattet. <sup>2</sup>Die Erstattung darf jedoch ~~80 vom Hundert des Betrages den Betrag~~ nicht überschreiten, den die Pflegekasse für den einzelnen Pflegebedürftigen nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit nach dem Dritten Abschnitt des Vierten Kapitels zu leisten hat. <sup>3</sup>Eine weitergehende Kostenerstattung durch einen Träger der Sozialhilfe ist unzulässig.*

## **Einschaltung von Rechenzentren für die Abrechnung von Pflegediensten – § 105 SGB XI**

Artikel 1, Nr. 39, Gesetzesbefehl S. 21, Begründung S. 90

### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Pflegedienste werden ermächtigt, für die Abrechnung von Leistungen der häuslichen Pflege Rechenzentren einzuschalten.

### **B) Stellungnahme**

Aufgrund eines Urteils des Bundessozialgerichts (Entscheidung vom 10.12.2008, Az.: B 6 KA 37/07) zur datenschutzrechtlichen Zulässigkeit der Nutzung von externen Abrechnungsstellen für ambulant erbrachte Krankenhausleistungen hat sich auch die Frage gestellt, inwieweit es für Pflegedienste einer ausdrücklichen gesetzlichen Ermächtigung bedarf, für die Abrechnung von Leistungen der Pflegeversicherung Rechenzentren in Anspruch zu nehmen.

Das Bundessozialgericht (BSG) hatte entschieden, dass trotz einer schriftlichen Einwilligung der Betroffenen die Weitergabe von Patientendaten an externe Unternehmen zum Zwecke der Abrechnung unzulässig sei, weil im Leistungssystem des SGB V die Einschaltung von externen Abrechnungsstellen nur ausnahmsweise vorgesehen wäre. Die schriftliche Einwilligung der Patienten reiche ebenfalls nicht aus, da der Sozialdatenschutz in den Regelungen der Sozialgesetzbücher insofern seine abschließende Regelung gefunden habe. Das BSG bemerkte insofern eine Regelungslücke zu den Ausnahmenvorschriften der §§ 300 Abs. 2 und 302 Abs. 2 SGB V und überließ es dem Gesetzgeber, hier eine ergänzende Vorschrift zu schaffen.

Der bpa hatte sich nach diesem Urteil an das Bundesministerium für Gesundheit gewendet und darauf hinweisen, dass das Urteil auch für die Pflege Auswirkungen haben kann. Für Leistungen nach SGB V ist mit § 302 Abs. 2 SGB V schon bisher eine Inanspruchnahme von externen Rechenzentren für die Abrechnung und die damit verbundene Weitergabe von Daten zulässig und üblich. Jedoch fehlt für Leistungen gem. SGB XI eine ausdrückliche Regelung.

Da mit dem Urteil des BSG diese Abrechnungsmöglichkeit in Frage gestellt wurde, hat der bpa den Gesetzgeber um eine entsprechende Ergänzung von § 105 SGB XI gebeten, die mit der vorliegenden Regelung umgesetzt wird.

Diese wird vom bpa nachdrücklich begrüßt.

Denn es besteht in der Praxis der Pflegedienste ein dringendes Bedürfnis nach der Nutzung von externen Abrechnungsunternehmen. Viele kleine und mittelgroße Betriebe verfügen nicht über die sachlichen und personellen Ressourcen, um selbst die Abrechnung der Leistungen mit den Pflegekassen zu übernehmen. Dies gilt insbesondere im Hinblick auf die aufwendige elektronische Aufbereitung der Daten im Rahmen des Datenträgeraustausches nach § 105 Abs. 2 SGB XI. Externe Abrechnungsstellen können diese Aufgabe vielfach schneller und kostengünstiger erledigen. Eine Auslagerung der Abrechnung erscheint hier oftmals als einzig wirtschaftlich vertretbare Lösung. Es bestehen insofern auch keine Datenschutzbedenken, wie die Regelungen des § 302 Abs. 2 S. 3 und 4 SGB V zeigen.

### **C) Änderungsvorschläge**

Keine.



## Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität – § 113 SGB XI

PNG Artikel 1, Nr. 41, Gesetzesbefehl S. 22, Begründung S. 91 und Änderungsantrag 2 der Fraktionen CDU/CSU und FDP zum PNG, Ausschussdrucksache 17(14)0269, S. 3

### A) Beabsichtigte Neuregelungen

Der Gesetzentwurf sieht vor:

Das Inkrafttreten wird klargestellt. Die Grundsätze und Maßstäbe gelten vom ersten Tag des auf die Veröffentlichung folgenden Monats. Außerdem wird festgelegt, dass bei Nichteinigung die Schiedsstelle nach einer Frist von sechs Monaten nach Verhandlungsaufforderung angerufen werden kann.

Der Änderungsantrag sieht vor:

Die Maßstäbe und Grundsätze sollen auch Anforderungen an ein indikatorengestütztes Verfahren zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität im stationären Bereich enthalten.

### B) Stellungnahme

Der bpa begrüßt die Klarstellungen, weist zugleich aber auf weiteren Korrekturbedarf hin.

#### 1.) Wichtige redaktionelle Klarstellung

In § 113 Abs. 1 Satz 2 SGB XI heißt es künftig:

„Die Vereinbarungen sind im Bundesanzeiger zu veröffentlichen und gelten vom ersten Tag des auf die Veröffentlichung folgenden Monats.“

Die in Satz 2 erwähnten Vereinbarungen beziehen sich aber auf § 113 Abs. 1 Satz 1 SGB XI, der wie folgt lautet:

*„Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene vereinbaren **bis zum 31. März 2009** gemeinsam und einheitlich ... Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären*

*Pflege ...“*

Da die Satz 1 genannten Vereinbarungen geschlossen worden sind, besteht die Gefahr einer Rechtsunsicherheit. Die mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz vorgesehenen Änderungen könnten ins Leere laufen, weil sie sich womöglich nur auf die bereits beschlossenen Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe beziehen, aber nicht mehr auf künftige Änderungen dieser. Deswegen sollte aus Sicht des bpa sichergestellt werden, dass die in § 113 Abs. 1 SGB XI genannten Regelungen auch für Folgevereinbarungen gelten.

## **2.) Anforderungen an ein indikatorengestütztes Verfahren zur Messung von Ergebnisqualität in der Pflege**

Die vorgeschlagene Ergänzung durch den Änderungsantrag der Regierungsfractionen wird grundsätzlich durch den bpa begrüßt. Damit wird ein Anliegen aufgegriffen, das der bpa bereits in seiner Stellungnahme zum Referentenentwurf thematisiert hatte.

Unter den Vertragspartnern der Pflge­transparenzvereinbarung (PTVs und PTVa) bestand bei Abschluss der Vereinbarung Einvernehmen, diese Vereinbarung anzupassen, sobald pflegewissenschaftlich gesicherte Erkenntnisse über Indikatoren der Ergebnis- und Lebensqualität vorliegen.

Dabei war klar, dass für den stationären Bereich (PTVs) insbesondere das vom Bundesministerium für Gesundheit und vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geplante „Modellprojekt Messung Ergebnisqualität in der stationären Altenpflege“ zu berücksichtigen ist, dessen Ergebnisse mittlerweile vorliegen. Um weiter an der Umsetzung zu arbeiten, ist es notwendig, hierzu die gesetzlichen Grundlagen zu schaffen und das im Beirat des Modellversuchs für erforderliche gehaltene weitere Modellprojekt für den ambulanten Bereich in Auftrag zu geben.

Um eine rasche Umsetzung zu gewährleisten, bedarf es hier ergänzend eines Datums, bis zu dem die Anforderungen bestimmt sein müssen. Dazu unterbreitet der bpa einen entsprechenden Vorschlag.

Zur rechtssicheren Umsetzung ist es auch eine entsprechende Änderung in § 114 Abs. 3 SGB XI und bei den Pflge­transparenzvereinbarungen (PTV) gem. § 115 SGB XI aufzunehmen. Hierzu hat der bpa die entsprechenden Änderungsvorschläge vorgelegt.

### 3.) Definition und Beteiligung der maßgeblichen Verbände der Pflegeeinrichtungen

Über die bisher im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen hinaus setzt sich der bpa dafür ein, künftig in § 113 SGB XI sowie an weiteren Stellen nur die „**maßgeblichen**“ Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene an den Vereinbarungen des SGB XI zu beteiligen sind. Als maßgeblicher Verband auf Bundesebene soll gelten, wer

- in 75 % der Bundesländer (also 12 der 16 Länder) mindestens
- 5 % der jeweiligen Pflegeeinrichtungen repräsentiert.
- Sofern sich Vereinbarungen nur auf den ambulanten Bereich oder nur auf den stationären Bereich beziehen, sollen die 5 % jeweils für den jeweiligen Bereich Anwendung finden.

#### Begründung:

In der deutschen Pflegelandschaft gibt es eine Vielzahl verschieden strukturierter Interessengruppen, deren Zielsetzung, Mitgliederaufkommen und Organisationsgrad sehr unterschiedlich stark ausgeprägt sind. Nicht wenige dieser Vereinigungen sind rein regionale Interessenvertretungen. Andere Verbände repräsentieren gezielt nur Anbieter bestimmter Versorgungsbereiche, etwa nur ambulante Pflegedienste oder aber lediglich Träger stationärer Pflegeeinrichtungen. Vereinsrechtlich ist es jeder noch so kleinen Vereinigung frei gestellt, sich satzungsmäßig als Bundesverband darzustellen – unabhängig davon, in welchem tatsächlichen Ausmaß sie Mitglieder über das gesamte Bundesgebiet vertritt.

Diese Rechtslage birgt beim gegenwärtigen Wortlaut von § 113 Abs. 1 SGB XI die **Gefahr einer latenten Rechtsunsicherheit in Bezug auf das rechtmäßige Zustandekommen** der zu entwickelnden Vereinbarungen, da während der Entwicklung und auch noch danach kleine und regionale Verbände über eine entsprechend gestaltete Satzung eine Bundesvertretung für sich reklamieren könnten und mit Anzeige ihrer fehlenden Beteiligung am Entwicklungsprozess die Rechtmäßigkeit zustande gekommener Vereinbarungen in Frage stellen könnten.

Um dieser Gefahr adäquat entgegenzuwirken, sollte durch eine **Definition maßgeblicher Trägervereinigungen von Pflegeeinrichtungen** die Arbeitsfähigkeit der hierbei mitgestaltenden Trägervereinigungen auf einer rechtssicheren Grundlage gesetzlich klargestellt werden.

Mit einer **Repräsentanz in ¾ aller Bundesländer** wird sichergestellt, dass nicht begrenzte, sektorale Interessen vertreten werden, sondern eine übergeordnete, auf die Verhältnisse der Mehrzahl aller Pflegeanbieter im

Bundesgebiet angepasste Vertretung erfolgt.

Über das **Quorum von lediglich 5 % an Mitgliedern im jeweiligen Bundesland** wird in quantitativer Hinsicht einerseits ein Mindestmaß an Interessenwahrnehmung sichergestellt und andererseits auch kleineren Vereinigungen neben größeren Verbänden mit deutlich mehr Mitgliedern bei gleichem Stimmgewicht die Teilnahme auf Bundesebene ermöglicht. Ein solches Quorum ist dem SGB XI auch nicht unbekannt. Bereits in den Vergütungsbestimmungen zu den §§ 85 Abs. 2 und 89 Abs. 2 SGB XI ist aus Gründen der Arbeitsfähigkeit und Praktikabilität auf Seiten der Kostenträger ein Quote von 5 % gesetzlich eingeführt worden und hat sich seither grundsätzlich bewährt.

In diesem Zusammenhang kommt es darüber hinaus wesentlich darauf an, dass Trägervereinigungen, die die **Interessen lediglich eines der beiden Versorgungsgebiete (stationär oder ambulant) wahrnehmen**, auch nur in dem jeweiligen Versorgungsbereich als Trägerverband auf Bundesebene einbezogen werden. Schließlich soll durch eine angemessene Beteiligung entsprechend sachkundiger Organisationen die fachliche Nähe in Bezug auf die zu regelnde Materie gewährleistet werden. Das ist bislang nicht im ausreichenden Maße der Fall.

Für Verbände, die die Voraussetzungen einer maßgeblichen Trägervereinigung nicht erfüllen, schlägt der bpa ein Beteiligungsrecht vor.

### C) Änderungsvorschläge

Der bpa schlägt vor, das in § 113 Abs. 1 Satz 1 SGB XI genannte Datum zu streichen und nur die maßgeblichen Verbände der Pflegeeinrichtungen zu beteiligen:

(1) <sup>1</sup>Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und die **maßgeblichen Verbände** der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene vereinbaren ~~bis zum 31. März 2009~~ gemeinsam und einheitlich ~~unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V., der Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen sowie unabhängiger Sachverständiger~~ Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Pflege sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements, das auf eine stetige Sicherung

und Weiterentwicklung der Pflegequalität ausgerichtet ist. <sup>2</sup>**Ein Verband der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene ist maßgeblich im Sinne des Elften Kapitels, wenn er in wenigstens fünfundsiebzig vom Hundert der Bundesländer jeweils wenigstens fünf vom Hundert aller zugelassenen Pflegeeinrichtungen vertritt.** <sup>3</sup>**Soweit Vereinbarungen für die ambulante und die stationäre Pflege gesondert getroffen werden, ist für die Beurteilung der Maßgeblichkeit nach Satz 2 auf die für den jeweiligen Versorgungsbereich zugelassenen Pflegeeinrichtungen abzustellen.** <sup>4</sup>**Die Vereinbarungen sind unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V., der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, welche die Anforderungen nach den Sätzen 2 und 3 nicht erfüllen, der Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen sowie unabhängiger Sachverständiger zu treffen.**

§ 113 Abs. 1 Satz 4 Nr. 4 SGB XI sollte wie folgt gefasst werden:

4. **bis zum 30.06.2013** an ein indikatorengestütztes Verfahren zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität ~~im stationären Bereich~~, das auf der Grundlage einer strukturierten Datenerhebung im Rahmen des internen Qualitätsmanagements eine Qualitätsberichterstattung und die externe Qualitätsprüfung ermöglicht.

In § 113 Abs. 3 SGB XI sollte der folgende klarstellende Satz eingefügt werden:

(3) <sup>1</sup>*Kommen Vereinbarungen nach Absatz 1 innerhalb von sechs Monaten, nachdem eine Vertragspartei schriftlich zu Verhandlungen aufgefordert hat, ganz oder teilweise nicht zustande, kann jede Vertragspartei oder das Bundesministerium für Gesundheit die Schiedsstelle nach § 113b anrufen.* <sup>2</sup>Satz 1 gilt auch für Vereinbarungen, mit denen bestehende Vereinbarungen geändert oder durch neue Vereinbarungen abgelöst werden sollen. <sup>3</sup>*Die Schiedsstelle setzt mit der Mehrheit ihrer Mitglieder innerhalb von drei Monaten den Inhalt der Vereinbarungen fest.*

## **Mitteilungspflichten der Heime über die ärztliche Versorgung – § 114 Abs. 1 SGB XI und § 115 Abs. 1 b SGB XI**

Artikel 1, Nr. 42 a, Gesetzesbefehl S. 22 f., Begründung S. 91 ff. und Artikel 1, Nr. 44, Gesetzesbefehl S. 24, Begründung S. 94 f.

### **A) Beabsichtigte Neuregelungen**

Vollstationäre Pflegeeinrichtungen sind ab dem 1. Januar 2013 verpflichtet, die Pflegekassen zu informieren, wie die ärztliche, fachärztliche und zahnärztliche Versorgung sowie die Arzneimittelversorgung in den Einrichtungen geregelt sind. Diese Informationen sind von den Pflegekassen im Internet zu veröffentlichen, das Heim muss diese gut sichtbar aushängen.

### **B) Stellungnahme**

Der bpa lehnt diese Vorschläge in aller Entschiedenheit ab!

Es gibt niemanden, der ein größeres Bestreben nach guter heimärztlicher Versorgung hat, als die Heimbewohner und das Heim selbst. Die heimärztliche Versorgung darf kein Instrument des Wettbewerbs sein. Es darf nicht nur darum gehen, ob ein Heim eine bessere heimärztliche Versorgung als ein anderes Heim hat, sondern es ist notwendig für eine ausreichende heimärztliche Versorgung aller Heime zu sorgen. Den Sicherstellungsauftrag dafür aber hat nicht das Heim, sondern die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung. Die Schwachstellen der ärztlichen Versorgung werden nicht durch Berichtspflichten von Dritten gelöst.

Die zusätzlichen Berichtspflichten zur ärztlichen Versorgung schaffen neue Verpflichtungen, statt das Problem zu lösen. Mit neuen Berichtspflichten darf nicht der Versuch unternommen werden, die Pflegeeinrichtungen in der Öffentlichkeit nun auch noch für die ärztliche Versorgungsstruktur verantwortlich zu machen. Die Verantwortlichen der Pflegeheime haben ein originäres Interesse an einer verlässlichen ärztlichen und fachärztlichen Versorgung. **Die ärztliche Versorgung wird nicht dadurch besser, dass den Pflegeheimen zusätzliche bürokratische Berichtspflichten auferlegt werden.** Weder von den Problemen noch von der Sicherstellungspflicht der Kassenärztlichen Vereinigungen kann und soll durch neue Berichtspflichten der Pflegeheime abgelenkt werden.

Besonders kritisch bewertet der bpa auch, dass die Regelungen im Gesetzentwurf im Vergleich mit dem Referentenentwurf noch einmal verschärft worden sind. Während im Referentenentwurf die Veröffentlichung über die ärztliche Versorgung noch in § 115 Abs. 1 a SGB XI – und damit

zusammen mit dem Transparenzbericht – vorgesehen war, sieht der Gesetzentwurf nun diese Vorschrift im neuen Absatz 1 **b** vor. Das hat zur Folge, dass diese Bestimmung der gemeinsamen Selbstverwaltung entzogen worden ist, die die Kriterien der Veröffentlichung nach Absatz 1 a festlegt. Die Vereinigungen der Pflegeeinrichtungen würden somit hinsichtlich der Veröffentlichung der Kriterien zur heimärztlichen Versorgung außen vor bleiben; dieses läge in alleiniger Regelungskompetenz der Landesverbände der Pflegekassen. Dieses bestärkt den bpa noch einmal, diese Regelungen insgesamt entschieden abzulehnen!

### **C) Änderungsvorschläge**

Die Neuregelungen in § 114 Abs. 1 SGB XI und § 115 Abs. 1 b SGB XI sind ersatzlos zu streichen. Stattdessen sind alle Instrumente zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung zu nutzen, wie z.B. Integrationsverträge unter direkter Beteiligung der Pflegeheime.

## **Vermeidung von Doppelprüfungen – § 114 Abs. 3 SGB XI**

Artikel 1, Nr. 42 b, Gesetzesbefehl S. 22 f., Begründung S. 92 f.

### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Prüfungen nach Heimrecht sollen bei MDK-Prüfungen berücksichtigt und der Prüfaufwand entsprechend verringert werden, um Doppelprüfungen zu vermeiden.

### **B) Stellungnahme**

Der bpa begrüßt die angestrebte Vermeidung von Doppelprüfungen ausdrücklich. MDK und Heimaufsicht sollen zu enger Zusammenarbeit verpflichtet werden.

Völlig offen bleibt jedoch der Inhalt. Soll es um gemeinsame oder um arbeitsteilige Prüfungen gehen? Soll die jeweilige Zuständigkeit klar definiert sein oder sollen sich die Prüfer nur möglichst wenig im Wege stehen? Ohne klar erkennbare Abgrenzung der Zuständigkeiten ist zu befürchten, dass lediglich neue Gremien geschaffen werden.

Der bpa regt eine Konzentration der Inhalte der Prüfungen durch den MDK auf an den Pflege-Transparenzvereinbarungen orientierte Kernbereiche an, um den Gesamtaufwand ohne Qualitätseinbußen zu reduzieren. Anzustreben ist, dass Prüfungen durch MDK, Heimaufsichten und nach Landesrecht vorgesehenen Institutionen sich im Hinblick auf die Prüfinhalte möglichst wenig überschneiden. Gemeinsame Prüfungen sollen nur dann zulässig sein, wenn arbeitsteilig vorgegangen wird. Überschneiden sich die Prüfinhalte nicht, macht eine gemeinsame Prüfung wenig Sinn.

Notwendig ist aus unserer Sicht vor allem eine klare Abgrenzung der Prüfbereiche von MDK und Heimaufsicht. Deutlich erschwert wird dies durch 16 unterschiedliche Prüfkataloge mit unterschiedlichsten Anforderungen. Auf dieser heterogenen Grundlage eindeutige und vergleichbare Absprachen über „gemeinsames oder arbeitsteiliges Vorgehen“ zu finden, ist herausfordernd. Überaus hilfreich wäre eine gemeinsame Prüfrichtlinie für alle Heimaufsichten der Bundesländer. Eine klare Abgrenzung wäre in der Umsetzung deutlich effektiver als unklare sich überschneidende Zuständigkeiten mit dem Erfordernis der fortlaufenden Koordination.

Um die Umsetzung des vom BMG und BMFSFJ geförderten Projekts zur Entwicklung von Anforderungen an ein indikatorengestütztes Verfahren zur Messung von Ergebnisqualität in der Pflege zu ermöglichen, ist neben ei-



ner Änderung in § 113 und § 115 SGB XI eine Änderung in § 114 Abs. 3 SGB XI erforderlich, zu der der bpa hier einen Vorschlag unterbreitet.

### C) Änderungsvorschläge

Nach Ansicht des bpa geht die Vermeidung von Doppelprüfungen aber noch nicht weit genug. Es muss klar abgegrenzte Prüfkataloge für den MDK und die Heimaufsicht geben, die zweifelsfrei festlegen, welche Prüfverhältnisse durch wen geprüft werden. Was einmal z.B. durch den MDK geprüft ist, darf anschließend nicht mehr durch Heimaufsicht geprüft werden – und umgekehrt. Hierzu sind weitere Präzisierungen des Gesetztextes und eine Abstimmung der Prüfinstitutionen dringend erforderlich, auf die der Gesetzgeber drängen sollte.

Darüber hinaus ist Absatz 3 wie folgt zu ändern:

3) Die Landesverbände der Pflegekassen haben den Prüfumfang der Regelprüfung in angemessener Weise zu verringern, soweit ihnen auf Grund einer Prüfung der nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörde ~~oder~~, aus einem nach Landesrecht durchgeführten Prüfverfahren oder aufgrund von Prüfergebnissen, die auf Basis einer bundesweit einheitlichen Datenerhebung vor dem Hintergrund einer entsprechenden Vereinbarung der Selbstverwaltung zu den Kriterien der Veröffentlichung einschließlich der Bewertungssystematik erhoben wurden, Erkenntnisse darüber vorliegen, dass die Qualitätsanforderungen nach diesem Buch und den auf seiner Grundlage abgeschlossenen vertraglichen Vereinbarungen erfüllt sind.

## Kosten von Wiederholungsprüfungen – § 114 Abs. 5 SGB XI

Artikel 1, Nr. 42 c), Gesetzesbefehl S. 23, Begründung S. 93

### A) Beabsichtigte Neuregelung

Es wird klargestellt, dass lediglich tatsächlich angefallene (veranlasste) Kosten der Wiederholungsprüfung abgerechnet werden dürfen.

### B) Stellungnahme

Die Kosten der Wiederholungsprüfung sind grundsätzlich zu streichen, insbesondere solange über die Grundlagen pflegewissenschaftlicher DisSENS besteht.

### C) Änderungsvorschlag

§ 114 Abs. 5 SGB XI ist daher wie folgt zu fassen:

*(5) <sup>1</sup>Bei Anlassprüfungen geht der Prüfauftrag in der Regel über den jeweiligen Prüfanlass hinaus; er umfasst eine vollständige Prüfung mit dem Schwerpunkt der Ergebnisqualität. <sup>2</sup>Im Zusammenhang mit einer zuvor durchgeführten Regel- oder Anlassprüfung kann von den Landesverbänden der Pflegekassen auf Kosten der Pflegeeinrichtung eine Wiederholungsprüfung veranlasst werden, um zu überprüfen, ob die festgestellten Qualitätsmängel durch die nach § 115 Abs. 2 angeordneten Maßnahmen beseitigt worden sind. <sup>3</sup>Auf Antrag und auf Kosten der Pflegeeinrichtung ist eine Wiederholungsprüfung von den Landesverbänden der Pflegekassen zu veranlassen, wenn wesentliche Aspekte der Pflegequalität betroffen sind und ohne zeitnahe Nachprüfung der Pflegeeinrichtung unzumutbare Nachteile drohen. <sup>4</sup>Kosten im Sinne der Sätze 2 und 3 sind nur zusätzliche, tatsächlich bei der Wiederholungsprüfung angefallene Aufwendungen, nicht aber Verwaltungs- oder Vorhaltekosten, die auch ohne Wiederholungsprüfung angefallen wären. <sup>5</sup>Pauschalen oder Durchschnittswerte können nicht angesetzt werden.*

## **Ankündigung von Qualitätsprüfungen – § 114 a SGB XI**

Artikel 1, Nr. 43, Gesetzesbefehl S. 23, Begründung S. 93 f.

### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die Qualitätsprüfung in ambulanten Pflegediensten muss nicht mehr grundsätzlich unangemeldet durchgeführt werden, sondern kann einen Tag vorher angekündigt werden, wenn organisatorische Gründe dieses erfordern.

### **B) Stellungnahme**

Der bpa begrüßt diese Neuregelung ausdrücklich. Zu Recht verweist die Gesetzesbegründung darauf, dass eine Qualitätsprüfung sinnvoll nur durchgeführt werden kann, wenn die Pflegedienstleitung anwesend ist. Da die Pflegedienstleitung auch Pflegebedürftige in deren Häuslichkeit versorgt oder dort Pflegevisiten durchführt, ist eine ständige Präsenz in den Büroräumen des Pflegedienstes nicht gegeben. Die gleichen organisatorischen Gründe sprechen allerdings auch für angemeldete Prüfungen in stationären Einrichtungen. Um sicherzustellen, dass sämtliches Leitungspersonal des Heimes anwesend ist, ist eine angemeldete Prüfung erforderlich. Auch können aufgrund besonderer Aktivitäten für die Bewohner, z.B. ein Heimfest oder ein Ausflug, für eine Prüfung ungeeignete Termine vermieden werden.

Durch eine in der Regel angemeldete Prüfung wird das Recht zu jederzeitigen anlassbezogenen Prüfung nicht beschnitten.

Vielmehr kommt durch angemeldete Prüfungen eine Vertrauenskultur zum Ausdruck, die den Pflegeeinrichtungen eine gute und verlässliche Versorgung der ihnen anvertrauten Bewohner und Pflegebedürftigen zuspricht. Dieses gilt in besonderem Maße für die Arbeit der Pflegekräfte. Durch eine angemeldete Prüfung in Pflegediensten und auch in Pflegeheimen wird auch dem Verhältnismäßigkeitsgrundsatz Rechnung getragen, auf den auch schon die Begründung zum Pflege-Qualitätssicherungsgesetz (PQsG) ausdrücklich hingewiesen hat (s. Bundestags-Drucksache 14/5395, S. 42). Dort heißt es weiter:

*Bei der Wahrnehmung der Rechte durch den MDK „kann beispielsweise zu beachten sein, dass sich aus Sicht der Praxis – insbesondere der Me-*

*dizinischen Dienste der Krankenversicherung – gezeigt hat, dass erfahrene Prüfkkräfte ohne weiteres auch dann Qualitätsmängel erkennen können, wenn Prüfungen vorangemeldet erfolgen. Damit wird der Grundsatz gestärkt, dass der Medizinische Dienst der Krankenversicherung oder von den Landesverbänden der Krankenkassen bestellte Sachverständige als Stellen, die in die partnerschaftlich organisierte Pflegeselbstverwaltung eingebunden sind, in Fragen der Qualität sich primär beratungsorientierten Prüfansätzen verpflichtet sehen und belastende Eingriffsmaßnahmen erst in zweiter Linie als Instrument der Qualitätssicherung dienen. Dies gilt erst recht für unangemeldete Prüfungen.“*

Diesen Ansatz unterstützt der bpa nachdrücklich.

Daher hält es der bpa für notwendig, die bisher vorgesehene Frist von einem für die Ankündigung einer Qualitätsprüfung auf mindestens drei Tage zu verlängern und die stationären Einrichtungen einzubeziehen.

### **C) Änderungsvorschläge**

Der bpa schlägt daher vor, § 114 a Abs. 3 SGB XI und die Begründung wie folgt zu ändern:

#### § 114 a Abs. 1 Satz 3 SGB XI:

*Wenn organisatorische Gründe es erfordern, soll die Qualitätsprüfung in ~~ambulant~~ Pflegeeinrichtungen kurzfristig angekündigt werden.*

#### Begründung zu § 114 a Abs. 1 Satz 3 SGB XI (Entwurf PNG, S. 94):

*Als kurzfristig ist eine Ankündigung ~~am Tag~~ drei Tage vor der Prüfung anzusehen.*

## **Berücksichtigung von Befragungen bei Qualitätsprüfungen – § 114 a Abs. 3 SGB XI**

Änderungsantrag 3 der Fraktionen CDU/CSU und FDP zum PNG, Ausschussdrucksache 17(14)0269, S. 6, zu Artikel 1 Nr. 43

### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Bei der Beurteilung der Pflegequalität sind die Pflegedokumentation, die Inaugenscheinnahme der Pflegebedürftigen und Befragungen der Beschäftigten der Pflegeeinrichtungen sowie der Pflegebedürftigen, ihrer Angehörigen und der vertretungsberechtigten Personen angemessen zu berücksichtigen

### **B) Stellungnahme**

Der bpa begrüßt diesen Änderungsantrag nachdrücklich. Schon seit längerer Zeit setzt sich der bpa dafür ein, dass bei Qualitätsprüfungen nicht nur die Pflegedokumentation die wesentliche Grundlage für die Qualitätsprüfung und Beurteilung von Pflegeeinrichtungen bleiben. Der bpa fordert dazu, die sogenannte Triangulation im Prüfverfahren des MDK sowohl im Rahmen der QPR als auch nach der PTV zu berücksichtigen. Hiernach ist einerseits die Ergebnisqualität wichtigster Parameter der Qualitätsbewertung. Fehlende oder strittige Eintragungen in der Pflegedokumentation dürfen nicht zu einer negativen Qualitätsbewertung führen, sondern hier ist auch aus pflegewissenschaftlicher sowie rechtssystematischer Sicht die Befragung des Pflegebedürftigen sowie der Pflegefachkräfte vor Ort zwingend erforderlich. Nachdrücklich unterstützt wird daher der Ansatz, auch die Pflegekräfte vor Ort zu befragen und deren Aussagen einzubeziehen. Um jedoch nicht jeweils sämtliche Aspekte einbeziehen zu müssen, wird vorgeschlagen, weitere Nachweise immer dann heranzuziehen, wenn die Zielerreichung allein aus der Pflegedokumentation nicht deutlich wird.

### **C) Änderungsvorschläge**

Die Berücksichtigung von Befragungen bei Qualitätsprüfungen muss nicht nur hier in § 114 a Abs. 3 SGB XI, sondern – neu – auch in den Regelungen zu den Prüfungen der PTV in § 115 Abs. 1 SGB XI.

## **Einsichtnahmen in Pflegedokumentationen – § 114 a Abs. 3 SGB XI**

Artikel 1, Nr. 43 c, Gesetzesbefehl S. 23, Begründung S. 94

### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Es wird festgelegt, dass auch die Einsichtnahmen in Pflegedokumentationen der Einwilligung der betroffenen Pflegebedürftigen bedürfen.

### **B) Stellungnahme**

Bisher war in § 114 a SGB XI lediglich festgelegt, dass Inaugenscheinnahmen von Pflegebedürftigen, Befragungen von Personen sowie die damit jeweils zusammenhängende Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten von Pflegebedürftigen zum Zwecke der Erstellung eines Prüfberichts der Einwilligung der betroffenen Pflegebedürftigen bedürfen. Jetzt kommt neu auch die Einsichtnahme in die Pflegedokumentation hinzu.

Der bpa begrüßt diese Klarstellung.

### **C) Änderungsvorschläge**

Keine.

## **Einwilligung in Textform – § 114 a Abs. 3 a SGB XI**

Artikel 1, Nr. 43 d, Gesetzesbefehl S. 24, Begründung S. 94

### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die Einwilligung u.a. zur Einsichtnahme in die Pflegedokumentation oder zur Inaugenscheinnahme von Pflegebedürftigen bedarf künftig der Textform, aber nicht mehr der Schriftform.

### **B) Stellungnahme**

Die Regelung wird begrüßt. Damit ist auch das Einholen einer Einwilligung z.B. eines Betreuers per E-Mail oder Fax möglich. Dieses vereinfacht das Verfahren und entlastet alle an Qualitätsprüfungen Beteiligten von unnötigem bürokratischen Aufwand.

### **C) Änderungsvorschläge**

Keine.

## **Ergebnisse von Qualitätsprüfungen – § 115 SGB XI**

– neu – zu Artikel 1, Nr. 44,

### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Wir begrüßen den Änderungsvorschlag zu § 113 SGB XI (indikatorengestütztes Verfahren zur Messung von Ergebnisqualität in der Pflege), weisen aber darauf hin, dass folglich auch zwingend in § 115 SGB XI eine gesetzliche Klarstellung erforderlich ist (s. des Stellungnahme des bpa zum Referentenentwurf PNG, § 115 SGB XI).

Unter den Vertragspartnern der Pflegetransparenzvereinbarung (PTVs und PTVa) bestand bei Abschluss der Vereinbarung Einvernehmen, diese Vereinbarung anzupassen, sobald pflegewissenschaftlich gesicherte Erkenntnisse über Indikatoren der Ergebnis- und Lebensqualität vorliegen.

Dabei war klar, dass für den stationären Bereich (PTVs) insbesondere das vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) geplante „Modellprojekt Messung Ergebnisqualität in der stationären Altenpflege“ zu berücksichtigen ist, dessen Ergebnisse mittlerweile vorliegen. Um weiter an der Umsetzung zu arbeiten, ist es notwendig, hierzu die gesetzlichen Grundlagen zu schaffen und das im Beirat des Modellversuchs für erforderliche gehaltene weitere Modellprojekt für den ambulanten Bereich in Auftrag zu geben.

Es wäre ein unverständliches Signal, wenn die vom BMG und BMFSFJ geförderten Projekte bei der Umsetzung an einer fehlenden gesetzlichen Regelung scheitern würden.

### **B) Stellungnahme**

Der bpa begrüßt eine gesetzliche Regelung, die einen von den Vertragsparteien zu vereinbarenden Systemwechsel ermöglichen würde. Vor dem Hintergrund der Förderung durch zwei Bundesministerien halten wir es für notwendig, dass mit einer entsprechenden gesetzlichen Regelung die Option zum Systemwechsel eröffnet wird.

Zu den vorgesehenen zusätzlichen Berichtspflichten verweisen wir auf unsere Ausführungen zu § 114 Abs. 1 SGB XI.



### **C) Änderungsvorschlag**

§ 115 Abs. 1 a SGB XI wird wie folgt gefasst:

*(1a) Die Landesverbände der Pflegekassen stellen sicher, dass*

- 1. die von Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität, insbesondere hinsichtlich der Ergebnis- und Lebensqualität, sowie*
- 2. die Informationen vollstationärer Einrichtungen über Regelungen zur ärztlichen, fachärztlichen und zahnärztlichen Versorgung sowie zur Arzneimittelversorgung gemäß § 114 Absatz 1*

*für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen verständlich, übersichtlich und vergleichbar sowohl im Internet als auch in anderer geeigneter Form kostenfrei veröffentlicht werden. Hierbei sind die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung und des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. sowie gleichwertige Prüfergebnisse nach § 114 Abs. 3 und 4 oder Prüfergebnisse, die auf Basis einer bundesweit einheitlichen Datenerhebung vor dem Hintergrund einer entsprechenden Vereinbarung der Selbstverwaltung zu den Kriterien der Veröffentlichung einschließlich der Bewertungssystematik erhoben wurden, zugrunde zu legen; ... [weiter wie bisher]*

## Modellvorhaben zur Vermeidung von Doppelprüfungen – § 117 Abs. 2 SGB XI

Art. 1, Nr. 45 b), Gesetzesbefehl S. 24, Begründung S. 96 f.

### A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Pflegekassen sowie der Medizinische Dienst können mit den heimrechtlichen Aufsichtsbehörden ein Modellvorhaben vereinbaren, um Doppelprüfungen zu vermeiden und eine abgestimmte Vorgehensweise bei der Prüfung der Qualität von Pflegeeinrichtungen nach dem SGB XI und nach heimrechtlichen Vorschriften zu erzielen.

### B) Stellungnahme

Der bpa begrüßt diese Modellvorhaben. Zwingend erforderlich ist es dabei aber, dass die **maßgeblichen** Vereinigungen der Träger Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene an diesen Modellvorhaben als gleichberechtigte Vereinbarungspartner beteiligt werden. Es kann nicht sein, dass nur die Prüfinstitutionen eingebunden werden, während die Einrichtungen, deren Qualität geprüft werden soll, außen vor bleiben. Der Hinweis darauf, dass dabei von den Richtlinien nach § 114 a Abs. 7 und nach § 115 Absatz 1a abgewichen werden kann, verdeutlicht, dass es für diese Grundlagen auch um neue Erkenntniswerte gehen kann, die in späteren Verhandlungen Gegenstand werden können.

### C) Änderungsvorschlag

§ 117 Abs. 2 SGB XI sollte daher wie folgt gefasst werden:

*Die Landesverbände der Pflegekassen, die maßgeblichen Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene sowie der Medizinische Dienst und der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. können mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden ein Modellvorhaben mit dem Ziel einer einheitlichen Vorgehensweise bei der Prüfung der Qualität von Pflegeeinrichtungen nach diesem Buch und nach heimrechtlichen Vorschriften vereinbaren.*

## **Beteiligung von Selbsthilfe- und Patientenorganisationen bei Qualitätsvereinbarungen – § 118 SGB XI**

Artikel 1, Nr. 46, Gesetzesbefehl S. 25, Begründung S. 97 f.

### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die Betroffenenperspektive soll bei Fragen der Begutachtung und im Qualitätsbereich durch eine stärkere und qualifiziertere Beteiligung der entsprechenden Organisation stärker als bisher eingebunden werden.

### **B) Stellungnahme**

Nach Ansicht des bpa sind die Organisationen der Selbsthilfe und Patienten bereits jetzt ausreichend berücksichtigt.

### **C) Änderungsvorschlag**

§ 118 SGB XI wird gestrichen.

## **Pflegevertrag – § 120 SGB XI**

Artikel 1, Nr. 47, Gesetzesbefehl S. 25 f., Begründung S. 98 f.

### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Mit der Änderung des § 120 soll die Verpflichtung der Vertragsparteien nach § 89 zur Vereinbarung sowohl von zeitaufwandsabhängigen als auch zeitaufwandsunabhängigen Vergütungen ihren Niederschlag im Vertragsverhältnis zwischen Pflegedienst und Pflegebedürftigem finden. Im Pflegevertrag sollen die Leistungen einschließlich der dafür vereinbarten Zeitvergütungen und der vom Zeitaufwand unabhängigen Vergütungen für jede Leistung oder jeden Leistungskomplex gesondert beschrieben werden. Eine vom Pflegedienst vorzunehmende Gegenüberstellung der zeitaufwandsabhängigen und der zeitaufwandsunabhängigen Vergütung soll dem Pflegebedürftigen eine bewusste Wahl des Vergütungsmodells ermöglichen – ein jederzeitiger Wechsel oder eine Kombination der Vergütungsmodelle für unterschiedliche Leistungen ist für die Zukunft nicht ausgeschlossen.

### **B) Stellungnahme**

Die beabsichtigte „Stärkung der Wahlmöglichkeiten des Pflegebedürftigen“ kann die Mängel in der praktischen Umsetzbarkeit dieser Regelung nicht aufwiegen. Zumindest nach dem Wortlaut des Absatzes 3 Satz 1 ist eine Zeitvergütung für jede einzelne Leistung bzw. Komplexleistung anzugeben und daher davon auszugehen, dass auch bei Wahl der Zeitvergütung vom Pflegebedürftigen einzelne Leistungen eingekauft werden. Nach der Entwurfsbegründung hingegen soll die Wahl von Vergütungen nach Zeitaufwand dem Pflegebedürftigen die freie Entscheidung ermöglichen, welche Leistungen der Pflegedienst in dieser Zeit erbringt. Dies wiederum legt nahe, dass der Pflegebedürftige nicht Einzelleistungen, sondern ein bestimmtes Zeitkontingent einkaufen soll, das nach seinem Wunsch mit Leistungen gefüllt wird.

Ist so bereits unklar, ob im Falle der Wahl der zeitaufwandsabhängigen Vergütung vertraglich einzelne (Komplex-) Leistungen oder ein Zeitkontingent vereinbart werden soll, sind beide Varianten gleichermaßen unpraktikabel und überfordern sowohl Pflegebedürftige wie auch Pflegedienste. Die Annahme, für jede Einzelleistung oder jeden Leistungskomplex könne auf der Basis einer typischerweise zugrunde zu legenden Zeitdauer ein Preis vereinbart werden, der im Rahmen aller abzuschließenden Pflegeverträge die Basis des Angebotes bildet, wäre wirklichkeitsfremd. Die Dauer bspw. eines An- und Auskleidens, der Hilfe beim Essen und Trin-

ken, einer Ganzkörperwaschung oder auch einer Komplexleistung „Große Pflege“ ist nicht generell kalkulierbar, sondern vom individuellen gesundheitlichen Zustand des jeweils zu versorgenden Menschen abhängig. Was bei einem Patienten zehn Minuten dauert, kann bei einem anderen Patienten eine halbe Stunde in Anspruch nehmen. Eine nach geschätztem Zeitaufwand für jede Leistung im konkreten Einzelfall angebotene Vergütung wiederum ist einem Pflegedienst bei Vertragsbeginn kaum möglich und würde darüber hinaus zu einem unüberschaubaren Aufwand in der Vertragsgestaltung führen.

Sollte hingegen beabsichtigt sein, dass vom Pflegebedürftigen ein Zeitkontingent „gebucht“ und dann vor Ort von ihm entschieden wird, welche Leistungen der Pflegedienst innerhalb dieser Zeit erbringt, überwögen auch bei diesem Modell die Nachteile die Vorteile bei weitem. Für den Dienst wäre der jeweilige Einsatz im Hinblick auf das für die entsprechenden Leistungen geeignete Personal nicht planbar. Streitereien im Hinblick auf den im Einzelfall für erforderlich gehaltenen Zeitaufwand sind vorprogrammiert. Dies wird erforderliche Nebenleistungen wie die Dokumentation betreffen, aber auch vor unmittelbaren Pflegeleistungen nicht Halt machen. Der Pflegebedürftige bzw. seine Angehörigen werden ein nachvollziehbares Interesse daran haben, im Rahmen der zur Verfügung stehenden Zeit möglichst viele Leistungen zu erhalten. Nicht immer wird dies der individuellen Pflegesituation gerecht werden. Die bloße Unterstützung und Anleitung des Pflegebedürftigen bspw. bei der Ausführung von Maßnahmen der Körperpflege dient der Aktivierung und Erhaltung der vorhandenen Fähigkeiten, nimmt jedoch regelmäßig deutlich mehr Zeit in Anspruch als die vollständige Übernahme der Verrichtung durch die Pflegekraft. Pflegebedürftige, deren Angehörige und Pflegekräfte sollten diesem Konflikt bei der Wahl zwischen möglichst preiswerter und möglichst bedarfsgerechter Leistung nicht ausgesetzt werden.

Die für den Pflegebedürftigen zu jedem Zeitpunkt freie Wahl des Vergütungsmodells bzw. seiner Kombination für unterschiedliche Leistungen auf der Grundlage jeweils aktueller schriftlicher Gegenüberstellungen durch den Pflegedienst, die eine Beurteilung ermöglichen, wie sich die Wahl des Vergütungsmodells jeweils im Ergebnis konkret auswirkt, führt in der vertragsrechtlichen Umsetzung zu einem bürokratischen Monstrum, das nicht einmal dem Anspruch genügen kann, die Auswahlmöglichkeiten und das Wahlrecht für den Einzelnen nachvollziehbarer zu machen.

Die Wahlfreiheit des Pflegebedürftigen ist im Bereich der Betreuungsleistungen ohnehin und sinnvollerweise durch § 36 Abs. 1 S. 6 eingeschränkt, der der Sicherstellung der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung den Vorrang einräumt. Die Einführung der zeitaufwandsbezogenen Vergütung mag im Hinblick auf eben diese Betreuungsleistungen sinnvoll sein, jedenfalls im Bereich der grundpflegerischen Leistungen führt sie jedoch zu Konflikten und einer Pflege im Minutentakt im wahrsten Sinne des

Wortes. Der bpa hat bereits in seiner Stellungnahme zu § 89 SGB XI die entsprechenden Änderungen, bezogen auf die Grundpflegeleistungen, abgelehnt. Eine zeitaufwandsbezogene Vergütung bei Betreuungsleistungen ist auch auf der Grundlage der bisherigen Regelungen bereits vertraglich darstellbar.

### **C) Änderungsvorschläge**

§ 120 Absatz 3 bleibt in seiner bisherigen Fassung erhalten:

(3) <sup>1</sup>In dem Pflegevertrag sind wenigstens Art, Inhalt und Umfang der Leistungen einschließlich der dafür mit den Kostenträgern nach § 89 vereinbarten ~~Zeitvergütungen und der vom Zeitaufwand unabhängigen vereinbarten Vergütungen~~ für jede Leistung oder jeden Leistungskomplex ~~Komplexleistung~~ gesondert zu beschreiben. <sup>2</sup>~~Der Pflegedienst hat den Pflegebedürftigen vor Vertragsschluss und bei jeder wesentlichen Veränderung darüber zu unterrichten, wie sich die vom Zeitaufwand unabhängige Vergütung im Vergleich zu einer rein zeitbezogenen Vergütung darstellt.~~ <sup>3</sup>~~Diese Gegenüberstellung hat in der Regel schriftlich zu erfolgen.~~ <sup>4</sup>~~Auf dieser Grundlage entscheidet der Pflegebedürftige über die Vergütungsform.~~ <sup>5</sup>~~In dem Pflegevertrag ist die Entscheidung zu dokumentieren.~~

## **Verbesserte Pflegeleistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz als Übergangsregelung – § 123 SGB XI**

Artikel 1, Nr. 48, Gesetzesbefehl S. 26, Begründung S. 99 ff.

### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Mit § 123 SGB XI werden im Rahmen der häuslichen Pflege die Leistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz aufgestockt. Für betroffene Pflegebedürftige der Pflegestufen I und II erhöhen sich Pflegegeld und Pflegesachleistungen; betroffene Pflegebedürftige der sogenannten Pflegestufe 0 sollen ebenfalls Leistungen nach den §§ 36 bis 40 erhalten.

### **B) Stellungnahme**

Jede Leistungsverbesserung für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz ist uneingeschränkt zu begrüßen. Nicht nachzuvollziehen ist jedoch, dass die über 770.000 pflegebedürftigen Menschen in den Pflegeheimen, und hier insbesondere die Demenzerkrankten, nicht entlastet werden sollen. Gleiches gilt für alle betroffenen schwerstpflegebedürftigen Personen in der Pflegestufe III. Das schmerzt die Betroffenen, aber auch die vielen engagierten Mitarbeiter, die sich aufopferungsvoll für deren Pflege und Betreuung engagieren.

Der bpa begrüßt nachdrücklich, dass in der Begründung (S. 101) klargestellt wird, dass bei der Anwendung der Kombinationsleistung nach § 38 SGB XI sowie der Kombinationsregelungen nach § 41 Abs. 4 bis 6 SGB XI die erhöhten Leistungsbeträge nach § 123 SGB XI zugrunde zu legen sind. Damit wird ein Anliegen des bpa aufgegriffen.

### **C) Änderungsvorschlag**

Keinen.

## **Vorübergehende Einbeziehung der Betreuung in die ambulanten Sachleistungen – § 124 SGB XI**

Artikel 1, Nr. 48, Gesetzesbefehl S. 26 f., Begründung S. 101 ff.

### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Bis zur Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs werden die Leistungen der Betreuung eingefügt in die ambulanten Sachleistungen.

### **B) Stellungnahme**

Der bpa begrüßt die Einfügung der Betreuung in die ambulanten Sachleistungen nachdrücklich. Dadurch werden die Betreuungsleistungen den Leistungen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Betreuung gleichgestellt. Betreuungsleistungen werden dadurch integrativer Bestandteil der ambulanten Sachleistungen: die Sachleistungen nach § 36 SGB XI werden so durch § 124 SGB XI ergänzt. Begrüßt wird insbesondere, dass die in der Praxis bewährten bisherigen Betreuungsleistungen nach § 45 b SGB XI weitergeführt werden. In der Begründung (S. 102) wird dazu klargestellt, dass die Leistungen nach § 124 SGB XI zu den Leistungen nach § 45 b SGB XI zusätzlich dazu gekommen.

Angesichts der durch den Referentenentwurf ausgelösten Diskussion um neue Leistungserbringer u.a. auch bei den Betreuungsleistungen (s. dazu auch die Bewertung von § 125 SGB XI) begrüßt der bpa, dass die häusliche Betreuung nunmehr nicht durch irgendwelche „Kräfte“ erbracht werden sollen, sondern durch ambulante Pflegedienste. Im Gesetzesbefehl (§ 124 Abs. 2 Satz 1 SGB XI) heißt es nur noch, dass die Leistungen der häuslichen Betreuung „erbracht“ werden, ohne einen Leistungserbringer zu benennen. In der Begründung zu Absatz 2 wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass der Versicherte aus Angeboten „von zugelassenen Pflegediensten nach seinen Wünschen und Bedürfnissen eigenverantwortlich“ wählen könne. Diese Klarstellung befürwortet der bpa nachdrücklich. In diesem Sinne ist auch der Verweis in § 124 Abs. 4 SGB XI, dass für die Leistungen der häuslichen Betreuung auch die regulären Vertrags-, Vergütungs- und Qualitätsvorschriften der Pflegeeinrichtungen gelten.

Im Sinne der Pflegebedürftigen ist es, dass diese den Sachleistungsbeitrag für alle drei Leistungsbereiche (Grundpflege, Hauswirtschaft, Betreuung) „zur Verfügung“ haben, wie es in der Begründung heißt (S. 102). Pflegebedürftige und Angehörige erhalten dadurch eine größere Wahlfreiheit bei der Leistungsauswahl und können mit dem Pflegedienst einfacher abstimmen, welche Leistungen der Grundpflege, der hauswirtschaftlichen



Versorgung und der Betreuung jeweils notwendig sind und im finanziellen Rahmen der jeweiligen Pflegestufe mit der Pflegekasse abgerechnet werden können. Durch die Neuregelung wird es ermöglicht, dass Pflegedienste die Pflegebedürftigen im Rahmen der Sachleistungen umfassender versorgen können als bisher. Für viele Pflegebedürftige, die bisher keine Betreuungsleistungen erhalten haben, wird dieses eine spürbare Verbesserung zur Folge haben.

Hierbei darf es jedoch nicht zu Verschiebungen z.B. von der Eingliederungshilfe in die Pflegeversicherung kommen. Deswegen sind die entsprechenden Klarstellungen in der Begründung (S. 103) sehr zu begrüßen: Nur weil jemand die Betreuungsleistungen nach § 124 SGB XI in Anspruch nimmt, ändert sich nichts an seinem Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe. Die Leistungen der Eingliederungshilfe sind „nicht nachrangig“. Dadurch gibt es keine Rechtfertigung, Leistungen der Eingliederungshilfe möglicherweise zu verweigern oder in die Pflegeversicherung zu verlagern. Das begrüßt der bpa ebenso wie die deutliche Abgrenzung zu Leistungen der häuslichen Krankenpflege. Insbesondere der Hinweis in der Begründung, dass beispielsweise das Verabreichen von Medikamenten im Rahmen der Leistungen der häuslichen Krankenpflege nicht unter die häusliche Betreuung fällt, ist hilfreich. Die Betreuung darf nicht missbraucht werden, um dadurch Leistungen anderer Sozialversicherungsträger aufzufangen.

### **C) Änderungsvorschlag**

Keinen.

## **Modellvorhaben zur Erprobung von Betreuungsdiensten (§ 125 SGB XI)**

Artikel 1, Nr. 48, Gesetzesbefehl S. 27, Begründung S. 104 f.

### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Der Spitzenverband Bund kann 2013 und 2014 für bis zu 5 Millionen Euro Modellvorhaben zur Erprobung von sog. „Betreuungsdiensten“ fördern. Diese Dienste sollen insbesondere für demenziell erkrankte Pflegebedürftige dauerhaft häusliche Betreuung und hauswirtschaftliche Versorgung erbringen. Die Betreuungsdienste werden Vereinbarungspartner und ihre Zulassung gilt bis zwei Jahre nach Ende des Modellprogramms. Da die Modellvorhaben längstens drei Jahre dauern dürfen, kann die Zulassung demnach maximal fünf Jahre betragen. Die Verantwortliche Kraft im Betreuungsdienst muss keine Pflegefachkraft sein, sondern kann eine für die Betreuung erforderliche Ausbildung (z.B. Heilerzieher) haben.

### **B) Stellungnahme**

Der bpa begrüßt es sehr, dass seine Kritik Berücksichtigung fand und die Betreuungsdienste jetzt nur noch als Modellvorhaben vorgesehen sind, während der Referentenentwurf die Betreuungsdienste noch als Regelversorgung vorgesehen hatte.

Gleichwohl erachtet der bpa die Modellvorhaben zur Erprobung von „Betreuungsdiensten“ als nicht erforderlich und somit auch den Einsatz von nicht unbeträchtlichen Mitteln aus der Pflegeversicherung dafür als völlig unangemessen. Es erschließt sich nicht, weshalb Versichertengelder zur Erprobung von Qualitäts- und Zulassungsanforderungen von Anbietern, die den regulären Wettbewerb unterlaufen, ausgegeben werden sollen, während die zugelassenen Pflegedienste die gleichen Leistungen bereits ohne geförderte Erprobung erbringen.. Denn für die Betreuung von Pflegebedürftigen bedarf es keiner neuen Institution eines „Betreuungsdienstes“.

Die zugelassenen Pflegedienste erbringen bereits heute qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen nach § 45 b SGB XI. Insbesondere die pflegefachliche Sicherung könnte bei reinen Betreuungsdiensten gefährdet sein. Es ist richtig, angesichts der Zunahme an dementiellen Erkrankungen für die Betroffenen vielfältige Betreuungsmaßnahmen zu ermöglichen. Dem trägt der vorliegende Gesetzentwurf Rechnung (s. § 124 SGB XI) und dieses anerkennt der bpa auch. Es darf aber nicht verkannt werden, dass bei vielen Menschen mit dementiellen Erkrankungen auch ein erheblicher Be-

darf an pflegerischer Versorgung besteht, der durch Betreuungsdienste nicht sichergestellt werden kann. Es wäre nicht sinnvoll, ergänzend zu einem Betreuungsdienst für die pflegerische Versorgung einen zusätzlichen Pflegedienst hinzuzuziehen. Stattdessen ist die Leistungserbringung aus einer Hand durch einen Pflegedienst vorzuziehen, der die häusliche Betreuung, die hauswirtschaftliche Versorgung und die häusliche Pflege erbringt. Das belastet die Privatsphäre des Versicherten weniger als bei zwei verschiedenen Diensten und entlastet den Pflegebedürftigen und die Pflegekassen von zusätzlichem bürokratischen Aufwand. Statt einer wenig überschaubaren zusätzlichen Versorgungsstruktur den Weg zu bereiten, sollte die Flexibilität der vernetzten Dienstleistungen der zugelassenen Leistungsanbieter genutzt werden. Der bpa ist davon überzeugt, dass die Modellversuche dieses auch zeigen werden.

### **C) Änderungsvorschlag**

Der neu eingefügte § 125 SGB XI ist wieder zu streichen.

## **Leistungen bei Schwangerschaft und Geburt – §§ 24 g und h SGB V**

Änderungsanträge 4 und 8 der Fraktionen CDU/CSU und FDP zum PNG, Ausschussdrucksache 17(14)0269, S. 10 und S. 28, zu Artikel 3 Nr. 1a – neu – und Artikel 3 d – neu –

### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die Leistungen bei Schwangerschaft und Geburt, u.a. die häusliche Pflege und die Haushaltshilfe, die bisher in § 198 und § 199 Reichsversicherungsordnung geregelt sind, sollen in das SGB V integriert werden.

### **B) Stellungnahme**

Die Änderungen werden grundsätzlich begrüßt. Auch wenn Schwangerschaft und Mutterschaft keine Erkrankungen sind, ist es richtig, diese Leistungen aus der Reichsversicherungsordnung (RVO) zu streichen und diese in die Regelungen der gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) zu übernehmen. Ambulante Pflegedienste, als zugelassene Leistungserbringer nach § 132 a Abs. 2 SGB V, erbringen die Leistungen der häuslichen Pflege gem. § 198 RVO bzw. künftig § 24 g SGB V und der Haushaltshilfe gem. § 199 RVO bzw. künftig § 24 h SGB V. Dazu haben die Pflegedienste bzw. die Verbände der Pflegedienste auf Landesebene entsprechende leistungsrechtliche Verträge mit den Krankenkassen geschlossen. Diese Verträge beziehen sich aber ausschließlich auf die Leistungen nach §§ 198 und 199 RVO und nicht auf §§ 24 g und h SGB V. Insofern besteht die Gefahr, dass mit dem Inkrafttreten des PNG die Grundlagen für die Leistungserbringung und die Vergütungen entfallen, weil sich die Vertragsgrundlage geändert hat.

### **C) Änderungsvorschläge**

Um Rechtsunsicherheiten bei den Leistungen für Schwangerschaft und Geburt zu vermeiden, sollte deshalb im PNG klargestellt werden, dass die leistungsrechtlichen Verträge auf Landesebene über Leistungen nach §§ 198 und 199 RVO entsprechend für die Leistungen gem. §§ 24 g und h SGB V gelten.

## **Verordnungserfordernis für Hilfsmittel – § 33 SGB V**

Änderungsantrag 4 der Fraktionen CDU/CSU und FDP zum PNG, Ausschussdrucksache 17(14)0269, S. 11, zu Artikel 3 Nr. 1a – neu –

### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Es wird festgelegt, dass für die Versorgung mit Hilfsmitteln zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung eine vertragsärztliche Verordnung nicht generell erforderlich ist. Das Verordnungserfordernis wird auf die Fälle beschränkt, in denen eine erstmalige oder erneute ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung aus medizinischen Gründen zwingend geboten ist,

### **B) Stellungnahme**

Der bpa begrüßt diese Neuregelung. Dadurch werden die Versicherten, ihre Angehörigen, die Vertragsärzte sowie die Leistungserbringer von bürokratischem Aufwand entlastet und die Versorgungsprozesse vereinfacht. Diese Belastungen betreffen aber nicht nur die Leistungserbringer von Hilfsmitteln, sondern in besonderer Weise auch die Leistungserbringer von häuslicher Krankenpflege. Der bpa plädiert deshalb nachdrücklich dafür, eine entsprechend eingeschränkte Verordnungserfordernis auch für die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V einzuführen. Gerade das „Verordnungsmanagement“ bedeutet für die rund 12.000 Pflegedienste in Deutschland einen enormen bürokratischen Aufwand und erhebliche Kosten.

### **C) Änderungsvorschläge**

Die für die Leistungserbringer von Hilfsmitteln gefundene Lösung sollte unbedingt auf die häusliche Krankenpflege gem. § 37 SGB V übertragen werden.

## **Zusätzliche ärztliche Vergütungen für die heimärztliche Versorgung – § 87 Abs. 2 i und j und § 87 a Abs. 2 SGB V**

Artikel 3, Nr. 3 und 4, Gesetzesbefehl S. 28 f., Begründung S. 106 ff.

### **A) Beabsichtigte Neuregelungen**

Um die Hausbesuchstätigkeit von Zahnärzten und Ärzten bei Heimbewohnern zu fördern, erhalten Zahnärzte und Ärzte für die Versorgung von Pflegebedürftigen bzw. Heimbewohnern einen finanziellen Zuschlag zu ihrer Vergütung.

### **B) Stellungnahme**

Zusätzliche Vergütungen zur Regelversorgung der Heimbewohner wären nur dann angemessen, wenn ohne diese die Regelversorgung bisher in Frage gestanden hätte. Wie bereits ausgeführt (s. S. 78) haben insbesondere die Heimbewohner, die Pflegekräfte und der Heimbetreiber das größte Interesse an einer guten heimärztlichen Versorgung. Deswegen ist es wichtig, die Rahmenbedingungen für die ärztliche Versorgung in den Heimen so zu gestalten, dass die erforderliche Versorgung durch Zahnärzte und Ärzte in den Heimen gewährleistet ist. Hierzu sind alle Instrumente zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung zu nutzen, wie z.B. Integrationsverträge.

Erneut ist hier darauf hinzuweisen, dass eine nicht ausreichende heimärztliche Versorgung keineswegs durch Berichtspflichten der Heime gelöst werden kann, wie es der Gesetzentwurf mit den Regelungen in § 114 Abs. 1 SGB XI und § 115 Abs. 1 a SGB XI beabsichtigt. Angezeigt sind Integrationsversorgungsverträge mit direkter Beteiligung der Heime.

### **C) Änderungsvorschläge**

Keine.

## **Richtlinie häusliche Krankenpflege zur Dekolonisation von MRSA – § 92 Abs. 7 SGB V**

Artikel 3, Nr. 5, Gesetzesbefehl S. 29, Begründung S. 108

### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Mit der Regelung wird klargestellt, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in seinen Richtlinien Näheres zur Verordnung häuslicher Krankenpflege zur Dekolonisation von Trägern mit dem Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus* (MRSA) bestimmen soll.

### **B) Stellungnahme**

Der bpa begrüßt die Neuregelung. In vielen Fällen bestehen derzeit für die Ärzte Unsicherheiten, inwieweit entsprechende Maßnahmen zur Dekolonisation von MRSA-Trägern im Rahmen der häuslichen Krankenpflege verordnet werden können. Durch eine entsprechende Richtlinie des G-BA kann entsprechende Rechtssicherheit geschaffen werden. Zugleich sind die Krankenkassen damit aufgefordert, die Vergütung der entsprechenden Leistungen unter Berücksichtigung der erforderlichen Hygieneschutzmaßnahmen für die Beschäftigten und Patienten in den Rahmenverträgen nach § 132 a SGB V – wie vom bpa bereits seit Jahren gefordert – zügig zu ermöglichen.

In diesem Zusammenhang macht der bpa darauf aufmerksam, dass eine zusätzliche Finanzierung zur Dekolonisation von Trägern mit dem Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus* (MRSA) auch für die Pflegeheime notwendig ist.

### **C) Änderungsvorschläge**

Keine.

## **Vereinbarungen zur heimärztlichen Versorgung – § 119 b SGB V**

Artikel 3, Nr. 6, Gesetzesbefehl S. 29 f., Begründung S. 108 f.

### **A) Beabsichtigte Neuregelungen**

Die Regelungen über Kooperationsvereinbarungen zwischen Heimen und Vertragsärzten zur heimärztlichen Versorgung werden verbindlicher ausgestaltet. Kassenärztliche Vereinigungen müssen solche Verträge künftig vermitteln. Zudem soll es bis 30.09.2013 eine bundesweite Rahmenvereinbarung zur heimärztlichen Versorgung geben, die Anforderungen an eine kooperative ärztliche und pflegerische Versorgung von Pflegebedürftigen in Heimen regeln soll. Bis 31.08.2015 soll eine Evaluation der Maßnahmen nach § 87 a Abs. 2 Satz 3 SGB V vorliegen.

### **B) Stellungnahme**

Der bpa begrüßt die Regelungen dem Grunde nach. Eine zielführende Regelung zur Verbesserung der heimärztlichen Versorgung setzt allerdings eine aktive und partnerschaftliche Einbindung der Pflegeeinrichtungen in die Verbesserung der Rahmenbedingungen zur Versorgung der Heimbewohner voraus. Andernfalls besteht die Gefahr, dass die erforderliche berufsgruppen- und institutionsübergreifende Kooperation nicht erreicht wird und neben der fehlenden Sicherstellung der medizinischen Versorgung auch unnötige Krankenhausaufenthalte und Transporte nur unzureichend vermieden werden können.

Insoweit wird vermutet, dass die Versorgungssituation sich durch die Vermittlung der Kassenärztlichen Vereinigung nicht verbessern lässt. Daher sollen die Krankenkassen zum Abschluss von Integrationsversorgungsverträgen mit interessierten Hausärzten und Pflegeheimen verpflichtet werden, sofern die Kassenärztlichen Vereinigungen keine Kooperationen vermitteln können.

Zumindest ist jedoch bei der vorgesehenen bundesweiten Rahmenvereinbarung eine Änderung dahingehend erforderlich, dass die Vereinigungen der Träger der stationären Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene gleichberechtigter Vereinbarungspartner sein müssen, und diese Vereinbarung nicht nur „im Benehmen mit“ diesen geschlossen werden kann, wie es die Regelung bisher vorsieht. Wenn es um die ärztliche Versorgung in den Heimen geht, kann eine in den Heimen wirksame Vereinbarung nur zustande kommen, wenn die Vereinigungen der Heime gleichberechtigter Vereinbarungspartner sind. Außerdem ist klarzustellen, dass nur die



„maßgeblichen“ Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene beteiligt werden (zur Definition der „maßgeblichen“ Vereinigungen hat der bpa einen Vorschlag unterbreitet, s. dazu die Ausführungen zu § 113 SGB XI, S. 73). Eine Notwendigkeit, die Verbände der Pflegeberufe an diesen Vereinbarungen zu beteiligen, besteht nicht.

### **C) Änderungsvorschlag**

§ 119 b SGB V ist wie folgt zu fassen:

*(2) Die Vertragsparteien der Verträge nach § 82 Absatz 1 und § 87 Absatz 1 sowie die maßgeblichen Vereinigungen der Träger der stationären Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene vereinbaren im Benehmen mit den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene sowie den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene insbesondere zur Verbesserung der Qualität der Versorgung bis spätestens (einfügen Frist: ein Jahr nach Inkrafttreten gemäß Artikel XX Absatz 1) Anforderungen an eine kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen.*

## Bundesrahmenempfehlung häusliche Krankenpflege – § 132 a SGB V

Änderungsantrag 4 der Fraktionen CDU/CSU und FDP zum PNG, Ausschussdrucksache 17(14)0269, S. 12, zu Artikel 3 Nr. 1a – neu –

### A) Beabsichtigte Neuregelung

Aus der bisherigen Regelung, nach der eine Bundesrahmenempfehlung zur häuslichen Krankenpflege nach § 132 a SGB V vorgelegt werden *soll*, wird eine *Muss*-Regelung. Die Bundesrahmenempfehlung ist bis zum 1. Juli 2013 abzugeben. Darin sind auch Grundsätze zum Verfahren der Prüfung der Leistungspflicht der Krankenkassen sowie zum Abrechnungsverfahren einschließlich der für diese Zwecke jeweils zu übermittelnden Daten zu regeln.

### B) Stellungnahme

Die Änderungen werden grundsätzlich begrüßt, bedürfen aber noch der Ergänzung.

Die Bundesrahmenempfehlung nach § 132 a **Abs. 1** SGB V sollte die Leitlinie sein für die Verträge nach § 132 a **Abs. 2** SGB V, die auf Landesebene zwischen den Verbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Pflegedienste vereinbart werden. Während in der Bundesrahmenempfehlung die Grundsätze der Leistungserbringung verankert werden sollen, werden in den Verträgen auf Landesebene die Einzelheiten der Versorgung bestimmt. Diese, auch in vielen anderen Stellen des Sozialgesetzbuchs übliche rechtliche Konstruktion konnte nicht zur Wirkung kommen, weil bis heute keine Bundesrahmenempfehlung beschlossen worden ist. Die Folgen sind völlig inhomogene und in den Ländern stark divergierende Vertragsregelungen – mit teils erheblichen Auswirkungen auf die Abläufe des Leistungsgeschehens vom Genehmigungsverfahren über den Datenträgeraustausch bis hin zu der Qualifikation der Pflegekräfte. Um die Leistungserbringung und deren Grundlage, die Verträge nach § 132 a Abs. 2 SGB V, zu vereinheitlichen und insbesondere die unterschiedlichen Verträge auf Landesebene sowie die aus diesen resultierenden erheblichen Behinderungen des Leistungsgeschehens zu reduzieren und zu vereinfachen, ist es erforderlich, dass die Bundesrahmenempfehlung verbindlich wird und ein konkretes Datum für die Abgabe festgesetzt wird.

Allerdings bedarf eine verbindlichere Bundesrahmenempfehlung einer verpflichtenden Berücksichtigung in den Verträgen zwischen den Leistungserbringern und den Krankenkassen bzw. deren Verbänden auf Lan-

desebene. Denn bislang fehlt eine Vorschrift, die die Vereinbarungspartner auf Landesebene verpflichtet, die Bundesrahmenempfehlung zu berücksichtigen. Dieses sollte ebenso ergänzt werden wie die Einführung einer Schiedsstelle, falls es bei der Bundesrahmenempfehlung nicht zu einer Einigung kommt, was aufgrund der Erfahrungen in der Vergangenheit und der bestehenden Vertragsstruktur zu berücksichtigen ist. Die sehr unterschiedliche Vertragslandschaft sowie die mit deren Ausgestaltung auf Landesebene verbundenen Gestaltungsansprüche haben bisher eine Einigung erheblich erschwert und das fehlende Schlichtungsinstrument, die Schiedsstelle, führte zum Verhandlungsstillstand. Aufgrund der im Gesetz bisher fehlenden Schiedsstelle ist es auch bisher nicht zu einer Bundesrahmenempfehlung gekommen. Eine Schiedsstelle könnte Blockaden verhindern. Zudem sollte durch Einfügung des Worts „erstmals“ klargestellt werden, dass auch künftig Änderungen der Bundesrahmenempfehlungen möglich sind.

Insbesondere die Regelung zum Datenträgeraustausch wird begrüßt (Einfügung der Ziffer 7 in § 132 a Abs. 1 Satz 4 SGB V).

Denn noch immer wird der elektronische Datenaustausch von vielen Krankenkassen nicht umgesetzt, insbesondere seitens der Ersatzkassen. Im Sinne einer Entbürokratisierung setzt sich der bpa seit langem für einen ausschließlich elektronischen Datenaustausch ein. Um hier endlich Fortschritte zu erzielen, unterbreitet der bpa folgenden Vorschlag:

In § 132 a Abs. 1 Satz 4 Ziffer 7 SGB V ist – neu – festzulegen, dass der **ausschließliche** elektronische Datenträgeraustausch bis zum 30. September 2013 zu vereinbaren ist. Damit wird zwingend festgelegt, dass mit Einführung des elektronischen Datenaustauschs jede Form von Papierrechnung entfallen muss. Damit würde ein weiteres Problem beseitigt, das derzeit noch besteht: Kassen, die den elektronischen Datenaustausch eingeführt haben, fordern über die sogenannte Erprobungsphase hinaus im Zusammenhang mit der Rechnungsbegleichung zwingend auch parallel die Abrechnung per Papier. Hierdurch entsteht doppelte Arbeit und die elektronische Abrechnung führt nicht zur Entbürokratisierung, sondern zu unnötigem zusätzlichen Aufwand und doppelter Arbeit. Das muss dringend beendet werden.

Da die Bundesrahmenempfehlung spätestens bis zum 1. Juli 2013 abzugeben ist, sieht der Änderungsvorschlag des bpa für den Beginn des ausschließlich elektronischen Datenträgeraustauschs weitere drei Monate, **bis zum 1. Oktober 2013**, vor, um die notwendige Umstellung zu gewährleisten.

### C) Änderungsvorschläge

§ 132 a Abs. 1 Satz 4 ff. sollte wie folgt geändert werden:

...

7. Grundsätze zum Verfahren der Prüfung der Leistungspflicht der Krankenkassen sowie zum Abrechnungsverfahren einschließlich der für diese Zwecke jeweils zu übermittelnden Daten; **der Beginn des ausschließlich elektronischen Datenträgeraustauschs ist spätestens bis zum 1. Oktober 2013 zu vereinbaren.**

Die Rahmenempfehlungen nach Satz 4 sind **erstmalig** bis zum 1. Juli 2013 abzugeben. **Im Falle von Nichteinigung hat eine von den Parteien zu bestimmende unabhängige Schiedsstelle den Vertragsinhalt festzulegen. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsstelle, so wird diese vom Bundesministerium für Gesundheit bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen.** In den Rahmenempfehlungen nach Satz 4 Nummer 7 können auch Regelungen über die nach § 302 Absatz 2 Satz 1 und Absatz 3 in Richtlinien geregelten Inhalte getroffen werden; in diesem Fall gilt § 302 Absatz 4.

§ 132 a Abs. 2 Satz 1 SGB V sollte wie folgt geändert werden:

(2) Über die Einzelheiten der Versorgung mit häuslicher Krankenpflege, über die Preise und deren Abrechnung und die Verpflichtung der Leistungserbringer zur Fortbildung schließen die Krankenkassen Verträge mit den Leistungserbringern; **dabei sind die Rahmenempfehlungen nach Absatz 1 zu berücksichtigen.**

**II.) Antrag der Abgeordneten Kathrin Senger-Schäfer, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.: „Pflege tatsächlich neu ausrichten – Ein Leben in Würde ermöglichen“**

Der bpa teilt die Einschätzung des Antrags, dass es einer grundlegenden und umfassenden Reform der Pflegeversicherung bedarf.

### **Pflegebegriff**

Auch die Forderung, den derzeitigen verrichtungsbezogenen Pflegebegriff der Pflegeversicherung zu überwinden, findet die Zustimmung des bpa. Die Fraktion DIE LINKE. fordert dazu, den neuen Pflegebegriff des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs vom Januar 2009 zügig gesetzlich zu verankern. Dieses Vorhaben wird vom bpa grundsätzlich unterstützt, allerdings ist darauf hinzuweisen, dass viele Detailfragen zur Umsetzung noch geklärt werden müssen.

Die Fraktion DIE LINKE. fordert bei der Einführung eines neuen Pflegebegriffs, dass die Menschen, die bisher bereits Leistungen aus der Pflegeversicherung erhalten, finanziell nicht schlechter gestellt werden dürfen. Dieses unterstützt der bpa. Die Akzeptanz eines neuen Pflegebegriffs wird nur gelingen, wenn mit seiner Einführung nicht Leistungskürzungen verknüpft sind. Insofern ist ein entsprechender Bestandsschutz unumgänglich.

### **Anhebung der Leistungen**

Zu Recht verweist der Antrag darauf, dass die Überwindung der Sozialhilfebedürftigkeit das erklärte Ziel der Einführung der Pflegeversicherung war und dass der Realwertverlust der Pflegeleistungen seit 1995 nur ungenügend ausgeglichen wurde. Die Pflegeversicherung ist, so der Antrag, chronisch unterfinanziert. Auch aus Sicht des bpa hat die Pflegeversicherung kein Ausgaben-, sondern ein Einnahmeproblem. Der Antrag sieht vor, dass der Realwertverlust der Pflegeleistungen vollständig auszugleichen ist und die Sachleistungsbeträge für die ambulante, die teilstationäre und die stationäre Pflege um weitere 25 % zu erhöhen sind. Außerdem sollen die Pflegeleistungen jährlich regelgebunden dynamisiert werden. Diese Forderungen sind inhaltlich berechtigt, gleichwohl weist der bpa darauf hin, dass sie über das vorgeschlagene Modell einer solidarischen Bürgerversicherung auch ausreichend zu finanzieren sind.

## **Osteuropäische Haushaltshilfen**

Der Antrag verweist darauf, dass viele Pflegehaushalte versuchen, die Betreuung eines pflegebedürftigen Angehörigen über Migranten aus Osteuropa sicherzustellen. Dazu heißt es: „Dieser Weg ist nicht geeignet, die Versorgungsprobleme zu lösen.“ Diese Einschätzung teilt der bpa, der sich schon seit vielen Jahren aktiv gegen illegale Beschäftigung in Haushalten mit Pflegebedürftigen einsetzt. Zu Recht heißt es im Antrag, dass bei solchen Modellen der Arbeitsschutz und menschenwürdige Beschäftigungsbedingungen auf der Strecke bleiben und dass ein grauer Pflegemarkt entstanden ist. Der bpa hat auf diesen Sachverhalt mehrfach hingewiesen und darauf aufmerksam gemacht, dass es auch in Polen ein Arbeitszeitgesetz gibt, was beispielsweise von polnischen „Haushaltshilfen“ in Pflegehaushalten einzuhalten wäre, in der Praxis dieser 24-Stunden-Betreuungen aber nicht vorgesehen ist.

## **Pflegeberufe/ Bezahlung von Pflegekräften**

Der bpa begrüßt das notwendige Vorhaben, die Tätigkeit von Pflegekräften gesellschaftlich deutlicher anzuerkennen.

Die pauschale Behauptung im Antrag, dass der Alltag von Pflegekräften von schlechter Bezahlung geprägt ist, weist der bpa dagegen entschieden zurück. Denn der eklatante Fachkräftemangel und die große Nachfrage nach qualifizierten Fachkräften wirken sich entsprechend auch auf die Entlohnung aus. Für die Pflegehilfskräfte gilt der Mindestlohn (derzeit ein Stundenlohn von 7,75 € in den östlichen und von 8,75 € in den westlichen Bundesländern), so dass auch sie gegen mögliche Dumpinglöhne geschützt sind.

„Gute Pflege hängt entscheidend vom Personal ab“, heißt es richtigerweise im Antrag, der deshalb fordert, dass in den Pflegeeinrichtungen eine ausreichende Ausstattung mit qualifiziertem Personal zu gewährleisten und „ein bundesweit anzustrebender Standard über eine qualitätsbezogene Personalbemessung zu entwickeln“ ist. Dem steht der bpa offen gegenüber.

Die Fraktion DIE LINKE. verlangt in ihrem Antrag, dass die Förderung des dritten Umschulungsjahres durch die Bundesagentur für Arbeit fortgesetzt werden soll, weil die Vollfinanzierung in den Jahren 2009/2010 erfolgreich war und einen Beitrag gegen den Fachkräftemangel leisten kann. Diese Position findet die Unterstützung des bpa.

## **Entlastung von Angehörigen**

Die Fraktion DIE LINKE. fordert, dass die Rahmenbedingungen für Angehörige und Ehrenamtliche verbessert werden sollen. Unter anderem wird dazu eine flächendeckende wohnortnahe Beratung, Anleitung, Betreuung und Supervision gefordert. Dazu verweist der bpa auf seine Forderung zum Ausbau der Pflegeberatung nach § 45 SGB XI (s. S. 29).

### **III.) Antrag der Abgeordneten Elisabeth Scharfenberg, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: Für eine grundlegende Reform der Pflegeversicherung – Nutzerorientiert, solidarisch, zukunftsfest**

Der Antrag kritisiert das vorliegende Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) als unzureichend und beschreibt verschiedene Bereiche, in denen weitere Veränderungen notwendig sind. Auch der bpa kritisiert das PNG, weil u.a. keine Leistungsverbesserungen für Pflegebedürftige in der stationären Pflege und für Pflegebedürftige der Stufe III vorgesehen sind. Der bpa teilt aber nicht die Einschätzung, dass die Leistungsverbesserungen des PNG „völlig unzureichend“ sind, weil sie wichtige Verbesserungen insbesondere für Menschen mit demenziellen Erkrankungen bedeuten.

In folgenden Bereichen sieht der Antrag von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN weiteren Reformbedarf:

#### **1.) Neuer Pflegebegriff**

Der bpa begrüßt es nachdrücklich, dass sich der Antrag kompromisslos für Bestandsschutzregelungen ausspricht, die vermeiden sollen, dass Pflegebedürftige durch einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff leistungrechtlich schlechter gestellt werden als bisher. Als konsequent bewertet es der bpa, dass der Antrag nicht nur eine Leistungsausweitung fordert, sondern die dafür notwendigen finanziellen Mehrbelastungen in Höhe von etwa 3,5 Mrd. Euro auch einkalkuliert.

#### **2.) Finanzierung**

Der Antrag sieht vor, eine Pflege-Bürgerversicherung einzuführen und die Leistungen regelmäßig zu dynamisieren. Die Dynamisierung soll sich zu zwei Dritteln an der Reallohn- und zu einem Drittel an der Inflationsentwicklung orientieren. Der bpa begrüßt es, dass in diesem Modell eine regelmäßige Dynamisierung vorgesehen ist (s. hierzu auch den Vorschlag des bpa zum PNG, § 30 SGB XI, s. S. 18). Dadurch wird eine Entwertung der Leistungen vermieden und eine hohe Akzeptanz dieses Sozialversicherungssystems gewährleistet.

#### **3.) Schnittstellenprobleme**

Der Antrag fordert eine Lösung der Schnittstellenprobleme zwischen SGB XI und SGB XII und SGB IX. Dieses unterstützt der bpa, kritisiert aber zu-



gleich, dass hierzu keine konkreten Lösungsvorschläge unterbreitet werden. Das erwähnte Beispiel von § 43 a SGB XI ist nicht das einzige und entscheidende Problem bei der Leistungsabgrenzung. Entscheidend für die Überwindung der Schnittstellenprobleme und eine berufsgruppenübergreifende Vernetzung ist die Zusammenarbeit zwischen Pflegeeinrichtungen und Ärzten, insbesondere den Hausärzten. Hierzu hat der bpa in der vorliegenden Stellungnahme hinsichtlich der heimärztlichen Versorgung (zu § 119 b SGB V, s. S. 104) konkrete Vorschläge vorgelegt. Darüber hinaus entwickelt der bpa zusammen mit dem Hausärzterverband in der Versorgungslandschaft Pflege konkrete Konzepte zur Weiterentwicklung der medizinisch-pflegerischen Versorgung.

#### 4.) Pflegerische Versorgungsstrukturen

Zur Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgungsstrukturen sieht der Antrag eine Stärkung der Nutzerorientierung, des Quartiersbezugs und des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ vor. Die Rolle der Kommunen soll, insbesondere finanziell, gestärkt werden.

Der bpa unterstützt eine Stärkung von Pflegebedürftigen und Angehörigen. Vehement widerspricht der bpa der nicht belegten Behauptung, dass eine „zunehmende Verschiebung von der familiären/ambulanten hin zur stationären Pflege zu beobachten“ sei und dass es deswegen eines deutlichen Signals zur Neuausrichtung der pflegerischen Infrastruktur bedürfe. Kein Pflegebedürftiger wählt eine stationäre pflegerische Versorgung, wenn er sie nicht wirklich bedarf. Zudem stellt der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) die entsprechende Notwendigkeit fest. Die Menschen, die der Pflege im Heim bedürfen, sowie den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Pflegeheimen sollte ein ebenso positives Signal der Wertschätzung entgegengebracht werden wie den ambulant versorgten Pflegebedürftigen und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in der ambulanten Pflege. Sofern aufgrund der demografischen Entwicklung ein Ausbau stationärer Pflegeeinrichtungen erforderlich ist, sollte dieses nicht wie im Antrag abgelehnt, sondern anerkannt werden. Unabhängig davon begrüßt der bpa die vorgeschlagene Öffnung von stationären Einrichtungen hin zum Quartier.

Der bpa bewertet eine Weiterentwicklung der pflegerischen Infrastruktur durch eine finanzielle Förderung der Kommunen zurückhaltend. Zum einen sind etliche Kommunen nicht nur Kostenträger, sondern als Betreiber von Pflegeeinrichtungen auch Leistungserbringer. Hier besteht durch finanzielle Förderungen die Gefahr von Wettbewerbsverzerrungen. Zum anderen zeigt sich, dass einige Kommunen bei der Weiterentwicklung der pflegerischen Infrastruktur sich nicht auf die Verbesserung der Rahmenbedingungen konzentrieren, sondern teilweise belegungssteuernd aktiv werden. Deshalb unterstützt der bpa den im Antrag vorgesehenen Ansatz, die

im SGB XI verankerte gemeinsame Verantwortung – insbesondere nach § 9 SGB XI – zu überprüfen.

## **5.) Pflegeberatung**

Der bpa unterstützt mit Nachdruck den Ausbau der Pflegeberatung. Er teilt auch die Einschätzung, dass es einer zugehenden und individuellen Beratung bedarf. Hierzu bedarf es aber keiner neuen Case- und Caremanager, so wie sie der Antrag vorsieht. Zur Vermeidung von Doppelstrukturen sollte das Potential der Pflegefachkräfte in den 24.000 Pflegeeinrichtungen genutzt werden, das flächendeckend zur Verfügung steht. Der bpa hat dazu in Abstimmung mit den Pflegekassen rund 3.000 Pflegefachkräfte zu Pflegeberatern qualifiziert. Auf der Grundlage dieses Modells lassen sich die im Antrag formulierten Ziele bei der Pflegeberatung sehr gut erreichen. Zu den Einzelheiten wird auf die Stellungnahme zu § 45 SGB XI verwiesen (s. S. 29).

## **6.) Pflegendе Angehörige**

Der bpa unterstützt die weitere Stärkung pflegender Angehöriger. Eine Maßnahme ist auch der Ausbau der Pflegeberatung (s. oben, Nr. 5). Der bpa teilt auch die Einschätzung, dass bestehende Entlastungsangebote wie die Tages-, die Nacht- und die Kurzzeitpflege bisher noch zu wenig bekannt sind. Auch daran wird die Notwendigkeit einer intensiveren Pflegeberatung erforderlich.

## **7.) Vereinbarkeit von Pflege und Beruf**

Der bpa teilt das Ziel, pflegende Angehörige durch eine verbesserte Vereinbarkeit von Beruf und familiärer Pflege zu unterstützen. Dadurch, dass pflegende Angehörige während der Pflegephase ihre Erwerbstätigkeit nicht vollständig unterbrechen, wird ein wichtiger Beitrag zu einer hohen Erwerbstätigkeitsquote geleistet. Angesichts des Fachkräftemangels müssen ebenso wie bei der Vereinbarkeit von Familie und Beruf auch bei der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf große Anstrengungen unternommen, um eine hohe Beschäftigungsquote zu sichern.

## **8.) Pflegefachkräftemangel**

Der bpa begrüßt, dass der Antrag vorsieht, gezielte Maßnahmen gegen den Pflegefachkräftemangel zu ergreifen.

Er teilt allerdings nicht die Einschätzung, dass verlässliche Aussagen zum bisherigen und zukünftigen Fachkräftemangel nicht möglich seien. Die Bundesagentur für Arbeit veröffentlicht jeden Monat die aktuellen Arbeitsmarktzahlen, aus denen hervorgeht, dass es dreimal mehr offene Stellen für Altenpfleger (Fachkräfte) als arbeitslose Altenpfleger gibt. So waren im April 2012 bundesweit nur 3.160 Altenpfleger als arbeitslos gemeldet. Das ist im Vergleich zum Vorjahr ein Rückgang der Arbeitslosigkeit um 13,1 %. Dem gegenüber wurden 9.952 offene Arbeitsstellen für Altenpfleger gemeldet. Im Vergleich zum Vorjahr ist das ein Zuwachs an offenen Stellen um 7 %.

Auch für den künftigen Bedarf an Pflegekräften liegen valide Zahlen vor. Auf der Grundlage von Studien von Dr. Dominik Enste vom Institut der Deutschen Wirtschaft und Dr. Dennis Ostwald vom WifOR Institut an der Technischen Universität Darmstadt ist von einem zusätzlichen Pflegekräftebedarf von 280.000 Stellen bis 2020 auszugehen. Alleine die Mitglieds-einrichtungen des bpa könnten sofort 30.000 zusätzliche Pflegefachkräfte beschäftigen, wie eine verbandsinterne Erhebung und Hochrechnung ergeben hat.

Deswegen teilt der bpa die Einschätzung im Antrag, dass ein Personal- und Fachkräftebedarf in der Pflege unstrittig ist, „der in Anbetracht der steigenden Zahl von pflegebedürftigen Personen zunehmen wird“. Auch der angedachten Einführung eines Personalbemessungssystems steht der bpa offen gegenüber.

Zu Recht appelliert der Antrag an die Bereitschaft zu Investitionen von Bund und Ländern. Die geforderte Ausbildungsumlage unterstützt der bpa in vielen Bundesländern. Sehr positiv bewertet der bpa die Forderung nach einer vollständigen Finanzierung der Umschulung zur Pflegefachkraft.

Den Appell, die zahlreichen vorliegenden Vorschläge zur Entbürokratisierung der Pflege jetzt endlich umzusetzen, unterstützt der bpa.

Die Kritik an der Teilzeitbeschäftigung in der Pflege, die im Antrag zum Ausdruck gebracht wird, teilt der bpa nicht. Oft sind es gerade die Beschäftigten, die den Wunsch nach einer Teilzeitbeschäftigung äußern, während die Pflegeeinrichtungen die Pflegefachkräfte auch gerne in Vollzeit beschäftigen würden. Viele Pflegekräfte, zum Großteil sind es Frauen, entscheiden sich aus familiären Gründen für eine Teilzeitbeschäftigung. Hier kann es angezeigt sein, über familienpolitische Leistungen zur Entlastung zu diskutieren, aber der Wunsch der Pflegekräfte nach einer Teilzeitbeschäftigung sollte respektiert werden. Weiterhin ist zwingend zu berücksichtigen, dass der Versorgungsbedarf der Pflegebedürftigen orientiert an der Tagesstrukturierung zu bestimmten Tageszeiten (am Morgen, am Mittag, am Abend) um ein vielfaches höher ist als zu anderen Tages-

zeiten, was einen erheblich höheren Personalbedarf, konzentriert auf wenige Stunden, zur Folge hat.

Auf deutliche Kritik des bpa stößt die Forderung des Antrags zur ortsüblichen Vergütung. Die im PNG vorgesehene Änderung von § 72 SGB XI soll zurückgenommen werden. Begründet wird dieses damit, dass „die gesetzgeberischen Möglichkeiten, um eine angemessene Entlohnung von Pflegekräften zu gewährleisten“, erhalten werden müssen. Angesichts des auch von dem Antrag beschriebenen eklatanten Fachkräftemangels stellt sich das Problem einer „angemessenen Entlohnung“ für Pflegefachkräfte in keiner Weise. Die große Nachfrage nach qualifizierten Fachkräften wirkt sich entsprechend auch auf die Entlohnung aus. Für die Pflegehilfskräfte gilt dagegen der Mindestlohn (derzeit ein Stundenlohn von 7,75 € in den östlichen und von 8,75 € in den westlichen Bundesländern), so dass auch sie gegen mögliche Dumpinglöhne geschützt sind.