

Stellungnahme

Diakonie 
Bundesverband

Diakonisches Werk
der Evangelischen Kirche
in Deutschland e.V.

Öffentliche Anhörung
Ausschuss für Gesundheit des
Deutschen Bundestages am 21. Mai 2012

Berlin, 14. Mai 2012

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0271(19)
gel. VB zur öAnh. am 21.5.
12_Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz
15.05.2012

Vorstand Sozialpolitik

Maria Loheide
Reichensteiner Weg 24
14195 Berlin
Telefon: +49 30 830 01-100
Telefax: +49 30 830 01-777
loheide@diakonie.de

Stellungnahme des Diakonie Bundesverbandes zum

- a) **Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtungsgesetz - PNG) vom 23.04.2012 (BT-Drs.17/9369) sowie den Änderungsanträgen der Fraktionen CDU/CSU und FDP (Ausschuss-Drs. 17(14)0269)**
- b) **Antrag der Abgeordneten Elisabeth Scharfenberg, Birgitt Bender, Markus Kurth, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: Für eine grundlegende Reform der Pflegeversicherung - Nutzerorientiert, solidarisch, zukunftsfest (BT-Drs. 17/9566)**
- c) **Antrag der Abgeordneten Kathrin Senger-Schäfer, Diana Golze, Dr. Martina Bunge, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.: Pflege tatsächlich neu ausrichten – Ein Leben in Würde ermöglichen (BT-Drs. 17/9393)**

Der Diakonie Bundesverband nimmt als Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland und als Spitzenverband der Freien Wohlfahrtspflege zum vorliegenden Gesetzentwurf und zu den weiteren Anträgen Stellung. Im Bereich der Altenpflege gehören zur Diakonie 1.400 ambulante Pflegedienste und 1.950 stationäre Pflegeeinrichtungen sowie 265 teilstationäre Angebote. Zusammen mit den evangelischen Kirchen trägt die Diakonie darüber hinaus ein weitgespanntes Netz von lokalen Aktivitäten und Hilfen für ältere Menschen.

Mit der Weiterentwicklung der Leistungen der Pflegeversicherung, insbesondere für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz und ihre Angehörigen, greift die Bundesregierung ein zentrales gesellschaftliches Anliegen auf. Sie beschränkt sich allerdings auf einen ersten Schritt, der nur kurzfristige Verbesserungen bringt und die großen Probleme der Pflegeversicherung – die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, dringend zu verbessernde Arbeitsbedingungen für Pflegekräfte und eine nachhaltige solidarische Finanzierung – ausklammert. Der Gesetzentwurf sieht eine Erhöhung des Beitragsatzes um 0,1 Prozent ab dem 01.01.2013 vor. Bei einer leistungsrechtlichen Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der anderen erforderlichen Maßnahmen wird es jedoch notwendig sein, die Pflegeversicherung auf eine finanziell nachhaltige Basis zu stellen. Diese Probleme drängen sehr. Wir fordern die Bundesregierung auf, die notwendigen Folgeschritte umgehend auf die politische Agenda zu setzen.

Der Gesetzentwurf nimmt im Vorgriff auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff Leistungsverbesserungen für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz im Bereich der häuslichen Pflege vor. Des Weiteren wird durch den neuen § 124 SGB XI-Reg-E die Pflegesachleistung um die neue Leistungsart der „häuslichen Betreuung“ erweitert. Dies geht in die richtige Richtung und ist als Übergangsregelung durchaus zu begrüßen. Gleichzeitig entstehen aber durch die neue Leistungsart der häuslichen Betreuung Schnittstellen- und Abgrenzungsprobleme zu anderen Sozialleistungssystemen, vor allem zur Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung nach SGB XII/SGB IX. Deshalb hält der Diakonie Bundesver-

band es für dringlich erforderlich, den Gesetzentwurf und die geplante Einführung eines neuen leistungsrechtlichen Pflegebedürftigkeitsbegriffs mit dem Reformprozess zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfen für Menschen mit Behinderung abzustimmen. Andernfalls droht bei einer Entkoppelung eine Verschärfung der leistungsrechtlichen Schnittstellenprobleme zu Lasten der Leistungsbezieher. Darüber hinaus vermisst der Diakonie Bundesverband im vorliegenden Gesetzentwurf konkrete Regelungen zur Sicherstellung der Kompatibilität mit der UN-Behindertenrechtskonvention (z. B. barrierefreie Ausgestaltung der Feststellungs- und Begutachtungsverfahren).

Mit § 124 SGB XI-Reg-E schafft der Gesetzgeber der Art nach einen Sachleistungsanspruch im Sinne des § 36 SGB XI, ohne eine Änderung in dieser Vorschrift vorzunehmen. Der Diakonie Bundesverband begrüßt, dass die noch im Referentenentwurf vorgesehene Änderung des § 36 SGB XI – Öffnung der ambulanten Sachleistungen für die häusliche Betreuung - nicht in den Gesetzentwurf übernommen wurden. Diese Übergangsregelung ist aufgrund des weniger präjudizierenden Charakters im Hinblick auf die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs der bisher im Referentenentwurf vorgesehenen Regelung vorzuziehen. Der Diakonie Bundesverband fordert aber mit Nachdruck die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und die deutliche zeitliche Begrenzung dieser Übergangsregelungen.

Zu begrüßen sind die zusätzlichen Leistungen für pflegebedürftige Menschen in ambulanten Wohngruppen bzw. -gemeinschaften, ebenso wie Maßnahmen zur Förderung und Entwicklung neuer Wohnformen. Sie sollten jedoch großzügiger ausfallen. Zudem muss klargestellt werden, dass die Förderung zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen auch für den stationären Bereich gilt.

Zur Stärkung der Rechte der Versicherten sieht der Gesetzentwurf einen Rechtsanspruch auf Übersendung des Gutachtens und der Rehabilitationsempfehlung, verbesserte Beratungsansprüche, Beschwerdemöglichkeiten bei der Begutachtung, konkrete Informationspflichten bei der Begutachtung und eine Zusatzzahlung durch die Pflegekasse bei nicht fristgerechter Bescheiderteilung vor. Der Diakonie Bundesverband bewertet die Maßnahme überwiegend positiv, fordert jedoch weitergehende Regelungen und lehnt die Strafzahlung an die Versicherten bei Überschreitung der Begutachtungsfristen ab.

Der Gesetzentwurf schafft bessere Rahmenbedingungen zur Entlastung pflegender Angehöriger beispielsweise durch die hälftige Fortgewährung des Pflegegeldes während der Kurzzeit- und Ersatzpflege, die Stärkung der Vorsorge und Rehabilitation für pflegende Angehörige oder Änderungen bei den Beiträgen zur Rentenversicherung. Diese geplanten Maßnahmen sind positiv zu bewerten, sie allein sind jedoch noch nicht ausreichend. Zur Entlastung pflegender Angehöriger plädiert der Diakonie Bundesverband des Weiteren dafür, bei der Kombination von Pflegesachleistungen und Pflegegeldleistungen über den Gesetzentwurf hinauszugehen, die stundenweise Inanspruchnahme von Verhinderungspflege zu erleichtern, die Kurzzeitpflege auch ambulant zu gewähren, erweiterte Möglichkeiten für Beratungsbesuche nach § 37 SGB XI sowie einen Rechtsanspruch auf Pflegekurse und Schulungen bzw. individuelle Anleitungen in Häuslichkeit vorzusehen.

Durch die geplante Änderung in § 72 Abs. 3 Satz 1 Ziffer 2 erhält der Mindestlohn in der Pflege leider implizit die Funktion eines Normlohns. Diese Modifikation setzt das falsche Zeichen, da sie die Rahmenbedingungen der Pflegeeinrichtungen verschlechtert, den Fachkräftmangel verschärft und somit zu einer Absenkung der Standards für die pflegebedürftigen Menschen führt. Der Diakonie Bundesverband fordert stattdessen die tarifliche Vergütung zusätzlich in § 72 Abs. 3 Satz 1 Ziffer 2 zu verankern.

Dass die stationäre Pflege in der Reform praktisch ausgeklammert wird, ist angesichts des Hauptziels der Reform, der besseren Versorgung von dementiell erkrankten alten Menschen, nicht nachvollziehbar. Eine fortschreitende dementielle Erkrankung sprengt sehr häufig das häusliche Pflegearrangement und macht stationäre Pflege erforderlich. Der Diakonie Bundesverband fordert deshalb in Analogie zu den verbesserten ambulanten Leistungen für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz eine verbesserte Betreuung in den Pflegeheimen.

Zu den Regelungen im Einzelnen:

Artikel 1 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Beratungsgutscheine (§ 7b SGB XI-Reg-E)

Gesetzentwurf

Die Rechte der Pflegebedürftigen auf eine umfassende und zielgerichtete Beratung durch die Pflegekassen sollen durch das Pflege-Neuausrichtungsgesetz gestärkt werden. Der neu eingeführte § 7b SGB XI-Reg-E sieht ein verpflichtendes Angebot der Pflegekassen zur frühzeitigen Beratung innerhalb von zwei Wochen nach Antragstellung vor. Die Pflegekassen können hierzu innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang den Beratungstermin selbst anbieten oder alternativ einen Beratungsgutschein ausstellen, der bei einer durch sie benannten Beratungsstelle eingelöst werden kann. Auf Wunsch des Versicherten kann die Beratung auch in der häuslichen Umgebung stattfinden. Die benannten Beratungsstellen müssen unabhängig und neutral sein. Die Anforderungen an die Beratungsstellen sowohl im Hinblick auf die inhaltliche Ausgestaltung der Beratung als auch hinsichtlich der Qualifikation der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater, der Haftungsfragen und der Vergütungen sind in den vertraglichen Vereinbarungen zwischen den Pflegekassen und den Beratungsstellen festzulegen.

Bewertung

Die Beratung nach § 7 und § 7a muss frühzeitig einsetzen. Der Versicherte muss sie bereits im Vorfeld eines Leistungsbezugs in Anspruch nehmen können. Das Angebot einer frühzeitigen Beratung sollte deshalb nicht nur für Antragsteller gelten, sondern ist generell für alle Versicherten und ihre Angehörigen erforderlich. Der neu eingeführte § 7b SGB XI-Reg-E sieht ein verpflichtendes Angebot der Pflegekassen zur frühzeitigen Beratung innerhalb von zwei Wochen nach Antragstellung vor, dies wird für sinnvoll erachtet. Der Diakonie Bundesverband hat sich bereits in früheren Stellungnahmen für eine zugehende Beratung eingesetzt. Wir begrüßen, dass die Beratung auf Wunsch des Versicherten in der häuslichen Umgebung stattfinden kann.

Die bestehenden gesetzlich initiierten Beratungsstrukturen zeigen bislang nicht den erhofften Erfolg. Der Diakonie Bundesverband setzt sich daher für die Verankerung eines gesetzlichen Beratungsanspruchs durch Einführung eines Beratungsgutscheins in der Hand der Versicherten ein, damit die Beratung bei den pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen ankommt und das Wahl- und Wunschrecht der Versicherten besser umgesetzt wird. Die Ausstellung eines Beratungsgutscheins halten wir für sachgerecht.

Jeder Versicherte sollte die Option auf einen Beratungsgutschein haben. In § 7a SGB XI-Reg-E ist das Wunsch- und Wahlrecht des Versicherten jedoch eingeschränkt, da die Pflegekasse entscheidet, ob sie die Beratung selbst durchführt oder einen Beratungsgutschein anbietet. Hier besteht Änderungsbedarf.

Im Gesetzentwurf werden die Kriterien für die geforderte Unabhängigkeit und Neutralität der Beratungsstellen nicht definiert. Neutralität und Unabhängigkeit sind dann gewährleistet, wenn eine Beraterin/ein Berater nicht an die Weisungen eines Leistungsträgers oder Leistungserbringers gebunden ist. Auch die Pflegestützpunkte nach § 92c SGB XI erfüllen dieses Kriterium nicht. Beratungsstellen sind am ehesten als unabhängig und neutral zu bezeichnen, wenn ihre Träger miteinander vernetzt sind.

Nach Auffassung des Diakonie Bundesverbandes sollte primär auf vorhandene vernetzte Beratungsstrukturen zurückgegriffen und auf die Schaffung von neuen Beratungsstrukturen verzichtet werden.

Änderungsvorschläge

In § 7b Abs. 1 SGB XI-Reg-E ist nach Satz 1 folgender Satz zu ergänzen:

„Der Versicherte kann dabei zwischen der Beratung durch die Pflegekasse und dem Beratungsgutschein wählen“.

Nach § 7b Abs. 2 Satz 1 SGB XI-Reg-E ist folgender Satz 2 neu einzufügen:

„Auf vorhandene vernetzte Beratungsstrukturen ist zurückzugreifen“.

Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit - Recht auf Übermittlung eines Gutachtens (§ 18 Abs. 3 Satz 8 SGB XI-Reg-E und § 7 Abs. 2 Satz 1 2. Halbsatz SGB XI-Reg-E)

Gesetzentwurf

In § 7 Abs. 2 Satz 1 2. Halbsatz SGB XI-Reg-E werden die Pflegekassen verpflichtet, die Versicherten darüber aufzuklären, dass sie einen Anspruch auf Übermittlung des Gutachtens und der Rehabilitationsempfehlung gemäß § 18 Abs. 1 und 6 haben. In § 18 Abs. 3 Satz 8 SGB XI-Reg-E wird das Recht der Antragsteller auf die gleichzeitige Zusendung der Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) oder der anderen Gutachter verankert, in dem bei der Begutachtung zu erfassen ist, ob der Antragsteller von diesem Recht Gebrauch machen will.

Bewertung

Die vorgesehenen Regelungen zur Information des Versicherten gehen nicht weit genug. Die alleinige Aufklärung über das Bestehen eines Informationsanspruchs, wie es der Gesetzentwurf in § 7 Abs. 2 Satz 1 2. Halbsatz SGB XI vorsieht, und die Zusendung des Gutachtens des MDK erst auf ausdrückliches Verlangen gemäß § 18 Abs. 3 Satz 8 SGB XI wird dem Bild eines mündigen und informierten Menschen nicht gerecht.

Der Gesetzgeber sollte berücksichtigen, dass Pflegebedürftigkeit nicht per se am selbstbestimmten Umgang mit den erhobenen Daten hindert und sollte diesbezüglich ein Informationsgleichgewicht zwischen den Pflegekassen bzw. dem MDK und den Pflegebedürftigen herstellen.

Insbesondere vor dem Hintergrund des ebenfalls vorliegenden Entwurfs eines Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (Patientenrechtegesetz), das sich am Leitbild des mündigen Patienten orientiert und im Sinne von mehr Transparenz die Informations- und Aufklärungspflichten gegenüber dem Patienten weit fasst, sollte auch dem Pflegebedürftigen die ihn betreffende Information zugetraut und regelhaft zugänglich gemacht werden, ohne dies an ein ausdrückliches Verlangen, das Manipulationen zugänglich ist, zu knüpfen.

Änderungsvorschlag

Die Regelung in § 7 Abs. 2 Satz 1 2. Halbsatz SGB XI ist entsprechend anzupassen bzw. dahingehend zu ergänzen, dass zur Verwirklichung des Informationsanspruchs die Gutachten dem Pflegebedürftigen übersandt werden.

Die Regelung sollte lauten wie folgt:

„Dem Antragsteller wird das Gutachten gleichzeitig übermittelt. Der Antragsteller kann die Übermittlung des Gutachtens auch zu einem späteren Zeitpunkt erneut verlangen.“

Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit - Möglichkeit zur Beauftragung anderer Gutachter (§ 18 Abs. 1 SGB XI-Reg-E)

Gesetzentwurf

Den Pflegekassen soll zukünftig die Möglichkeit zur Beauftragung anderer Gutachter neben den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung zur Prüfung der Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit eingeräumt werden. Soweit unabhängige Gutachter mit der Prüfung beauftragt werden, sind dem Antragsteller in der Regel drei Gutachter zur Auswahl zu benennen.

Bewertung

Durch diese Option sollen die Pflegekassen bessere Möglichkeiten haben, innerhalb der gesetzlich verketteten Frist ihre Entscheidung über die Pflegebedürftigkeit zu treffen. Des Weiteren sollen die Pflegekassen damit auch flexibler auf Engpässe im Begutachtungsgeschehen reagieren können. Das angestrebte Ziel halten wir für richtig. Es kann jedoch nicht allein durch die Möglichkeit zur Beauftragung anderer Gutachter erreicht werden.

Vielmehr kann die Möglichkeit zur Beauftragung anderer Gutachter eine Gefahr für die Einheitlichkeit und Unabhängigkeit der Begutachtung darstellen.

Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherungen sind als Körperschaften des öffentlichen Rechts oder als Vereine organisiert, sind wirtschaftlich unabhängig und unterstehen der Aufsicht des jeweiligen Landesgesundheitsministeriums. Demgegenüber stehen andere Gutachter, die direkt von den Pflegekassen mit der Begutachtung beauftragt werden, mit diesen in engeren vertraglichen und finanziellen Beziehungen, möglicherweise sogar in Abhängigkeiten. Dadurch könnte die bisherige einheitliche, unabhängige und qualitätsgesicherte Begutachtung und somit auch die vom Gesetzgeber mit dem PNG intendierte verstärkte Inanspruchnahme von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen gefährdet werden.

Diesen Gefahren muss von Seiten des Gesetzgebers entgegengetreten werden, etwa durch dezidierte Anforderungen an die Unabhängigkeit der Gutachter, die im Rahmen der Richtlinie nach § 53b SGB XI-Reg-E zu verankern und umzusetzen sind. Darüber hinaus wird angeregt, den Personaleinsatz innerhalb des MDK zu überprüfen, der grundsätzlich so ausgestaltet sein muss, dass die gesetzlichen Fristen eingehalten werden können.

Die Wahlmöglichkeit für den Versicherten unter den (anderen) Gutachtern ist grundsätzlich zu begrüßen; wir geben jedoch zu bedenken, dass es dem Versicherten oftmals an einer fundierten Entscheidungsgrundlage für die Auswahl zwischen den Gutachtern fehlen wird, die er sich auch kaum innerhalb der Entscheidungsfrist von einer Woche beschaffen kann. Insofern wird die dem Versicherten eingeräumte Wahlmöglichkeit leider oftmals keinen relevanten Beitrag zur Verbesserung und zur größeren Akzeptanz des Begutachtungsverfahrens und seines Ergebnisses leisten können.

Änderungsvorschlag

Der Diakonie Bundesverband regt an, präzise Vorgaben zu machen, die die Unabhängigkeit der anderen Gutachter sicherstellen können.

Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit - die Erstellung und regelhafte Zusendung einer eigenständigen Rehabilitationsempfehlung an den Antragsteller (§ 18 Abs. 1 und Abs. 6 SGB XI-Reg-E)

Gesetzentwurf

Um die praktische Verwirklichung von Leistungen der medizinischen Rehabilitation für pflegebedürftige oder von Pflegebedürftigkeit bedrohte Menschen zu erleichtern, sieht der Gesetzentwurf vor, dass im § 18 SGB XI-Reg-E (Verfahren zur Feststellung zur Pflegebedürftigkeit) die medizinische Rehabilitation betreffende Änderungen vorgenommen werden: Neu ist, dass die Feststellungen des MDK bzw. des unabhängigen Gutachters in einer gesonderten Rehabilitationsempfehlung dokumentiert werden.

Bewertung

Der Diakonie Bundesverband begrüßt die im Gesetzentwurf formulierten Neuerungen (gesonderte Rehabilitationsempfehlung, Möglichkeit der unabhängigen Begutachtung, Konkretisierung der Informationspflichten der Pflegekassen gegenüber dem Antragsteller), weil durch sie die Relevanz medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen im Prozess der Bedarfsfeststellung gestärkt und sichtbarer wird. Das nun formulierte Verfahren ist jedoch weiter zu vereinfachen. Wir sprechen uns dafür aus, dass die Rehabilitationsempfehlung des Medizinischen Dienstes bzw. der beauftragten unabhängigen Gutachter die Grundlage der nach § 14 SGB IX notwendigen Feststellung des individuellen Rehabilitationsbedarfs durch den Rehabilitationsträger ist. Der Eingang der Mitteilung gilt – schon jetzt nach geltendem Recht – als Antragstellung für das Verfahren nach § 14 SGB IX. § 31 SGB XI ist in dem hier vorgeschlagenen Sinne zu verändern. Eine weitere Stellungnahme der Pflegekasse zum Rehabilitationsbedarf ist nicht erforderlich, sie ist jedoch über die Entscheidung zu informieren.

Änderungsvorschlag

§ 18 Abs. 6 Satz 2 SGB XI-Reg-E: wird durch folgenden Satz ergänzt:

„Auf der Grundlage der Rehabilitationsempfehlung stellt der zuständige Rehabilitationsträger den Rehabilitationsbedarf nach § 14 SGB IX fest“.

Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit - Erstellung und Zusatzzahlung durch die Pflegekasse bei nicht fristgerechter Bescheiderteilung (§ 18 Abs. 3a SGB XI-Reg-E)

Gesetzentwurf

Um die Situation der Antragsteller zu verbessern und um einen zusätzlichen Anreiz für die Pflegekassen zu schaffen, die gesetzlich festgelegten Termine tatsächlich einzuhalten, wird eine pauschale Zusatzzahlung durch die Pflegekasse bei nicht fristgerechter Bescheiderteilung von 10 € pro Verzögerungstag eingeführt. Diese Regelung gilt nicht, wenn die Verzögerung durch ein Verhalten des Antragstellers oder ihm zurechenbarer Personen entstanden ist oder wenn der pflegebedürftige Mensch sich in der stationären Pflege befindet.

Bewertung

Mit der Pflegeversicherungsreform 2008 wurde erstmals in § 18 Abs. 3 SGB XI eine Fünf-Wochen-Frist für die Begutachtung und Entscheidung festgeschrieben. Es hat sich aber in der Praxis gezeigt, dass die Fünf-Wochen-Frist häufig sowohl bei der Erstbegutachtung als auch bei einem Antrag auf Neueinstufung nicht eingehalten wird, auch wenn sich die durchschnittlichen Bearbeitungszeiten statistisch verkürzt haben. In der Praxis wird nicht selten über eine Bearbeitungszeit von bis zu 12 Wochen berichtet. Der Diakonie Bundesverband hat dies vielfach kritisiert.

Der Gesetzgeber will nun einen Anreiz für eine fristgerechte Bescheiderteilung setzen, was im Grundsatz zu begrüßen ist. Kritisch zu fragen ist aber, ob das Problem durch die Zahlungen pro Verzögerungstag gelöst werden kann. Ein solches Vorgehen schafft zusätzlichen Verwaltungsaufwand bei den Pflegekassen. Zudem sind Auseinandersetzungen darüber zu erwarten, ob die Verzögerung durch ein Verhalten des Antragstellers oder ihm zurechenbarer Personen entstanden ist. Der Antragsteller wird im Streitfall nur schwer nachweisen können, dass die Verzögerung nicht durch ihn verursacht wurde. Zudem kompensieren 10 € pro Verzögerungstag keineswegs die Schadenfolgen, die sich für den Antragsteller ergeben, wenn er Leistungen der Pflegekasse erst später erhält. Bei der beabsichtigten Neuregelung ist es nicht akzeptabel, dass Versicherte in der stationären Pflege ausgenommen sind.

Es ist die konsequente Umsetzung der gesetzlichen Fünf-Wochen-Frist zu fordern. Die Zahlung pro Verzögerungstag ist ein zu schwacher Anreiz, die Beurteilung und Einstufung in der Praxis nachhaltig zu beschleunigen. Zur Erreichung des gesetzgeberischen Ziels schlägt der Diakonie Bundesverband eine erhöhte Transparenz hinsichtlich der Verfahrensdauer und eine regelmäßige Veröffentlichung der jeweiligen Bearbeitungszeiten und die Anzahl der Fristüberschreitungen vor.

Der Diakonie Bundesverband macht in diesem Zusammenhang auf ein weiteres Problem im Rahmen der Begutachtung aufmerksam. § 18 Abs. 3 Satz 3 und 4 sehen verkürzte Fristvorgaben z. B. beim Aufenthalt des Versicherten im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung vor. Das Gutachten muss nach § 18 Abs. 3 Satz 6 SGB XI hier nur die Feststellung beinhalten, ob Pflegebedürftigkeit i.S. der §§ 14 und 15 vorliegt. In der Regel wird hier die vorläufige Pflegestufe I ausgesprochen, teilweise auf der Basis von regionalen Vereinbarungen. Diese Einstufung entspricht häufig nicht dem tatsächlichen Hilfebedarf der Versicherten, insbesondere bei einer Entlassung aus dem Krankenhaus. Die Regelung erweist sich in der Praxis nicht selten als problematisch - selbst wenn nach fünf Wochen durch den MDK die Ermittlung der tatsächlichen Pflegestufe erfolgt -, da auch die Versicherten in Fällen der verkürzten Fristen auf eine rasche Information über die empfohlene Höhe der Leistungen angewiesen sind, um die Weiterversorgung bedarfsgerecht organisieren zu können. Dies ist nicht sachgerecht und führt in der Praxis zu vielfältigen Problemen sowohl für den Versicherten und seine Angehörigen als auch für die Einrichtungen und Dienste. Zur Stärkung der Rechte pflegebedürftiger Menschen sollten Versicherte auch bei einem verkürzten Verfahren nicht eine vorläufige pauschale Pflegestufe bekommen, sondern es sollte bereits ihr tatsächlicher Hilfebedarf ermittelt werden und sie sollten eine konkrete Zuordnung in eine Pflegestufe entsprechend ihres Hilfebedarfs erhalten. Dies kann nach § 33 Abs. 1 SGB XI ggf. auch auf einen kürzeren Zeitraum befristet werden, beispielsweise für die Dauer eines anschließenden Kurzzeitpflegeaufenthalts.

Weiterleitung der Rehabilitationsempfehlung, Berichtspflichten (§ 18a SGB XI-Reg-E)

Gesetzentwurf

Spätestens mit der Mitteilung der Entscheidung über die Pflegebedürftigkeit leitet die Pflegekasse dem Antragsteller die Rehabilitationsempfehlung zu. Die Pflegekasse hat umfassend und begründet zur Rehabilitationsempfehlung Stellung zu nehmen, inwieweit auf der Grundlage der Empfehlung Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation angezeigt sind. Der Antragsteller wird darüber informiert, dass mit der Zuleitung der Mitteilung über den Rehabilitationsbedarf an den zuständigen Rehabilitationsträger ein entsprechendes Antragsverfahren nach SGB IX ausgelöst wird.

Den Pflegekassen werden statistische Berichtspflichten zum Antrags- bzw. Bewilligungsgeschehen bezüglich der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation auferlegt.

Bewertung

Die im neuen § 18a formulierten statistischen Berichtspflichten der Pflegekassen zum Antrags- bzw. Bewilligungsgeschehen bezüglich der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden vor dem Hintergrund der Tatsache, dass zur medizinischen Rehabilitation pflegebedürftiger Menschen bislang kaum valide Daten vorhanden sind, begrüßt.

Änderungsvorschlag

§ 18a Abs. 1 Satz 1 SGB XI-Reg-E erhält folgende Fassung:

„Spätestens mit der Mitteilung der Entscheidung über die Pflegebedürftigkeit leitet die Pflegekasse dem Antragsteller und dem zuständigen Rehabilitationsträger die gesonderte Rehabilitationsempfehlung des Medizinischen Dienstes oder des von der Pflegekasse beauftragten Gutachters zu.“

Dienstleistungsorientierung im Begutachtungsverfahren (§ 18b SGB XI-Reg-E)

Gesetzentwurf

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen soll bis zum 31.03.2013 eine Richtlinie erlassen mit dem Ziel, die Dienstleistungsorientierung für die Versicherten im Begutachtungsverfahren zu stärken. Zum Regelungsgegenstand der Richtlinie zählen: allgemeine Verhaltensgrundsätze für die Gutachter und die anderen Mitarbeiter der Medizinischen Dienste, Informationspflichten gegenüber den Versicherten über das Begutachtungsverfahren und die Beschwerdemöglichkeiten, die regelhafte Durchführung von Versichertenbefragungen und einheitliches Beschwerdemanagement.

Bewertung

Eine stärkere Orientierung des MDK hin zu mehr Service und der Ansatz der Stärkung der Kundenorientierung und Kundensouveränität sind grundsätzlich zu begrüßen. Der Gesetzentwurf sieht jedoch vor, dass neben dem MDK auch andere unabhängige Gutachter von der Pflegekasse beauftragt werden können. Daher schlägt der Diakonie Bundesverband vor, eine Richtlinie zu erlassen, die für alle von Pflegekassen beauftragten Gutachter unmittelbar verbindlich ist.

Des Weiteren empfiehlt der Diakonie Bundesverband auch die Gutachter des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. in diese Regelungen einzubeziehen.

Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson (§ 19 Satz 2 SGB XI-Reg-E)

Gesetzentwurf

Gegenwärtig setzt die Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen durch die Pflegeversicherung zu Gunsten einer Pflegeperson voraus, dass sich die Pflege Tätigkeit der Pflegeperson auf mindestens 14 Stunden wöchentlich bei einem pflegebedürftigen Menschen beläuft. Durch die vorgesehene Änderung wird nun ein Zusammenrechnen der Pflegezeiten von zwei oder mehreren pflegebedürftigen Menschen ermöglicht.

Bewertung

Der Diakonie Bundesverband begrüßt einerseits diese Regelung, da sie einen Beitrag zu einer stärkeren Anerkennung von pflegenden Angehörigen leistet. Andererseits reicht die Regelung bei weitem nicht aus, um die drängenden Probleme der rentenrechtlichen Absicherung von pflegenden Angehörigen zu lösen. So ist als erstens die 14 Stunden Grenze auf 10,5 Stunden zu senken. damit auch die Angehörigen, die den vollen Pflegebedarf eines pflegebedürftigen Menschen der Stufe I von 10,5 Stunden wöchentlich (1,5 Stunden täglich) abdecken, Berücksichtigung finden. (Dies entspricht auch einem Vorschlag des Bundesrats.) Wichtig ist für alle pflegenden Angehörigen, dass die Höhe der durch die Pflegekassen zu entrichtenden Rentenversicherungsbeiträge nicht mehr von der jeweiligen Pflegestufe abhängt, da die zeitliche sowie die physische und psychische Beanspruchung der Pflegeperson hieran nicht verlässlich abgelesen werden kann. Folglich sind auch die pflegenden Angehörigen von Menschen mit einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz (Personenkreis nach § 45a) ohne Pflegestufe einzubeziehen. Darüber hinaus sind die Rentenversicherungsbeiträge deutlich anzuheben, damit pflegebedingte Berufsunterbrechungen langfristig nicht zu einem Risikofaktor für Armut im Alter werden. Wie bei der Elternzeit sollte auf das letzte Erwerbseinkommen vor Beginn der Pflegezeit abgestellt werden.

Weitere Maßnahmen zur Stärkung der häuslichen Pflege

Der Diakonie Bundesverband schlägt neben den im Gesetz vorgesehenen Verbesserungen die folgenden unter Punkt A bis E aufgeführten weiteren Maßnahmen zur Stärkung der häuslichen Pflege und der familialen Pflegearrangements vor:

A) Weiterentwicklung der Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI

Pflegebedürftige Menschen, die Pflegegeld beziehen, müssen eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung, durch eine von den Landesverbänden der Pflegekassen nach Absatz 7 anerkannte Beratungsstelle mit nachgewiesener pflegefachlicher Kompetenz oder, sofern dies durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung vor Ort oder eine von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannte Beratungsstelle mit nachgewiesener pflegefachlicher Kompetenz nicht gewährleistet werden kann, durch eine von der Pflegekasse beauftragte, jedoch von ihr nicht beschäftigte Pflegefachkraft halbjährig bei Pflegestufe I und II sowie vierteljährig bei Pflegestufe III, abrufen. Die Vergütung für die Beratung ist von der zuständigen Pflegekasse zu tragen.

Darüber hinaus sind Versicherte, die zum Personenkreis nach § 45a SGB XI zählen und bei denen noch keine Pflegestufe vorliegt, berechtigt aber nicht verpflichtet die Beratungsbesuche in bestimmten Intervallen abzurufen.

Die Beratung dient der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und der praktischen pflegefachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden.

Der Beratungsaspekt ist hierbei zu stärken und der Kontrollaspekt zu verringern.

Die Berechtigung zum Abrufen der Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI darf nicht nur auf Menschen mit einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz ohne Pflegestufe beschränkt sein, sondern muss für alle pflegebedürftigen Menschen bzw. ihre pflegenden Angehörigen in der häuslichen Pflege möglich sein, auch dann wenn sie Pflegesachleistungen oder Kombinationsleistungen in Anspruch nehmen. Nach Ansicht des Diakonie Bundesverbands darf die Berechtigung zum Abruf eines Beratungseinsatzes nicht an den Pflegegeldbezug gebunden sein.

Darüber hinaus benötigt es eine Klarstellung, dass pflegebedürftige Menschen, die eine Tagespflegeeinrichtung besuchen und/oder häusliche Krankenpflege verordnet bekommen, ebenfalls berechtigt sind, Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI in Anspruch zu nehmen.

Es muss für alle pflegebedürftigen Menschen in der häuslichen Pflege möglich sein, die Beratung auch häufiger abzurufen als dies in § 37 Abs. 3 Satz 1 SGB XI vorgesehen ist.

Des Weiteren sind die Beratungsbesuche zu qualifizieren und zielgruppenspezifische Angebote zu entwickeln.

In den Vergütungsvereinbarungen nach § 89 SGB XI sind zukünftig auch die Vergütungen für die Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI zu vereinbaren.

Des Weiteren sollte, wie im Referentenentwurf geplant, die Vergütungen für Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 Satz 4 SGB XI vereinbart werden. Neben der wie im Referentenentwurf vorgeschlagenen Modifikation in § 89 Abs. 3 Satz 3 SGB XI ist unserer Auffassung nach auch eine Änderung in § 37 SGB XI erforderlich. Bisher werden in § 37 Abs. 3 Satz 4 SGB XI die Vergütungshöhen festgeschrieben, dies widerspricht einer Vereinbarung der Vergütungen für die Beratung.

B) Veränderungen bei der Kombinationspflege

Der Diakonie Bundesverband spricht sich für einen höchstmöglichen Gesamtanspruch aus den Leistungen der häuslichen Pflege (§§ 36 bis 37 SGB XI) auf das 1,5-fache des bisherigen Betrages bei der Kombinationsleistung aus.

Im Hinblick auf die teilstationäre Pflege wurde bei der letzten Pflegeversicherungsreform der höchstmögliche Gesamtanspruch aus den Leistungen der häuslichen Pflege (§§ 36 bis 38 SGB XI) und den Leistungen der teilstationären Pflege auf das 1,5-fache des bisherigen Betrages erhöht, damit der dadurch ausgelöste Nachfrageimpuls mit dazu beiträgt, dass der Bestand dieses unverzichtbaren Bausteins des Gesamtversorgungssystems nachhaltig gesichert wird. Dies gilt auch für die Kombination Pflegegeld und teilstationäre Pflege ohne Pflegesachleistungen. Nach unserer Auffassung ist diese Regelung auch auf die alleinige Kombinationspflege auszuweiten.

§ 38 SGB XI ist daher für die Kombinationspflege um eine Regelung zu ergänzen, die eine zeitlich unbegrenzte Inanspruchnahme bis zum 1,5-fachen des bisherigen Höchstbetrages vorsieht und dadurch das höchst sinnvolle Element der Kombinationspflege stärkt.

Dies entspricht auch der Logik des PNG, das die hälftige Anrechnung des Pflegegeldes auf die Kurzzeit- und Verhinderungspflege vorsieht.

C) Änderungen und Klarstellungen bei der Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI)

Der Diakonie Bundesverband spricht sich dafür aus, pflegende Angehörige besser zu entlasten und die häusliche Pflege zu stärken, indem die sechsmonatige Vorpflegezeit ersatzlos aufgehoben wird. Die seinerzeit befürchteten „Mitnahmeeffekte“ sind praxisfern.

Zur Stabilität der Pflegesettings in der Häuslichkeit und der Entlastung der Pflegepersonen sollte der Zugang zu dieser Leistung verbessert werden durch eine Entbürokratisierung des Antragsverfahrens (die Versicherten sollten nicht jede Leistung einzeln beantragen müssen) und eine Förderung der stundenweisen Inanspruchnahme. Gerade die stundenweise Leistung kann zu einer kurzfristigen Entlastung der pflegenden Angehörigen und zu einer Stabilisierung der häuslichen Pflegesettings führen. Dies sollte nicht durch eine andere Interpretation des Gesetzes durch die Pflegekassen verhindert werden. Aufgrund der Praxiserfahrungen halten wir deshalb im Hinblick auf die stundenweise Inanspruchnahme eine Klarstellung im Gesetzestext für erforderlich.

Änderungsvorschlag

§ 39 Abs. 1 SGB XI ist wie folgt zu fassen:

„Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegekasse die Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für längstens vier Wochen je Kalenderjahr bei einer **tagweisen Inanspruchnahme**; § 34 Abs. 2 Satz 1 gilt nicht.“

§ 39 Abs. 2 SGB XI ist zu streichen und wie folgt neu zu fassen:

„Die Ersatzpflege kann darüber hinaus auch stundenweise in Anspruch genommen werden. Bei einer stundenweisen Inanspruchnahme von Ersatzpflege unter 8 Stunden pro Tag erfolgt keine Anrechnung auf die Höchstanspruchsdauer von 28 Tagen pro Kalenderjahr. Bei stundenweiser Inanspruchnahme ist das Pflegegeld nicht zu kürzen.“

D) Ambulantisierung der Leistung der Kurzzeitpflege

Modellprojekte haben gezeigt, dass eine Flexibilisierung der Leistungen der Kurzzeitpflege mit einem Optionsrecht auf einen ambulanten Einsatz analog zur Verhinderungspflege einen entlastenden Effekt für pflegende Angehörige haben kann und zur Stärkung der häuslichen Pflegesettings beitragen kann, ohne eine Erhöhung der Leistungsansprüche. Es sollte deshalb ein Optionsrecht auf einen ambulanten Einsatz bei den Leistungen zur Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI eingeführt werden.

E) Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen (§ 45 SGB XI)

Die Pflegekassen sollen für Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pflegetätigkeit interessierte Personen Schulungskurse unentgeltlich anbieten. Die Schulungen sollen auch in der häuslichen Umgebung des pflegebedürftigen Menschen stattfinden. Die Pflegekasse kann die Kurse entweder selbst oder gemeinsam mit anderen Pflegekassen durchführen oder geeignete andere Einrichtungen mit der Durchführung beauftragen.

Pflegekurse und individuelle Anleitungen/Schulungen tragen in der Häuslichkeit wesentlich zu einer Entlastung der pflegenden Angehörigen und einer Stabilisierung der Pflegearrangements bei. Es müssen jedoch die Barrieren für die Inanspruchnahme abgebaut werden. In Kursen oder individuellen Schulungen erhalten pflegende Angehörige gezielt Informationen, Beratung und Anleitung. Oftmals kennen Angehörige diese Möglichkeit nicht oder es bestehen Schwellenängste und Vorbehalte, diese zu nutzen.

Nach der bisherigen Rechtslage handelt es sich hierbei um eine Sollvorschrift. Diese sollte in einen Rechtsanspruch für die Versicherten bzw. ihre pflegenden Angehörigen umgewandelt werden. Insbesondere die Inanspruchnahme der Schulung/Anleitung in der Häuslichkeit wird aber auch dadurch erschwert, dass eine gesonderte Vereinbarung zwischen dem ambulanten Pflegedienst und der jeweiligen Pflegekasse des Versicherten bzw. des Angehörigen bestehen muss, da diese Leistungen nicht zu den Regelleistungen der Pflegeversicherung zählen und der Versicherte keinen Rechtsanspruch darauf hat. Um die pflegebedingten Belastungen von Angehörigen und ehrenamtlichen Pflegepersonen zu reduzieren und die häuslichen Pflegesettings zu stabilisieren, müssen die Pflegekurse und individuellen Schulungen/Anleitungen von pflegenden Angehörigen in der Häuslichkeit zu einer Pflichtleistung der Pflegekassen werden.

Des Weiteren sind die Kursangebote und die individuellen Schulungen bedarfsgerecht durch die ambulanten Pflegedienste weiterzuentwickeln durch Qualifizierungen der Kursleitungen und der Pflegefachkräfte für die Anleitung in der Häuslichkeit und die Entwicklung von zielgruppenspezifischen Konzepten.

Nach Auffassung des Diakonie Bundesverbands sollten die Pflegekurse für Angehörige und die Schulungen/individuellen Anleitungen in der Häuslichkeit als Rechtsanspruch des Versicherten analog zur Pflegeberatung nach § 7 und 7a SGB XI ausgestaltet werden.

Es sollte ein Kontrahierungszwang für die Leistungsträger mit allen ambulanten Pflegediensten, die die Leistung gemäß qualitativer Vorgaben erbringen, vorgesehen werden.

Häufige Anrechnung des Pflegegeldes auf die Kurzzeit- und Verhinderungspflege (§ 37 Abs. 2 Satz 2 SGB XI–Reg-E)

Gesetzentwurf

Während der Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI und von Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI wird eine gleichzeitige Gewährung der Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes der jeweiligen Pflegestufe nach § 37 SGB XI ermöglicht.

Bewertung

Die geplante häufige Anrechnung des Pflegegeldes auf die Leistungen der Kurzzeit- bez. Verhinderungspflege dient der Stärkung häuslichen Pflegearrangements. Bei der stundenweisen Inanspruchnahme der Verhinderungspflege erfolgte bisher keine Anrechnung auf das Pflegegeld. Es ist im Gesetzestext klarzustellen, dass diese Regelung nicht bei stundenweiser Inanspruchnahme von Ersatzpflege gelten darf. Des Weiteren sind auch die Sozialversicherungsbeiträge nach § 44 und § 44a SGB XI während der Inanspruchnahme von Kurzzeit- und Verhinderungspflege weiterzuzahlen, da auch hier die Notwendigkeit der Sozialen Sicherung der Pflegeperson besteht. § 34 Abs. 3 ist entsprechend zu ergänzen.

Änderungsvorschlag

§ 37 Abs. 2 Satz 2 SGB XI-Reg-E wird wie folgt ergänzt:

„Die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes wird während einer Kurzzeitpflege nach § 42 und einer Verhinderungspflege nach § 39 jeweils für bis zu vier Wochen je Kalenderjahr fortgewährt, bei einer stundenweisen Inanspruchnahme von Verhinderungspflege wird das Pflegegeld ungekürzt weiter gezahlt.“

Klarstellung bezüglich der Berechnung des anteiligen Pflegegeldes bei der Kombinationsleistung (§ 38 Satz 1 und 2 SGB XI), Änderungsantrag 1 der Koalitionsfraktionen - Ausschuss-Drs 17(14)0269

Der Gesetzgeber wird um Klarstellung bezüglich der Berechnung des anteiligen Pflegegeldes bei der Kombinationsleistung gebeten.

Hintergrund ist der, dass am 13.04.2011 auf Anregung des Bundesversicherungsamts das sog. Gemeinsame Rundschreiben zu den leistungsrechtlichen Vorschriften vom 01.07.2008 des GKV-Spitzenverbands und der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene hinsichtlich der Berechnung der Kombinationsleistung gemäß § 38 SGB XI geändert wurde. Aufgrund der dort nun vorgegebenen Berechnungsmethode des anteiligen Pflegegeldes, die sich nachteilig für den Pflegebedürftigen auswirkt, haben Pflegekassen ihre Bezieher der Kombinationsleistung angeschrieben und Neuberechnungen mitgeteilt.

Der Diakonie Bundesverband weist erneut darauf hin, dass die neuerdings praktizierte Auslegung des § 38 SGB XI der höchstrichterlichen Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 13.03.2001, Az.: B 3 P 10/00 R) widerspricht. Der Gesetzgeber ist daher dringend aufgefordert, klarstellend einzugreifen.

Der entsprechende Änderungsantrag 1 der Fraktionen der CDU/CSU und FDP ist aus unserer Sicht sowohl argumentativ als auch hinsichtlich des konkreten Gesetzgebungsvorschlages unterstützenswert.

Durch die vorgeschlagene Regelung wird sichergestellt, dass Pflegedürftige in vollstationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe Pflegegeld für die Tage, an denen sie zuhause gepflegt werden, ungekürzt erhalten. Dies stellt zugleich ein wichtiges Signal an die pflegenden Angehörigen dar und stärkt - wie auch vom Gesetzgeber im Pflegeneuausrichtungsgesetz beabsichtigt - das häusliche Element im Pflegearrangement nach den Bedürfnissen und Wünschen des Pflegebedürftigen.

Bindung des Pflegebedürftigen an die Entscheidung (§ 38 Satz 3 SGB XI)

Die in **§ 38 Satz 3 SGB XI** geregelte **Bindung** an die Entscheidung, in welchem Verhältnis der Pflegebedürftige Geld- und Sachleistung in Anspruch nehmen will, für die Dauer von 6 Monaten, ist zu lang. Sie entspricht nicht der Lebenswirklichkeit von Pflegebedürftigen und ihren Pflegesettings, bei denen sich etwa neue Bedürfnisse an Pflege und Versorgung, aber auch die Änderung sonstiger Lebensumstände bei dem Pflegebedürftigen oder einer Pflegeperson kurzfristig ergeben können. Sie ist daher ersatzlos zu streichen.

Hälftiges Pflegegeld während der Kurzzeit und Verhinderungspflege und Kombinationspflege (§ 38 Satz 4 SGB XI –Reg-E)

Gesetzentwurf

§ 38 SGB XI sieht eine Kombination von Pflegegeld und Pflegesachsachleistung vor. Nach § 38 SGB XI-Reg-E wird ein hälftiges Pflegegeld während einer Kurzzeit- oder Verhinderungspflege jeweils für vier Wochen pro Kalenderjahr zusätzlich gewährt.

Bewertung

Die gemäß § 38 Satz 4 SGB XI-Reg-E vorgesehene zusätzliche Gewährung von hälftigem Pflegegeld während einer Kurzzeit- oder Verhinderungspflege jeweils für vier Wochen pro Kalenderjahr wird ausdrücklich begrüßt.

Die Regelung stellt eine deutliche Verbesserung der bestehenden Rechtslage dar, ist jedoch nicht ausreichend.

Die Kombinationspflege entlastet die pflegenden Angehörigen, indem sie regelmäßig von einem Pflegedienst unterstützt werden. Dieser Pflege-Mix aus privater und professioneller Pflege wird in vielen Pflegesettings als besonders vorteilhaft angesehen, da Angehörige fachliche Ansprechpartner für Fragen haben und professionelle Pflegekräfte auf Probleme und Veränderungen sofort aufmerksam werden.

Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen (§ 38a SGB XI –Reg-E)

Gesetzentwurf

Pflegebedürftige Menschen, die in einer ambulant betreuten Wohngruppe leben und Leistungen nach den §§ 36, 37 oder 38 SGB XI beziehen sollen zukünftig einen zusätzlichen pauschalen Wohngruppenzuschlag von 200 € monatlich pro Versichertem erhalten. Der Zuschlag wird als Pauschale, nur zweckgebunden gewährt, wenn in der ambulant betreuten Wohngruppe mindestens eine Pflegekraft (Präsenzkraft) organisatorische, verwaltende oder pflegerische Tätigkeiten verrichtet. Eine weitere Voraussetzung für die Gewährung des Zuschlags ist, dass mindestens drei pflegebedürftige Menschen zum Zwecke der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung zusammenleben. Das Wohnen darf nicht unter heimrechtliche Vorschriften fallen. Um eine gemeinschaftlich organisierte Wohnform für die pflegerische Versorgung handelt es sich, wenn die Pflege- und Betreuungsleistungen rechtlich und tatsächlich frei gewählt werden können.

Bewertung

Die Finanzierung einer Pflegekraft/Präsenzkraft in ambulant betreuten Wohngruppen war bisher nicht möglich, deshalb ist die vorliegende Regelung zu begrüßen. Positiv zu bewerten ist, dass eine unbürokratische Gewährung dieser zweckgebundenen Pauschale angestrebt wird. Dennoch sollten konzeptionelle Mindestanforderungen an die Tätigkeit der Präsenzkraft gestellt werden, um eine zweckgebundene Mittelverwendung zu erreichen. Des Weiteren muss klargestellt werden, dass die Präsenzkraften auch durch einen ambulanten Pflegedienst gestellt werden können. Dies entspricht den Realitäten in den einzelnen Bundesländern und stellt auch die Anwesenheit einer Präsenzkraft in Urlaubs- und Krankheitszeiten sicher. Mit der Verwendung des Begriffs „Pflegebedürftige“ werden unserer Auffassung nach allerdings Personen mit ei-

ner erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz in der sogenannten Pflegestufe 0, die nunmehr nach § 123 SGB XI auch Leistungen nach § 36, § 37 oder § 38 SGB XI erhalten, aus der gesetzlichen Regelung ausgeschlossen. Es sollte eine Erweiterung um diesen Personenkreis erfolgen.

Die Begrenzung auf eine gemeinsame Wohnung ist nicht sachgerecht, da es sich auch durchaus um Versicherte handeln kann, die in einer gemeinsamen Hausgemeinschaft oder gemeinsam in einem Haus leben. Problematisch in § 38a sind die Verweise und Bezüge auf heimrechtliche Vorschriften. Da diese auf Länderebene geregelt sind, können sich hier durchaus unterschiedliche Konstellationen für ambulant betreute Wohngruppen ergeben. Der Gesetzestext sollte sich darauf beschränken, die Leistung zu gewährleisten, wenn Versicherte gemeinsam in einer Wohnung oder einem Haus leben, um gemeinschaftlich ihre pflegerische Versorgung selbst zu organisieren.

Da es sich um eine neue Leistungsform handelt, sollte diese zum 31.12.2015 wissenschaftlich evaluiert und überprüft werden.

Für den Personenkreis der Menschen mit Behinderung mit pflegerischem Bedarf ist festzustellen, dass die Regelung zur Inanspruchnahme der zusätzlichen Leistungen nach § 38a SGB XI nicht mit Art. 19 BRK korrespondiert. Die in § 38a Abs. 1 Ziffer 1 - 4 SGB XI benannten Voraussetzungen zur Inanspruchnahme von zusätzlichen pflegerischen Leistungen schränken das Individualwunsch- und Wahlrecht bei der Auswahl der Leistungsgestaltung ein und der bisherige additive Hilfemixansatz wird ins Gegenteil verkehrt.

Darüber hinaus sieht der Diakonie Bundesverband die Gefahr, dass Menschen mit Behinderung mit pflegerischem Bedarf im Rahmen ambulanter Wohnhilfen anstelle der bisherigen Eingliederungshilfeleistungen nach SGB XII/ SGB IX zunehmend auf Leistungen nach § 38a SGB XI verwiesen werden.

Insofern sind nach Ansicht des Diakonie Bundesverbands klarstellende Regelungen zum Binnenverhältnis der Leistungen nach § 38a SGB XI und den Leistungen der Eingliederungshilfe nach SGB XII / SGB IX aufzunehmen.

In Ergänzung zu den obigen Ausführungen zu § 38a Abs. 2 SGB XI wird die getroffene Negativdefinition der ambulant betreuten Wohngruppen noch dadurch erschwert, als dass auch im Bereich der Eingliederungshilfen bundesweit zahlreiche unterschiedliche ambulant betreute Wohnformen existieren und es keine einheitliche Definition hierzu gibt.

Änderungsvorschlag

§ 38a Abs. 1 ist folgend zu fassen:

„1) Pflegebedürftige **und Personen mit einer erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 45a** haben Anspruch auf einen pauschalen Zuschlag in Höhe von 200 Euro monatlich, wenn

1. sie in ambulant betreuten Wohngruppen in einer gemeinsamen Wohnung **oder in einer Hausgemeinschaft in einem Haus** mit häuslicher pflegerischer Versorgung leben,
2. sie Leistungen nach § 36, § 37 oder § 38 beziehen,
3. in der ambulant betreuten Wohngruppe eine Pflegekraft ~~tätig ist, die~~ organisatorische, verwaltende oder pflegerische Tätigkeiten verrichtet und
4. es sich um ein gemeinschaftliches Wohnen von regelmäßig mindestens drei Pflegebedürftigen handelt mit dem Zweck der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung. ~~dem die jeweils maßgeblichen heimrechtlichen Vorschriften nicht entgegenstehen.“~~

Pflegehilfsmittel und Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen (§ 40 SGB XI–Reg-E)

Gesetzentwurf

Aufgehoben wird § 40 Abs. 4 Satz 2 SGB XI. Folglich müssen pflegebedürftige Menschen zukünftig keinen angemessenen Eigenanteil mehr leisten. Nach § 40 Abs. 4 Satz 3 dürfen die Zuschüsse einen Betrag in Höhe von 2.557 € je Maßnahme nicht übersteigen.

Bewertung

Die Streichung von § 40 Abs. 4 Satz 2 SGB XI ist positiv zu bewerten. Durch den Wegfall der Einkommensprüfung zur Bemessung des angemessenen Eigenanteils wird der Zugang zu Wohnumfeld verbessernden Maßnahmen für den Antragsteller niedrigschwelliger ausgestaltet.

Als problematisch ist anzusehen, dass der Gesetzgeber keine Änderung des § 40 Abs. 4 Satz 3 SGB XI, der einen Höchstbetrag je Maßnahme regelt, vorsieht. Zu dieser Vorschrift hat das BSG ausgeurteilt (BSG Urteil vom 17.07.2008, Az. B 3 P 12/07 R), dass der Zuschuss bei mehreren Antragstellern mit ähnlichen behinderungsbedingten Anforderungen nicht personenbezogen mehrfach, sondern nur einmal wohnungsbezogen bewilligt werden soll. Außerdem werden alle Einzelmaßnahmen, die zu einem bestimmten Zeitpunkt zur Verbesserung des Wohnumfelds notwendig sind, zu einer Gesamtmaßnahme zusammengefasst, für die dann insgesamt die Höchstbetragsgrenze des § 40 Abs. 4 Satz 3 SGB XI gelte. Ein zweiter Zuschuss kommt nach der Rechtsprechung erst dann in Betracht, wenn sich die Pflegesituation objektiv ändert und dadurch im Laufe der Zeit weitere Umbaumaßnahmen notwendig werden (BSG Urteil vom 17.7.2008, Az. B 3 P 12/07 R Rn.20 u. 21).

Diese sehr weite Zusammenfassung mehrerer Einzelmaßnahmen zu einer Gesamtmaßnahme sehen wir kritisch, da im Ergebnis die Antragsteller mit einem größeren objektiv notwendigen Umbaubedarf im Verhältnis schlechter gestellt werden.

Auch die nicht personen-, sondern wohnungsbezogene Bewilligung des Zuschusses ist insbesondere bei Pflegebedürftigen in ambulanten Wohngemeinschaften kritisch zu sehen. In dieser Wohnform, die der Gesetzgeber mit dem Reformvorhaben ja gerade fördern will, würde aufgrund der Höchstbetragsregelung in Verbindung mit der Bündelung der Maßnahmen zu einer Gesamtmaßnahme für mehrere Pflegebedürftige nur eine verhältnismäßig sehr geringe Bezuschussung der notwendigen Maßnahmen ausgesprochen werden.

Änderungsvorschlag

Unserer Auffassung nach sollte daher § 40 Abs. 4 Satz 3 SGB XI ausdrücklich regeln, dass die Zuschüsse einen Betrag von 2.557 € **je Pflegebedürftigem und je Maßnahme** nicht übersteigen dürfen. Einer zu weiten Bündelung der Maßnahmen sollte der Gesetzgeber klarstellend etwa in der Gesetzesbegründung entgegenzutreten.

Änderungen in § 42 Abs. 3 SGB XI/ Anhebung der Altersgrenze

§ 42 Abs. 3 wurde mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz neu aufgenommen. Danach besteht der Anspruch auf Kurzzeitpflege in begründeten Einzelfällen bei zu Hause gepflegten Kindern bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres auch in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen, wenn die Pflege in einer von den Pflegekassen zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtung nicht möglich ist oder nicht zumutbar erscheint.

Bewertung

Die Möglichkeit nach § 42 Abs. 3 SGB XI Kurzzeitpflege für behinderte Kinder in (anderen) geeigneten Einrichtungen zuzulassen, hat sich bewährt. Allerdings zeigen die Praxiserfahrungen, dass die Altersgrenze von 18 Jahren zu niedrig angesetzt ist. Der Diakonie Bundesverband plädiert deshalb analog zum Bundesrat dafür, im Rahmen der Gewährung der Kurzzeitpflege bei Kindern und Jugendlichen mit Behinderung die Altersgrenze auf das 25. Lebensjahr anzuheben.

Änderungsvorschlag

In Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter "18. Lebensjahres" durch die Wörter "25. Lebensjahres" ersetzt.

Inanspruchnahme von Kurzzeitpflegeleistungen in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen (§ 42 Abs. 4 SGB XI-Reg-E)

Gesetzentwurf

§ 42 Abs. 4 SGB XI-Reg-E sieht eine Erweiterung des Anspruchs auf die Sachleistung Kurzzeitpflege vor. Dieser soll dann auch für pflegebedürftige Menschen in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung bestehen, die keine Zulassung zur pflegerischen Versorgung nach SGB XI hat, vorausgesetzt dass der pflegende Angehörige in dieser Einrichtung eine Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch nimmt.

Bewertung

Pflegende Angehörige brauchen mehr Anerkennung und Unterstützung bei ihrer eigenen Gesundheitsförderung und Krankheitsvermeidung. Viele pflegende Angehörige arbeiten am Rande der Erschöpfung. Ergebnisse aus Studien belegen, dass dreiviertel der pflegenden Angehörigen an mindestens einer Krankheit leiden sowie vielfältige Gesundheitsstörungen aufweisen, insbesondere bei länger andauernder Pflege. Durch parallel bestehende Erziehungs- und Familienverantwortung sowie berufliche Anforderungen ergeben sich zusätzliche Belastungsfaktoren, die sich auf die Gesundheit der pflegenden Angehörigen auswirken können. Der Diakonie Bundesverband setzt sich seit langem dafür ein, dass pflegende Angehörige, die aufgrund der Pflege erschöpft und/oder erkrankt sind, einen besseren Zugang zu medizinischen Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen haben.

Mit der Erweiterung des Anspruchs auf Sachleistung „Kurzzeitpflege“ nach § 42 Abs. 4 SGB XI-Reg-E geht die Verpflichtung zur Vorhaltung eines Angebots von Kurzzeitpflegeplätzen in den Reha- und Vorsorgeeinrichtungen einher, wenn während einer Maßnahme der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation für eine Pflegeperson eine gleichzeitige Unterbringung und Pflege des pflegebedürftigen Angehörigen erforderlich ist. Viele pflegende Angehörige wünschen sich während der Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen jedoch eine Unterbrechung der Pflege, so dass nur bei ausdrücklichem Wunsch die Kurzzeitpflege in der stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen erfolgen sollte, sachgerechter sind Kooperationen der stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen mit Kurzzeitpflegeeinrichtung am gleichen Ort oder auch eine örtliche Trennung.

Nach § 71 Abs. 4 SGB XI sind stationäre Einrichtungen, in denen Leistungen zur medizinischen Vorsorge und Rehabilitation erbracht werden, keine Pflegeeinrichtungen im Sinne von § 71 Abs. 2 SGB XI. Der Gesetzentwurf sieht keinen Abschluss von Versorgungsverträgen nach § 72 SGB XI für die Kurzzeitpflege in stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen vor. Insbesondere Vorsorgeeinrichtungen werden nicht in jedem Fall die Qualitätsanforderungen, die nach dem SGB XI an die Kurzzeitpflege gerichtet sind, erfüllen. Um die Qualität der Kurzzeitpflege während einer stationären Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme für pflegende Angehörige zu gewährleisten, sollten die stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen daher verpflichtet werden, die Anforderungen nach § 71 Abs. 2 SGB XI zu erfüllen.

Änderungsvorschlag

In § 42 Abs. 4 SGB XI-Reg-E wird wie folgt gefasst:

„(4) Abweichend von den Absätzen 1 und 2 besteht der Anspruch auf Kurzzeitpflege auch in Einrichtungen, die stationäre Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation erbringen, wenn während einer Maßnahme der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation für eine Pflegeperson eine gleichzeitige Unterbringung und Pflege des Pflegebedürftigen erforderlich ist; für die Kurzzeitpflege gelten die Anforderungen des § 71 Abs. 2.“

Förderung ehrenamtlicher Strukturen sowie der Selbsthilfe (§ 45d Abs. 2 Satz 1 SGB XI-Reg-E)

Gesetzentwurf

Für die Förderung der Selbsthilfe nach § 45d Abs. 2 ist künftig ein eigenständiges Budget vorgesehen. Die Höhe der Förderung für die Selbsthilfe nach § 45d wird auf 10 Cent pro Versicherten und Jahr festgelegt. Es bleibt bei der Kofinanzierung durch Länder/Kommunen.

Bewertung

Die neue Regelung sorgt dafür, dass Selbsthilfe besser als vorher gefördert wird. Wir begrüßen diese neue Regelung. Selbsthilfestrukturen sind wichtige Elemente der sozialen Daseinsvorsorge in den Kommunen. Deshalb ist es auch wichtig, dass die Kofinanzierung solcher Angebote durch die Kommunen/Länder erhalten bleibt und die Kommunen/Länder auch ihrer Verpflichtung nachkommen.

Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen (§ 45e SGB XI-Reg-E)

Gesetzentwurf

Die Neugründung ambulant betreuter Wohngruppen soll in den nächsten Jahren durch zusätzliche Förderanreize angeregt werden. Hierzu wird pflegebedürftigen Menschen, die Anspruch auf Leistungen nach § 38a haben und die an der gemeinsamen Gründung beteiligt sind, für die altersgerechte oder barrierearme Umgestaltung der gemeinsamen Wohnung zusätzlich zu dem Betrag nach § 40 Abs. 4 einmalig ein Betrag von bis zu 2.500 € gewährt, um die gemeinsame Wohnung binnen eines Jahres nach Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen altersgerecht umgestalten zu können. § 45e SGB XI-Reg-E sieht einen Gründungszuschuss von max. 10.000 € pro ambulanter betreuter Wohngruppe vor. Dieser wird bei mehr als vier Anspruchsberechtigten anteilig aufgeteilt. Der Förderbetrag ist von den Pflegekassen bei Nachweis der Gründung einer Wohngruppe auszuführen. Insgesamt wird ein Budget von 30 Millionen € bereitgestellt.

Bewertung

Zunächst wird der Austausch des Begriffs Wohngruppen in „Wohngemeinschaften“ empfohlen. Mit der Verwendung des Begriffs „Pflegebedürftige“ werden unserer Auffassung nach allerdings Personen mit einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz in der sogenannten Pflegestufe 0, die nunmehr nach § 123 SGB XI auch Leistungen nach § 36, § 37 oder § 38 SGB XI erhalten, aus der gesetzlichen Regelung ausgeschlossen. Es sollte deshalb eine Erweiterung um Menschen mit einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI erfolgen. Das Vorhaben, die Gründung von ambulant betreuten Wohnformen zu fördern, wird ausdrücklich begrüßt. Unklar ist, warum die Fördersumme pro Wohngemeinschaft bei 10.000 € gedeckelt wird. Dadurch wird der Anschein erweckt, dass damit die Bildung kleiner Wohngemeinschaften bevorzugt werden soll. Es wird darauf hingewiesen, dass es auch möglich ist, dass pflegebedürftige Menschen und/oder Menschen mit einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz gemeinsam ein Haus beziehen, in dem sie zusammen leben wollen. Dies sollte der Gesetzgeber berücksichtigen.

Die Anschubfinanzierung nach § 45e muss gesichert und dauerhaft zusätzlich zu den Leistungen des § 40 Abs. 4 SGB XI gewährt werden. Auch die Einschränkung auf die Personen der Gründungsmitglieder ist nicht hinreichend durchdacht, da im Falle des Todes eines Gründungsmitglieds vor Antragstellung dessen Nachfolger/in nicht Antragsteller werden kann.

Ferner weist der Diakonie Bundesverband darauf hin, dass die bisherigen Fördermittel für Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen bislang für alle Wohnsituationen von pflegebedürftigen Menschen galten. Die jetzt zusätzlich geplante Förderung kommt nur pflegebedürftigen Menschen in ambulant betreuten Wohngemeinschaften zugute, nicht aber pflegebedürftigen Menschen zuhause.

Es ist sicherlich sinnvoll, dass pflegebedürftige Menschen in ambulant betreuten Wohngemeinschaften zusätzliche Fördermittel erhalten, um die Wohnungen an ihre Bedürfnisse anzupassen, z. B. den Umbau einer Wohnküche für mehrere gehbehinderte Menschen. Im Einzelfall halten wir jedoch eine Beratung und Unterstützung bei der Gründung einer solchen Wohngemeinschaft für notwendig, auch angesichts der vielen unterschiedlichen rechtlichen Regelungen. Dies sieht der Gesetzesentwurf jedoch nicht vor.

Für die Herstellung des Einvernehmens zwischen dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen und dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. sollte eine Frist festgelegt werden, bis wann die Regelungen zu verabschiedet sind.

Weiterentwicklung neuer Wohnformen (§ 45f SGB XI-Reg-E)

Gesetzentwurf

Das Initiativprogramm zur Förderung neuer Wohnformen sieht die Weiterentwicklung neuer Wohnformen in § 45f SGB XI-Reg-E vor. Hiernach sollen zur wissenschaftlich gestützten Weiterentwicklung und Förderung neuer Wohnformen zusätzlich 10 Millionen € zur Verfügung gestellt werden. Insbesondere sollen dabei Konzepte einbezogen werden, die eine bewohnerorientierte individuelle Versorgung außerhalb von stationären Einrichtungen ermöglichen. Diese Konzepte sollen u. a. von stationären Einrichtungen entwickelt werden. Die Voraussetzungen und das Verfahren der Förderung regelt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen.

Bewertung

Das zeitlich befristete Initiativprogramm zur Förderung neuer Wohnformen, das aus nicht abgerufenen Mitteln zum Aufbau von Pflegestützpunkten finanziert werden soll, kann prinzipiell unterstützt werden. Es sollte allerdings neben neuen ambulanten Wohnformen auch auf die bestehenden stationären Wohnformen ausgeweitet werden, da es auch hier Weiterentwicklungspotentiale und -bedarfe gibt, die es gilt wissenschaftlich gestützt weiterzuentwickeln. Die Fördermittel sollten somit auch für diesen Bereich zur Verfügung stehen. Gleichzeitig sollte das Förderprogramm auch entfristet werden. Zur Vermeidung von Doppelstrukturen schlagen wir vor, die in § 45f beschriebene Weiterentwicklung neuer Wohnformen in § 45c SGB XI aufzunehmen und diesen entsprechend zu ergänzen, damit auch die Förderung der konzeptionellen Weiterentwicklung neuer Wohnformen dort dauerhaft ermöglicht werden kann.

Zu § 53a SGB XI nimmt der Diakonie Bundesverband im Rahmen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Freie Wohlfahrtspflege (BAGFW) wie folgt Stellung:

Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste (§ 53a Satz 1 Nr. 4 SGB XI-Reg-E)

Gesetzentwurf

Mit der Einfügung der Wörter „zur Qualitätssicherung der Qualitätsprüfungen“ wird der Spitzenverband Bund der Pflegekassen ermächtigt, auch hierzu Richtlinien zu erlassen.

Bewertung

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW) weist seit Jahren wiederholt auf die Unzulänglichkeiten der Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI (Qualitätsprüfungs-Richtlinien – QPR), insbesondere die fehlende Qualitätssicherung der Prüfungen der Medizinischen Dienste in den Pflegeeinrichtungen, hin. Diese sind auch wissenschaftlich belegt. Die bestehenden und fortwährenden Mängel haben dazu geführt, dass die Qualitätsprüfberichte und seit 2009 auch die veröffentlichten Ergebnisse der MDK-Prüfungen nach § 115 Abs.1a SGB XI viele subjektive Wertungen enthalten. Sowohl die Vergleichbarkeit der MDK-Prüfungen untereinander als auch die Vergleichbarkeit der gemäß § 115 Abs. 1a Satz 1 SGB XI zu veröffentlichenden Prüfergebnisse ist somit nicht gewährleistet. Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege fordern darum seit langem die Einführung einer Qualitätssicherung der Qualitätsprüfungen der Medizinischen Dienste, welche dem allgemeinen Stand im Qualitäts- und Prüfwesen entspricht und wie sie auch von den geprüften Einrichtungen erwartet wird. Mit der nun vorgeschlagenen Ergänzung wird eine Rechtsgrundlage für die Verabschiedung von Richtlinien zur Qualitätssicherung der Qualitätsprüfungen nach den §§ 114 ff. SGB XI durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen geschaffen. Diese Klarstellung wird von der BAGFW begrüßt.

Neben der Richtlinienkompetenz sollte auch ein Beteiligungsrecht für die in § 114a Abs. 7 SGB XI zu beteiligenden Organisationen und Verbände implementiert werden.

Änderungsvorschlag

In § 53a ist nach Satz 1 folgender Satz 2 einzufügen:

„Er hat die Bundesverbände der Freien Wohlfahrtspflege, die Bundesverbände privater Alten- und Pflegeheime, die Verbände der privaten ambulanten Dienste, die Bundesverbände der Pflegeberufe, die Kasenärztliche Bundesvereinigung, den Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene sowie die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen zu beteiligen.“

Verlängerung der Rahmenfrist (§ 71 Abs. 3 Sätze 1 bis 3 SGB XI-Reg-E)

Gesetzentwurf

Die Rahmenfrist für den Nachweis der zweijährigen Berufserfahrung im Rahmen der Anerkennung als verantwortliche Pflegefachkraft wird von bisher fünf Jahre auf acht Jahre verlängert.

Bewertung

Bisher konnte eine Verlängerung der Rahmenfrist von fünf auf acht Jahre nur unter Angabe spezifischer Gründe mit einer Genehmigung der Landesverbände der Pflegekassen erfolgen.

Die nun festgeschriebene generelle Öffnung ist zu begrüßen. Sie dient der Entbürokratisierung und bildet die Vielfältigkeit von Lebensläufen und Berufsbiographien besser ab als bisher.

Gesamtversorgungsvertrag (§ 72 Abs. 2 Satz 1 SGB XI-Reg-E)

Gesetzentwurf

Um die Möglichkeiten des Abschlusses von Gesamtversorgungsverträgen zu erhöhen, wird in § 72 Abs. 2 Satz 1 der Begriff „örtlich“ durch „vor Ort“ ersetzt.

Bewertung

Der Begriff „vor Ort“ ist nicht geeignet, zu präzisieren, in welcher Entfernung oder in welchem Raum sich die Einrichtungen, für die der Gesamtversorgungsvertrag vereinbart werden soll, befinden können.

Die Absicht des Gesetzes ist positiv zu bewerten, mit der vorgeschlagenen Änderung (auch mit einer Präzisierung des Begriffs „vor Ort“) werden aber die Hürden, die einem Abschluss eines Gesamtversorgungsvertrages entgegenstehen, nicht abgebaut. Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz wurde die Option zu einem Gesamtversorgungsvertrag in § 72 Abs. 2 Satz 1 letzter Halbsatz SGB XI aufgenommen. Diese Option wurde und wird vom Diakonie Bundesverband ausdrücklich begrüßt. Bisher wurden aber nur wenige Gesamtversorgungsverträge abgeschlossen. Nach dem Fünften Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland zur Pflegeversicherung (Drucksache 17/8332/S. 21) gab es Mitte 2011 70 Gesamtversorgungsverträge; davon 60 in Baden-Württemberg, 2 in Bayern, 5 in Niedersachsen und 3 in Sachsen. Die Praxiserfahrungen nach gut 3 Jahren Pflege-Weiterentwicklungsgesetz zeigen, dass die Regelung oft schwer umzusetzen ist und von Seiten der Leistungsträger teilweise unnötige Hürden aufgebaut werden.

In der Regel erbringen ambulante Pflegedienste neben den SGB XI-Leistungen auch Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 132a SGB V. Die häusliche Krankenpflege nach § 132a SGB V darf deshalb nicht von den Gesamtversorgungsverträgen ausgeschlossen werden, da dies faktisch Gesamtversorgungsverträge mit ambulanten Pflegediensten verhindert.

Des Weiteren ist ein Rechtsanspruch für Leistungserbringer auf Abschluss eines Gesamtversorgungsvertrags einzuführen. Die Regelung des § 72 Abs. 2 Satz 1 SGB XI sollte so gefasst werden, dass ein Träger ein Anrecht auf Abschluss eines Gesamtversorgungsvertrags hat, wenn die entsprechenden Voraussetzungen erfüllt sind. Dies darf nicht im Ermessen der zuständigen Pflegekassen stehen. Darüber hinaus

sollte die Kündigung von einzelnen Betriebsteilen (z. B. einer Tagespflegeeinrichtung) bei gleichzeitigem Bestandsschutz der anderen Einrichtungen (z. B. vollstationäre Pflegeeinrichtung) im Gesamtversorgungsvertrag möglich sein. Außerdem müssen unserer Ansicht nach die im Gesamtversorgungsvertrag verbundenen Einrichtungen wirtschaftlich gegeneinander abgrenzbar sein, ihre wirtschaftliche Selbstständigkeit ist jedoch nicht erforderlich.

Der Diakonie Bundesverband plädiert für den Abbau dieser Hürden beim Abschluss von Gesamtversorgungsverträgen.

Ortsübliche Vergütung (§ 72 Abs. 3 Satz 1 Nummer 2 SGB XI-Reg-E)

Gesetzentwurf

Nach § 72 Abs. 3 Satz 1 Ziffer 2 SGB XI-Reg-E können Versorgungsverträge mit Pflegeeinrichtungen nur abgeschlossen werden, wenn sie die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung und Betreuung bieten sowie eine in Pflegeeinrichtungen ortsübliche Arbeitsvergütung an ihre Beschäftigten zahlen, soweit für diese nicht die Regelungen des Gesetzes über die zwingenden Arbeitsbedingungen für grenzüberschreitend entsandte und für regelmäßig im Inland beschäftigte Arbeitnehmer gelten.

Bewertung

Die Änderung in § 72 Abs. 3 Satz 1 Ziffer 2 stellt einen direkten Bezug zum Mindestlohn her, indem die ortsübliche Vergütung nur dann gelten soll, wenn kein Mindestlohn für bestimmte Berufsgruppen oder Einrichtungen existiert. Damit erhält der Mindestlohn implizit die Funktion eines Normlohns i. S. einer Untergrenze für wirtschaftliche Leistungserbringung. Dies wird vom Diakonie Bundesverband abgelehnt. Im Rahmen der Pflegesatzverhandlungen wird für die Pflegesätze eine leistungsgerechte Vergütung und für Unterkunft und Verpflegung ein angemessenes Entgelt prospektiv vereinbart. Ein Mindestlohn würde in solchen Verhandlungen zur faktischen Zielgröße für die Vergütung. Diakonische Träger und Einrichtungen zahlen einen Tarif, der über dem Mindestlohn liegt und erhalten dann Pflegesätze und Entgelte, die nicht mehr ihre tatsächlichen prospektiven Aufwendungen abdecken.

Die in § 72 Abs. 3 Satz 1 Nummer 2 SGB XI-Reg-E vorgeschlagene Änderung lehnen wir entschieden ab. Sie ist ersatzlos zu streichen. Sie verstärkt die wirtschaftlichen Probleme der Pflegeeinrichtungen.

Um klarzustellen, dass der Mindestlohn nicht der Normlohn für die Bemessung der Vergütung sein soll, wird zwar in den §§ 84 und 89 SGB XI-Reg-E ein Passus verankert, nach welchem es einer Pflegeeinrichtung möglich sein muss, bei wirtschaftlicher Betriebsführung nicht nur ihren Versorgungsauftrag zu erfüllen, sondern auch ihre Personalaufwendungen nach tariflichen Regelungen zu finanzieren – so die Begründung zu § 84 Abs. 2 Satz 4 und § 89 Abs. 1 Satz 3. Dies löst aber die Problematik hier nicht.

Stattdessen müssen die Entscheidungen der BSG-Urteile vom 29.01.2009 und vom 17.12.2009, wonach tarifliche Personalkosten grundsätzlich bei der Entgeltfindung anerkannt werden müssen, in der Gesetzgebung berücksichtigt werden. Dies sollte im Gesetzestext sowie in die Begründung Eingang finden. Die Begründung zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz stellt bisher grundsätzlich zutreffend darauf ab, dass üblicherweise geltende tarifliche Regelungen das Maß des Ortsüblichen bestimmen können und verhindert damit, dass Einrichtungen wegen ihrer tariflichen Bindung im Wettbewerb um den Abschluss von Leistungsverträgen nach § 72 SGB XI gegenüber tariflich nicht gebundenen Konkurrenten benachteiligt werden. Eine Korrektur wäre aber notwendig, da bisher allein auf Tarifverträge abgestellt wird.

Ortsüblichkeit definiert sich nicht nur anhand eines Tarifvertrags, sondern orientiert sich zum Großteil an den Vergütungen von Caritas und Diakonie. In vielen Regionen gibt es nämlich keine tarifvertraglich gebundenen Leistungserbringer wohl aber die an kirchliche Arbeitsvertragsregelungen gebundenen Einrichtungen der Diakonie und der Caritas. Die fehlende Gleichstellung der Arbeitsvertragsregelungen mit den anderen ortsüblichen aber nicht Tariflöhnen, hätte für Leistungserbringer, die Mitglieder Diakonischer Werke und von Diözesan-Caritasverbänden sind, schwerwiegende Auswirkungen. Der Gesetzgeber hat ihre

Vergleichbarkeit/Gleichwertigkeit anerkannt. Dies findet seinen Niederschlag auch darin, dass die kirchlichen Dienstnehmer- und die Kirchlichen Dienstgebervorteiler ordentliche Mitglieder der Pflegekommission nach dem Arbeitnehmerentendegesetz sind.

Wegen dieser insoweit mit Tarifverträgen durchaus vergleichbaren Bindungswirkung kirchlicher Arbeitsrechtsregelungen ist die Darstellung sowohl im Wortlaut des § 72 SGB XI als auch entsprechend in der Begründung, auch nicht nur auf Tarifverträge, sondern auch auf tarifvergleichbare Regelungen abzustellen.

Änderungsvorschlag

§ 72 Abs. 3 Nr. 2 SGB XI ist wie folgt zu fassen

2. „die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung bieten, sowie eine in Pflegeeinrichtungen angemessene Arbeitsvergütung gezahlt wird, die der für Pflegeeinrichtungen in ortsüblichen Tarifverträgen oder kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen festgelegten Vergütungen entspricht.“

Häusliche Pflege durch Einzelpersonen (§ 77 SGB XI-Reg-E)

Gesetzentwurf

Zur Sicherstellung der häuslichen Pflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung soll die Pflegekasse Verträge mit einzelnen geeigneten Pflegekräften schließen. Die bisherige Kann-Regelung wird durch eine stärker verpflichtende Soll-Regelung ersetzt. Gestrichen wurde die Berücksichtigung des in der Region vorhandenen ambulanten Leistungsangebots durch die Pflegekassen beim Abschluss der Verträge. Neu ist ein Verweis auf § 112 SGB XI sowie die Klarstellung, dass § 120 Absatz 1 Satz 2 entsprechend gilt.

Bewertung

In § 77 Abs. 1 SGB XI-Reg-E wurde die bisherige Kann-Regelung zum Abschluss von Verträgen mit Einzelpflegekräften in eine stärker verpflichtende Soll-Regelung für die Pflegekassen ersetzt. Hier gibt es unserer Auffassung nach keine Veränderungsnotwendigkeit in Richtung einer stärkeren Verpflichtung für die Pflegekassen. Des Weiteren wurde die Berücksichtigung des in der Region vorhandenen ambulanten Leistungsangebots durch die Pflegekassen beim Abschluss der Verträge gestrichen. Diese Streichung halten wir nicht für sachgerecht.

Die Qualität der Pflege durch die Einzelpflegekraft ist nicht gesichert. Es gibt keine verantwortliche Pflegefachkraft, die für die Qualität der Pflegeleistungen, die die Pflegekräfte im Pflegedienst erbringen, verantwortlich ist. Da die Einzelpflegekräfte die gleichen Leistungen wie die ambulanten Pflegedienste erbringen und erbringen müssen, müssen auch für sie die gleichen Qualitätsanforderungen wie für die ambulanten Pflegedienste gelten. In den §§ 112 ff. fehlen solche Regelungen jedoch weiterhin. Ein alleiniger Verweis auf die entsprechende Anwendung von § 112 SGB XI ist hier nicht ausreichend.

Daneben muss auch das Gebot des § 72 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB XI, eine ortsübliche (bzw. tarifliche) Vergütung auch für Verträge mit einzelnen geeigneten Pflegekräften vorzusehen, gesetzlich verankert werden.

Positiv bewertet wird die Klarstellung, dass auch Einzelpflegekräfte mit Pflegebedürftigen Pflegeverträge im Sinne des § 120 abzuschließen haben, in denen Art, Inhalt und Umfang der Leistungen einschließlich der dafür mit dem Kostenträger vereinbarten Vergütungen darzustellen sind.

Änderungsvorschlag

§ 77 Abs.1 Satz 1 erster Halbsatz ist wie folgt zu fassen:

„Zur Sicherstellung der häuslichen Pflege und Betreuung sowie der hauswirtschaftlichen Versorgung **kann** die **zuständige** Pflegekasse **unter Berücksichtigung des in der Region vorhandenen ambulanten Leistungsangebots** Verträge mit einzelnen geeigneten Pflegekräften schließen, um dem Pflegebedürftigen zu helfen, ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen oder dem besonderen Wunsch des Pflegebedürftigen zur Gestaltung der Hilfe zu entsprechen;“

§ 77 Abs.1 Satz 2 ist wie folgt zu fassen:

„ In dem Vertrag sind Inhalt, Umfang, Qualität, Qualitätssicherung, Vergütung sowie Prüfung der Qualität **in gleichem Maßstab wie mit den zugelassenen Pflegediensten und -einrichtungen nach den §§ 112 ff** und Wirtschaftlichkeit der vereinbarten Leistungen zu regeln; § 112 ff sind entsprechend anzuwenden.

Zu § 82 Abs. 3 SGB XI nimmt der Diakonie Bundesverband im Rahmen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Freie Wohlfahrtspflege (BAGFW) wie folgt Stellung:

Finanzierung der Investitionskosten von Pflegeeinrichtungen: Berechnung von umlagefähigen Investitionskosten (§ 82 Abs. 3 SGB XI) - Stellungnahme der BAGFW zu den Konsequenzen der Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes vom 08.09.2011 -

Die Urteile des Bundessozialgerichts (BSG) vom 08.09.2011 (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 eine gerechte Lastenverteilung unter den Pflegebedürftigen, einen fairen Wettbewerb unter den Pflegeeinrichtungen und die Versorgungssicherheit in der Pflege zu wahren:

Ausgangslage

Nach der vorbezeichneten Rechtsprechung verstößt die derzeitige Finanzierungspraxis bezüglich der Investitionskosten geförderter Pflegeeinrichtungen gegen die Vorgaben des § 82 Abs. 3 SGB XI. Derzeit legen die Pflegeeinrichtungen ihre betriebsnotwendigen Investitionskosten pauschaliert auf die jeweils versorgten Pflegebedürftigen (Bewohner/innen) um. Berechnungsgrundlagen sind hierbei nach dem jeweiligen Landesrecht regelmäßig die Abschreibungen und der prospektiv berechnete Aufwand für die künftige Instandsetzung, Instandhaltung und Wiederbeschaffung von Anlagegütern für eine bestimmte Laufzeit (in der Regel 25 bzw. 50 Jahre). Hierbei werden die anerkennungsfähigen Baukosten, einschließlich der Kapitalkosten (Fremdkapital- und kalkulatorische Eigenkapitalzinsen), berücksichtigt und die öffentliche Förderung abgezogen. § 82 Abs. 3 SGB XI verbietet jedoch – so das BSG – nach Wortlaut („Aufwendungen“, „gesondert berechnen“), Systematik und Historie bereits im Grundsatz jegliche prospektive und pauschalierte Berechnung. Zulässig sei die Umlage von Investitionskosten nur rückwirkend in der bereits tatsächlich angefallenen Höhe. Die grundsätzlich schutzwürdige kalkulatorische Eigenkapitalverzinsung könne und müsse in der Vergütung nach § 82 Abs. 1 SGB XI erfolgen. Hingegen sei aber die Finanzierung von Rücklagen für künftige Instandsetzung, Instandhaltung und Wiederbeschaffung wegen des § 82 Abs. 2 SGB XI ausgeschlossen. (Entsprechendes könnte möglicherweise auch für nicht geförderte Pflegeeinrichtungen gelten.) Zudem meint das BSG, dass bei geförderten Pflegeeinrichtungen die Zustimmung der zuständigen Landesbehörde zur Berechnung des Umlagebetrages in aller Regel jährlich erfolgen muss. Alle entgegenstehenden landesrechtlichen und vertraglichen Grundlagen müssen bis Ende 2012 angepasst werden.

Bewertung

Die neue Rechtsprechung des BSG führt zu einer für die Pflegebedürftigen, Einrichtungen und Landesbehörden kaum tragbaren Änderung der Finanzierungspraxis. Sie gefährdet den Erhalt der Pflegeinfrastruktur und verursacht zahlreiche Wertungswidersprüche in der Entgeltsystematik des Sozialgesetzbuches, was die Handhabung und Transparenz für alle Betroffenen beeinträchtigt.

Bei der vom BSG geforderten jährlichen Spitzabrechnung ist die bisher relativ gleichmäßige Verteilung der Investitionskosten über die gesamte Abschreibungsdauer einer Einrichtung auf alle Bewohnerinnen und Bewohner bzw. deren Kostenträger nicht mehr möglich. Vielmehr werden diejenigen Bewohnerinnen und Bewohner mit überproportional hohen Umlagen überzogen, die gerade zu dem Zeitpunkt in der Einrichtung leben, in der größere Instandsetzungen und Instandhaltungen durchgeführt werden. Diese Kostenbelastung für die Bewohnerinnen und Bewohner ist im Voraus nicht kalkulierbar. Einrichtungen werden bei hochschnellenden Umlagebeträgen wegen durchgeführter Instandhaltungen und Instandsetzungen Schwierigkeiten haben, freie Plätze wieder zu belegen. Dies gilt insbesondere dann, wenn der Sozialhilfeträger bei der Entscheidung über die Belegung Kostenargumente einwenden kann. Überdies müssten sie

jährlich Entgelterhöhungen gegenüber den Bewohnerinnen und Bewohnern unter Beachtung des Verfahrens nach § 9 WBVG durchführen. Das bedingt Wettbewerbsnachteile investierender Einrichtungen.

Das Verbot der Rücklagenbildung verteuert und erschwert Investitionen. Einrichtungen werden hierdurch gezwungen, das volle Risiko der Vorfinanzierung für Instandhaltungen und Instandsetzungen zu tragen. Insoweit anfallende Fremdkapitalkosten erhöhen die Umlage für die Pflegebedürftigen.

Die BSG-Rechtsprechung hat zwei mögliche Konsequenzen. Entweder werden die notwendigen Investitionen nicht mehr durchgeführt, was die Erhaltung der notwendigen Pflegeinfrastruktur gefährden würde. Dies gilt umso mehr, als die Länder ihrer in § 9 SGB XI enthaltenen Strukturverantwortung kaum nachkommen. Oder die Eigentumseinrichtungen werden in Investoren-Betreiber-Modelle umgewandelt. Mieten können hier umfassend umgelegt werden. Dabei dürfen alle betriebswirtschaftlich relevanten Kosten des Vermieters in der Miete enthalten sein, auch eine angemessene Verzinsung des eingesetzten Eigenkapitals und kalkulatorische Kosten zur Rücklagenbildung. Wenn Eigentumseinrichtungen zu Investor-Betreiber-Modellen übergehen, ist langfristig zu Lasten der Pflegebedürftigen mit einem Anstieg der Investitionskosten zu rechnen, da hier neben der Deckung der Investitionskosten zusätzlich die Renditeerwartungen der Investoren erfüllt werden müssen.

Des Weiteren würde mit einer Änderung der Finanzierungspraxis unter anderem folgender Wertungswiderspruch einhergehen. Wenn Eigenkapitalzinsen von Eigentumseinrichtungen von nun an nach § 82 Abs. 1 SGB XI verhandelt werden, Eigenkapitalzinsen des Vermieters bei Mietmodellen jedoch weiterhin über die Miete nach § 82 Abs. 3 SGB XI umgelegt werden, entstehen Verschiebungen in der Verteilung der Kosten auf die Positionen Unterkunft und Investitionskosten zwischen den verschiedenen Einrichtungsmodellen. Intransparenz für die Verbraucher ist die Folge.

Schließlich sei im Zusammenhang mit dem immensen bürokratischen Aufwand, der mit den jährlichen Zustimmungsverfahren und der Änderung aller landesrechtlichen Grundlagen verbunden wäre, darauf hingewiesen, dass auch die einzelnen Vergütungsvereinbarungen von allen betroffenen Einrichtungen (gegebenenfalls in Einzelverhandlungen) mit den Pflegekassen und Sozialhilfeträgern neu zu verhandeln wären, wenn die Eigenkapitalzinsen nun Teil der Vergütung nach § 82 Abs. 1 SGB XI sein sollen. Einen finanziellen Nutzen für die Pflegebedürftigen hätte das freilich nicht, da wegen der Deckelung der Pflegesätze die Eigenkapitalzinsen auch weiterhin den Pflegebedürftigen bzw. deren Sozialhilfeträgern zur Last fallen würden.

Wir halten deshalb eine Änderung des § 82 SGB XI dahingehend für geboten, dass folgende Ziele auf Landesebene erreicht werden können:

- Sicherstellung der prospektiven bzw. pauschalen Berechnung von Instandsetzungs- und Instandhaltungskosten sowie von Investitionsaufwendungen im Allgemeinen in auskömmlicher Höhe, also unter Berücksichtigung aller aus betriebswirtschaftlicher Sicht notwendigen Kostenbestandteile, einschließlich von Eigenkapitalzinsen
- Zustimmungsbescheide mit Laufzeiten von über einem Jahr
- Gleichbehandlung von Eigentums-, Miet- und Pachtmodellen sowie von SGB XI- und SGB XII-Einrichtungen.

Änderungsvorschlag

Diese Zielsetzung könnte durch folgende Änderung **des § 82 Abs. 3 und 4 SGB XI** – in Anlehnung an den bewährten § 76 Abs. 2 SGB XII – erreicht werden:

Absatz 3 soll künftig lauten:

„Pflegeeinrichtungen, die gemäß § 9 oder durch Darlehen oder sonstige rückzahlbare Zuschüsse des Landes gefördert werden, können einen Betrag für die betriebsnotwendigen Investitionen nach Absatz 2 Nummer 1, für Miete, Pacht, Nutzung oder Mitbenutzung von Gebäuden oder für sonstige abschreibungs-

fähige Anlagegüter nach Absatz 2 Nummer 3 und Eigenkapitalzinsen auf die Pflegebedürftigen umlegen (Investitionsbetrag). Die Förderungen sind anzurechnen. Die Umlage des Investitionsbetrages bedarf der Zustimmung der zuständigen Landesbehörde; das Nähere hierzu, insbesondere auch zu Art, Höhe und Laufzeit wird durch Landesrecht bestimmt. Im Rahmen der Berechnung des Investitionsbetrages können kalkulatorische Beträge und Wagniszuschläge pauschal berücksichtigt werden. Der Auslastungsgrad kann pauschal bestimmt werden.“

Absatz 4 soll lauten:

„Pflegeeinrichtungen, die nicht nach Landesrecht gefördert werden, können einen Betrag für ihre betriebsnotwendigen Investitionen ohne Zustimmung der zuständigen Landesbehörde auf die Pflegebedürftigen umlegen. Die Umlage des Investitionsbetrages ist der zuständigen Landesbehörde mitzuteilen.“

Der vorstehende Änderungsvorschlag wird auch eine redaktionelle Anpassung des § 75 Abs. 5 Satz 3 SGB XII nach sich ziehen.

Ehrenamtliche Unterstützung (§ 82b SGB XI –Reg-E)

Gesetzesentwurf

Durch den neuen Absatz 2 in § 82b soll klargestellt werden, dass zugelassene stationäre Pflegeeinrichtungen für ehrenamtliche Unterstützung bei allgemeinen Pflegeleistungen Aufwandsentschädigungen zahlen können.

Bewertung

Die Möglichkeit stationärer Pflegeeinrichtungen, für ehrenamtliche Unterstützung als ergänzendes Engagement bei allgemeinen Pflegeleistungen Aufwandsentschädigungen zu zahlen, widerspricht dem Grundgedanken des Ehrenamtes. Bei einer großzügigen Auslegung dieser Neuregelung besteht möglicherweise die Gefahr, dass sich Ehrenamtliche als neue „Billiglöhner“ in der stationären Pflege etablieren. Ehrenamtlich Tätige erbringen keine allgemeinen Pflegeleistungen. Damit können die Pflegeeinrichtungen von diesen auch nicht entlastet werden. Der Einsatz von Ehrenamtlichen soll weiterhin als zusätzliche Begleitung verstanden und umgesetzt werden.

Änderungsvorschlag

§ 82b Abs. 2 SGB XI wird ersatzlos gestrichen.

Bemessungsgrundsätze/ Grundsätze für die Vergütungsregelung (§ 84/ 89 SGB XI Reg-E)

Gesetzesentwurf

In § 84/89 SGB XI-Reg-E wird ein Einschub zur Refinanzierung der Personalaufwendungen gemacht. § 89 SGB XI- Reg-E: „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.“ (Analoges in § 84 Satz 4 SGB XI-Reg-E.)

Bewertung

Wir begrüßen diesen Einschub. Stationäre Pflegesätze müssen leistungsgerecht kalkuliert werden und es der Einrichtung bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, ihren Versorgungsauftrag zu erfüllen. Plausibel kalkulierte, wirtschaftliche Gestehungskosten, zu denen auch die Kosten für die Qualitäts- und Qualifikationsanforderungen gehören sowie Zuschläge für Unternehmerrisiko und Eigenkapitalverzinsung sind von den Kostenträgern abzudecken. Tarifbindung bzw. Tariforientierung wird dabei immer als angemessen bewertet. So entspricht es auch der Rechtsprechung des BSG vom 29.01.2009. Dies gilt auch für die Vergütung ambulanter Leistungen nach § 89 SGB XI. Dieser sind Fachleistungsstunden zu hinterlegen, um qualitativ hochwertige Pflege sicherzustellen. Die tarifliche Entlohnung und die Vergütung nach Arbeitsrechtsregelungen der Kirchen sollten explizit berücksichtigt werden.

Wenn die Personalaufwendungen in § 89 Absatz 1 Satz 3 und § 84 Absatz 2 Satz 4 ausdrücklich genannt werden, müssen auch die Sachkosten in diese Regelung aufgenommen werden. Eine wirtschaftliche Betriebsführung ist nur dann garantiert, wenn die Sachkosten auch berücksichtigt sind.

Änderungsvorschlag

§ 89 Absatz 1 Satz 3 sollte wie folgt formuliert werden:

„Die Vergütung muss einem Pflegedienst bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seine Personalaufwendungen und Sachkosten zu finanzieren und seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen; tarifliche Vergütungen und Vergütungen nach den kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen sind zu berücksichtigen. Die Beratungsleistungen in Verbindung mit Beratungen nach den Maßstäben und Grundätzen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 und im Zusammenhang mit dem Abschließen eines Pflegevertrages nach § 120 sind zu berücksichtigen.“

Parallel dazu ist § 84 Absatz 2 Satz 4 anzupassen:

„Die Pflegesätze müssen einem Pflegeheim bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seine Personalaufwendungen und Sachkosten zu finanzieren und seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen; tarifliche Vergütungen und Vergütungen nach den kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen sind zu berücksichtigen.“

Unterkunft und Verpflegung (§ 87 Satz 3 SGB XI-Reg-E) sowie Berechnung und Zahlung des Heimentgelts (§ 87a Absatz 1 Satz 7 SGB XI-Reg-E)

Gesetzentwurf

Nach § 87 Satz 2 wird folgender Satz eingefügt: „Entgelte für Verpflegung dürfen nur für Tage berechnet werden, an denen Verpflegung in Anspruch genommen wurde.“ In § 87a Abs. 1 Satz 7 werden die Wörter „und Verpflegung“ gestrichen. Hier soll ein BSG-Urteil von 2007 umgesetzt werden, in dem festgelegt wurde, dass bei Nichtinanspruchnahme von Verpflegungsleistungen die Pflegeeinrichtung die ersparten Aufwendungen der Bewohnerin oder dem Bewohner erstatten muss.

Bewertung

Die geplante Änderung entspricht nicht der Realität der Leistungserbringung in stationären Pflegeeinrichtungen. Eine Ersparnis der Kosten für Verpflegung kann bei Abwesenheiten oder Nichtinanspruchnahme nur im Bereich der Sachkosten realisiert werden und auch nur dann, wenn diese entweder rechtzeitig bekannt ist oder dauerhaft vorliegt. Es erfolgen keine kurzfristigen Einsparungen bei den Personalkosten. In den Abwesenheitsregelungen in den Landesrahmenverträgen sind mit Abschlagsprozentsätzen sinnvolle Regelungen getroffen.

Die Gesetzesänderung würde in vorliegender Form dazu führen, dass nicht nur die ersparten Aufwendungen der Einrichtung erstattet werden müssten, sondern anteilig die kompletten Verpflegungskosten. Diese enthalten aber nicht nur den Sachaufwand für die Lebensmittel, der gespart wird, sondern auch die für Küchenpersonalvorhaltung, Energiekosten, Gemeinkosten etc., die nicht in der Weise flexibilisiert werden können. Im laufenden Betrieb einer Pflegeeinrichtung ist es bei kurzfristigen Essensabmeldungen bzw. Abwesenheiten nicht möglich, auf den vollen Verpflegungssatz zu verzichten. Dies würde bedeuten, dass die personelle Besetzung in den Küchen gefährdet wäre und auch andere weiter anfallende Kosten nicht refinanziert werden könnten.

Bei Realisation des Vorschlags zum Gesetzentwurf müsste das Verpflegungsangebot auf Basis deutlich reduzierte Belegungsziffern kalkuliert werden, was zur Folge hätte, dass sich Preise für die anwesenden, an der Verpflegung teilnehmenden Heimbewohner, deutlich erhöhen müssten. Eine andere Möglichkeit wäre, die Fixkosten des Küchenbetriebs in die Unterkunftskosten zu verlagern mit der Folge, dass sämtliche Vergütungsvereinbarungen verändert werden müssten und eine betriebswirtschaftliche korrekte Zuordnung nicht mehr gewährleistet wäre.

Änderungsvorschlag

Die geplante Änderung sollte gestrichen werden.

Zur Umsetzung der Grundsätze des BSG-Urteils von 2007 wäre als zusätzlicher Satz in § 87 einzufügen:

„In den Entgeltvereinbarungen sind Regelungen zu treffen, die eine sachgerechte Erstattung von ersparten Aufwendungen an die Pflegebedürftigen vorsehen, wenn es der Gesundheitszustand des Pflegebedürftigen nicht zulässt, an der Verpflegung teilzunehmen.“

Vergütungszuschläge für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf (§ 87b SGB XI-Reg-E)

Gesetzentwurf

Zukünftig sollen alle zugelassenen stationären Pflegeeinrichtungen Vergütungszuschläge für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf vereinbaren können, indem auch die Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen in die Regelungen von § 87b SGB XI einbezogen werden.

Bewertung

Die Erweiterung des § 87b auf teilstationäre Einrichtungen ist zu begrüßen. Mit den zusätzlichen Betreuungskräften kann mehr Personal für die Betreuung von dementiell veränderten Personen in der Tagespflege eingesetzt werden. Ein Betreuungsschlüssel wie in vollstationären Einrichtungen stellt jedoch keinen am Bedarf der betroffenen Menschen orientierte zusätzliche Betreuung auch mit Blick auf die Größe der Einrichtungen der Tagespflege sicher. Der Diakonie Bundesverband fordert hier einen Betreuungsschlüssel von 1:10.

Durch eine Änderung in Satz 2 Nummer 2 soll das Erfordernis, dass es sich um „sozialversicherungspflichtig beschäftigtes Betreuungspersonal“ handelt nur für die vollstationäre Pflege gelten. Dies ist unserer Ansicht nach nicht sachgerecht. Wir fordern deshalb, diese geplante Änderung wieder rückgängig zu machen.

Das Vorhaben, die Versorgung von an einer Demenz erkrankten Menschen in der Häuslichkeit zu verbessern, ist sehr zu begrüßen. Der Gesetzentwurf sieht leider keine Verbesserungen für stationäre Pflegeeinrichtungen vor. Die Einführung des § 87b SGB XI hat zwar für eine bessere, aber keine ausreichende Betreuung für an einer Demenz erkrankte Menschen in Pflegeeinrichtungen gesorgt. Es ist statistisch belegt, dass die Anzahl der an einer Demenz erkrankten Bewohner in den Einrichtungen stetig zunimmt. Auch der Grundsatz ambulant vor stationär, erhöht zunehmend die Anzahl der an einer Demenz erkrankten Bewohner. Da die Betroffenen länger in der eigenen Häuslichkeit leben und somit später in eine stationäre Altenpflegeeinrichtung ziehen, erhöht sich hier die Anzahl derjenigen mit einem herausfordernden, sehr betreuungsintensiven Verhalten. Diese Menschen brauchen deutlich mehr Zeit und Zuwendung als pflegebedürftige Bewohner ohne eine Demenz. Deshalb ist der Betreuungsschlüssel nach § 87b SGB XI von 1:25 auf 1:20 zu senken.

Des Weiteren sollte durch redaktionelle Änderungen klargestellt werden, dass die Regelung auch in der Kurzzeitpflege zur Anwendung kommt. Hier gibt es in der Praxis eine Vielzahl an Umsetzungsproblemen.

Vergütungszuschläge für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf (§ 87b SGB XI-Reg-E) - Nichtversicherte

Wir erhalten zahlreiche Problemanzeigen, dass keine Vergütungszuschläge nach § 87b für Nichtversicherte, die Leistungsempfänger der Hilfe zur Pflege nach § 61 SGB XII sind, gezahlt werden. Begründet wird dies mit § 87b Abs. 2 Satz 3, dem zur Folge die Träger der Sozialhilfe weder ganz noch teilweise mit Vergütungszuschlägen belastet werden dürfen. Es fehlt hier für den stationären Bereich an einer eindeutigen Regelung. Nichtversicherte pflegebedürftige Menschen, die zum Personenkreis nach § 45a SGB XI zählen, müssen jedoch einen klaren Rechtsanspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen auch im stationären Bereich haben. Der Betreuungsschlüssel von 1:25 muss sich auch auf diese Personengruppe erstre-

cken können. Nach § 28 Abs. 1 Ziffer 8 SGB XI zählen die zusätzlichen Betreuungsleistungen zu den Leistungen der vollstationären Pflege, wenn der pflegebedürftige Mensch zum Personenkreis nach § 45a zählt. Sofern die Person zum Kreis der Nichtversicherten gehört, ist der Sozialhilfeträger an sich verpflichtet, den Vergütungszuschlag anstelle der Pflegekasse zu zahlen. Er kann sich jedoch darauf berufen, dass er gemäß § 87b Abs. 2 Satz 3 weder teilweise noch ganz mit der Zahlung dieses Zuschlags belastet werden darf.

Änderungsvorschlag

In § 87b Abs. 2 Satz 3 sind die Wörter „und die Träger der Sozialhilfe“ zu streichen.

Zu den §§ 113 bis 118 SGB XI sowie zu den Regelungen zur ärztlichen, fachärztlichen und zahnärztlichen Versorgung sowie zur Arzneimittelversorgung (§§ 114 Abs. 1 und 115 Abs. 1a SGB XI sowie § 119b Abs. 2 SGB V) nimmt der Diakonie Bundesverband im Rahmen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Freie Wohlfahrtspflege (BAGFW) wie folgt Stellung:

Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität (§ 113 Abs. 1 Satz 2 SGB XI-Reg-E)

Gesetzentwurf

In § 113 Abs. 1 Satz 2 SGB XI-Reg-E wird eine Klarstellung zum Inkrafttreten im Zusammenhang mit der Veröffentlichung im Bundesanzeiger durch die Einfügung des Halbsatzes „und gelten vom ersten Tag des auf die Veröffentlichung folgenden Monats.“ vorgenommen. Des Weiteren wird ein dauerhafter Konfliktlösungsmechanismus bei der Weiterentwicklung der Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 SGB XI etabliert. Das Datum des 31. März 2009 wird durch die Wörter „innerhalb von sechs Monaten, nachdem eine Vertragspartei schriftlich zu Verhandlungen aufgefordert hat“ entsprechend ersetzt.

Bewertung

Die durch die Ergänzung erfolgte Klarstellung zum Inkrafttreten der Grundsätze und Maßstäbe im Zusammenhang mit der Veröffentlichung im Bundesanzeiger wird von der BAGFW begrüßt. Die geplante Neuregelung entspricht dem Vorschlag der Stellungnahme der BAGFW zum Entwurf eines „Gesetzes zur Verbesserung der Krankenhaushygiene und zur Änderung weiterer Gesetze“.

Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität (§ 113 Abs. 1 SGB XI) - Änderungsantrag 2 der Koalitionsparteien - Ausschuss-Drucksache 17(14)0269

Antrag

Die im Änderungsantrag 2 in § 113 Abs. 1 Ziff. 4 vorgesehene Ergänzung erweitert die Regelungsinhalte, die durch die Partner der Selbstverwaltung in den Maßstäben und Grundsätzen für die Qualität und die Qualitätssicherung in der stationären Pflege zu vereinbaren sind. Die Vertragspartner werden verpflichtet, in den Maßstäben und Grundsätzen für die Qualität und die Qualitätssicherung Anforderungen an ein indikatorengestütztes Verfahren zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität zu vereinbaren.

Bewertung

Eine gesetzliche Regelung zur Umsetzung der Ergebnisse des Forschungsprojekts „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ wird begrüßt. Die Umsetzung der Forschungsergebnisse trägt zu einer besseren Verbraucherinformation bei. Mit der Fokussierung auf Lebens- und Ergebnisqualität gelingt es, die für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen relevanten Informationen vergleichbar darzustellen. Wenn das neue Verfahren die jetzigen in der Pflege-Transparenzvereinbarung stationär vereinbarten Regelungen zur Transparenzberichterstattung ablöst, reduziert ein indikatorengestütztes Verfahren zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität den bürokratischen Aufwand für die Einrichtungen.

Festzustellen ist, dass zwar in der Begründung zum Antragstext auf die Qualitätsberichterstattung des § 115 Abs. 1a SGB XI verwiesen, sich aber keine explizite Verknüpfung zwischen dem indikatorengestützten Verfahren zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität und der in § 115 Abs. 1a SGB XI geregelten Transparenzberichterstattung findet. Als Adressaten der Ergebnisse werden in der Antragsbegründung des indikatorengestützten Verfahrens die Qualitätsberichterstattung und die Qualitätsprüfungs-Richtlinien gemäß § 114a Absatz 7 SGB XI genannt, ohne dies näher zu präzisieren.

Änderungsvorschlag

Zu Klarstellung hält es die BAGFW für erforderlich, das indikatorengestützte Verfahren zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität in § 115 Abs. 1a SGB XI und § 114a Abs. 7 SGB XI zu integrieren.

In § 115 Abs. 1a SGB XI sind die Vertragspartner zur Vereinbarung eines indikatorengestützten Verfahrens zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität als Grundlage der Pflege-Transparenzberichterstattung für stationäre Einrichtungen zu verpflichten. Um eine zusätzliche Bürokratisierung zu vermeiden, sollte die neue Vereinbarung an die Stelle der gegenwärtigen Pflege-Transparenzvereinbarung stationär treten.

In § 114a Abs. 7 SGB XI ist zu regeln, dass die Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR) die Ergebnisse des indikatorengestützten Verfahrens zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität berücksichtigen sollen und Prüfungen des gleichen Sachverhalts zu vermeiden sind.

Qualitätsprüfungen – Abstimmung Pflegekassen und Heimaufsicht (§ 114 Abs. 3 SGB XI-Reg-E)

Gesetzentwurf

In der Neufassung von § 114 Abs. 3 SGB XI werden die Landesverbände der Pflegekassen verpflichtet, im Rahmen der Zusammenarbeit mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden (§ 117 SGB XI) vor einer Regelprüfung insbesondere zu erfragen, ob Qualitätsanforderungen nach dem SGB XI und den auf seiner Grundlage abgeschlossenen vertraglichen Vereinbarungen in einer Prüfung der nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörde oder in einem nach Landesrecht durchgeführten Prüfverfahren berücksichtigt worden sind. Um Doppelprüfungen zu vermeiden, haben die Landesverbände der Pflegekassen den Prüfumfang der Regelprüfung in angemessener Weise zu verringern, wenn die Prüfungen nicht länger als neun Monate zurückliegen, die Prüfergebnisse nach pflegefachlichen Kriterien den Ergebnissen einer Regelprüfung gleichwertig sind und die Veröffentlichung der von den Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität, insbesondere hinsichtlich der Ergebnis- und Lebensqualität, gemäß § 115 Absatz 1a SGB XI gewährleistet ist. Die Pflegeeinrichtung kann verlangen, dass von einer Verringerung der Prüfpflicht abgesehen wird.

Bewertung

Die Neufassung des Abs. 3 im § 114 SGB XI soll laut Gesetzesbegründung der Entlastung der Prüfverfahren dienen. Die Konkretisierung der Regelung trage dazu bei, Synergieeffekte in operativer wie inhaltlicher Hinsicht stärker zu nutzen und die Pflegeeinrichtungen wirksamer vor nicht erforderlichen, belastenden Doppelprüfungen zu schützen. Aus Sicht der BAGFW wird mit der Neufassung des § 114 Abs. 3 SGB XI die grundsätzliche Problematik der Vermischung von Prüfinhalten nach dem Leistungsrecht der Pflegeversicherung und der heimrechtlichen Vorschriften in den Ländern nicht gerecht. Es ist festzustellen, dass sich weder die Prüfungen durch die Medizinischen Dienste noch durch die nach den heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden vermeiden lassen, da beide eine jeweils unterschiedliche Rechtsgrundlage, nämlich zum einen das Leistungsrecht und zum anderen das Ordnungsrecht, prüfen. Insofern ist bei der Vermeidung von Doppelprüfungen darauf abzustellen, dass von den unterschiedlichen Behörden nicht identische Inhalte geprüft werden und die jeweiligen Prüfungen ggf. an einem Tag gemeinsam erfolgen. Dies ist aus Sicht der BAGFW allerdings in § 117 SGB XI anstatt in § 114 SGB XI zu regeln.

Änderungsvorschlag

Die Änderungen in § 114 Abs. 3 SGB XI werden gestrichen.

Kosten der Wiederholungsprüfungen (§ 114 Abs. 5 Satz 4 SGB XI-Reg-E)

Gesetzentwurf

Mit der Ergänzung zu den Wiederholungsprüfungen soll klargestellt werden, dass nach § 114 Absatz 5 Satz 2 oder 3 lediglich tatsächlich angefallene Kosten der Wiederholungsprüfung abgerechnet werden dürfen. Nicht von der Rechtsgrundlage gedeckt ist die Geltendmachung von Pauschalen oder Durchschnittswerten oder von Verwaltungs- und Vorhaltekosten.

Bewertung

Seit der Einführung kostenpflichtiger Wiederholungsprüfungen im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz haben sich in der Praxis viele Probleme bzgl. der Kosten und Abrechnung ergeben. Aufgrund fehlender gesetzlicher oder anderweitiger Konkretisierungen kam es zu großen länderspezifischen Variationen sowohl betreffend Erstattungsverfahren als auch die Kosten der Wiederholungsprüfungen, die in einer Bandbreite zwischen ca. 500,00 € und 5.000,00 € je Wiederholungsprüfung schwankten. Der Medizinische Dienst des Spitzenverband Bund e. V. (MDS) hat die Kosten einer durchschnittlichen Qualitätsprüfung selbst mit 4.500,00 € beziffert. Dieser Kostensatz sowie dessen Berechnungsgrundlage kann jedoch angezweifelt werden. In einem Urteil des Sozialgerichts Darmstadt vom 24.01.2012 (AZ.: S 18 P 25/10) wurde bereits die Rechnung einer Wiederholungsprüfung in einem ambulanten Pflegedienst in Höhe von 1.258,80 € als zu hoch eingestuft.

Die BAGFW vertritt die Auffassung, dass die Kosten von durch die Pflegekassen beauftragten Wiederholungsprüfungen durch die Pflegekassen selbst zu tragen sind. Für alle anderen Wiederholungsprüfungen gilt das Nachfolgende: Der Versuch des Gesetzgebers, bisherige Lücken im Gesetz zu schließen und die daraus entstehenden Probleme in der Praxis zu lösen, wird von der BAGFW begrüßt. Es kann jedoch bezweifelt werden, dass allein das Verbot von Pauschalen und Durchschnittswerten sowie der Berechnung von Verwaltungs- und Vorhaltekosten ausreicht. Darüber hinaus wäre auch dringend ein generelles Verfahren zur Kostenerhebung sowie eine Berechnungsgrundlage oder Bezugsgröße für die Höhe der tatsächlich anfallenden Aufwendungen im Gesetz zu verankern. Die Forderung von Kosten gemäß § 114 Abs. 5 SGB XI ist ein Verwaltungsakt. Allerdings fehlt dem Verwaltungsakt die Ermächtigungsgrundlage, denn in § 114 Abs. 5 SGB XI sind die Landesverbände der Pflegekassen weder hinreichend zur Kostenerhebung ermächtigt, noch wurde eine Regelung zur Höhe der erstattungsfähigen Kosten geschaffen. Regelungstechnisch üblich und sinnvoll wäre ein neuer Satz 5.

Änderungsvorschlag

§ 114 Abs.5 ist um Satz 5 wie folgt zu ergänzen:

„Die Kosten der Wiederholungsprüfung setzen die Landesverbände der Pflegekassen durch Bescheid fest. Die Höhe regelt eine Verordnung, welche die zuständige Aufsichtsbehörde erlässt. Ist die Aufsichtsbehörde eine Behörde des Bundes, gilt im Übrigen das Verwaltungskostengesetz des Bundes, ist es eine Landesbehörde, gilt das jeweilige Landesverwaltungskostengesetz.“

Durchführung der Qualitätsprüfung - Verschiedene Informationsquellen (§ 114a Absatz 3 Satz 2 SGB XI) - Änderungsantrag 3 der Koalitionsfraktionen - Ausschuss-Drucksache 17(14)0269

Antrag

In § 114a Absatz 3 wird ein neuer Satz 2 eingefügt. Danach sind bei der Beurteilung der Pflegequalität die Pflegedokumentation, die Inaugenscheinnahme der Pflegebedürftigen und Befragungen der Beschäftigten der Pflegeeinrichtungen sowie der Pflegebedürftigen, ihrer Angehörigen und der vertretungsberechtigten Personen angemessen zu berücksichtigen. Dieses Vorgehen soll in der Weiterentwicklung und Anwendung der Qualitätsprüfungsrichtlinien nach § 114a sowie bei den Vereinbarungen nach § 115 Absatz 1a Berücksichtigung finden.

Bewertung

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege begrüßt diesen Änderungsantrag. Durch dieses Vorgehen der sogenannten Daten-Triangulation werden die aus den Inaugenscheinnahmen des pfle-

gebedürftigen Menschen, der Pflegedokumentationen und den Befragungen der Mitarbeiter/innen der Einrichtungen und Dienste, der Heimbewohner/innen beziehungsweise der zu Hause versorgten Pflegebedürftigen sowie der vertretungsberechtigten Personen gewonnenen Informationen in einem situationsgerechten angemessenen Verhältnis zueinander gesetzt und beachtet. Die durch dieses Vorgehen erreichte systematische Klärung von Diskrepanzen und Übereinstimmungen zwischen der Pflegedokumentation und der Inaugenscheinnahme des gesundheitlichen und pflegerischen Zustands der pflegebedürftigen Menschen ist besonders bei der Prüfung von Qualitätskriterien mit Personenbezug unerlässlich. Durch die sogenannte Methode der Daten-Triangulation kann vermieden werden, dass eine einzelne Informationsquelle, wie etwa die Pflegedokumentation, einseitig das Ergebnis der Qualitätsprüfung determiniert, da die Vorteile der jeweiligen Informationsquellen genutzt werden können. Ebenfalls positiv zu bewerten ist, dass dieses Verfahren sowohl in der Weiterentwicklung und Anwendung der Qualitätsprüfungsrichtlinien nach § 114a SGB XI sowie bei den Vereinbarungen nach § 115 Absatz 1a SGB XI Berücksichtigung finden soll.

Beteiligung der Verbände der BAGFW an der QPR (§ 114a Abs. 7 SGB XI)

Nach § 114a Abs. 7 SGB XI sind Beteiligungsrechte bei den Richtlinien über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI vorgesehen. Das Beteiligungsrecht wird der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. gewährt, aber nicht den einzelnen Bundesverbänden der Freien Wohlfahrtspflege.

Bewertung

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. ist weder Träger von Einrichtungen und Diensten noch hat sie von den Trägern der Einrichtungen und Dienste der Freien Wohlfahrtspflege das Mandat, grundlegende Aussagen zu diesen Themenfeldern zu machen. Daher sollten die Verbände der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege den Bundesverbänden der privaten Anbieter gleichgestellt werden und einzeln als an den Richtlinien nach § 114 SGB XI zu beteiligende Verbände aufgezählt werden. Obwohl bereits im Zusammenhang mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz eingefordert und mit der Stellungnahme zum Infektionsschutzgesetz erneuert, blieb es auch im Gesetzentwurf im Absatz 7 des § 114 a SGB XI bei der Gleichstellung der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. mit den einzelnen Bundesverbänden der privaten Anbieter.

Die Bundesverbände der Freien Wohlfahrtspflege fordern den Gesetzgeber auf, § 114a Abs. 7 SGB XI der Wirklichkeit anzupassen und statt von der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege von den Bundesverbänden der Freien Wohlfahrtspflege zu sprechen.

Änderungsvorschlag

§ 114 a Abs.7 Satz 2 SGB XI ist wie folgt zu fassen:

„Er hat die Bundesverbände ~~Bundesarbeitsgemeinschaft~~ der Freien Wohlfahrtspflege, die Bundesverbände privater Alten- und Pflegeheime, die Verbände der privaten ambulanten Dienste, die Bundesverbände der Pflegeberufe, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, den Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene sowie die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen zu beteiligen.“

Zusammenarbeit mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden - Verbesserung der Koordination der Prüfinstitutionen (§ 117 Abs. 1 SGB XI-Reg-E)

Gesetzentwurf

Die bisherigen Verpflichtungen zur Zusammenarbeit von Pflegekassen, Medizinischen Diensten und dem Prüfdienst der Privaten Krankenversicherung e. V. mit den Institutionen der Heimaufsicht sollen durch regelmäßige gegenseitige Informationen und dem Abschluss von Vereinbarungen zur Abstimmung der Prüfungen konkretisiert und weiterentwickelt werden.

Bewertung

Die Konkretisierung und Klarstellung in § 117 Absatz 1 Nr. 1, wonach die unterschiedlichen Prüfinstitutionen durch nun regelmäßige Information und Beratung ihre Aufgaben und entsprechende Vereinbarungen wirksam aufeinander abstimmen sollen, wird begrüßt, da die Praxis zeigt, dass es ein hohes Verbesserungspotenzial bei der Zusammenarbeit der unterschiedlichen Prüfinstanzen gibt. Gerade im Hinblick auf die Vermeidung von Mehrfachprüfungen ist dies dringend angeraten. Dies gilt insbesondere für die Prüfungen der Heimaufsichten und der Medizinischen Dienste, aber auch für die Felder Hygiene, Brandschutz, Arbeitsschutz, Gewerbeaufsicht und Sicherheitstechnik sowie Trinkwasser. Insofern ist bei der Vermeidung von Doppelprüfungen insbesondere darauf abzustellen, dass von den unterschiedlichen Behörden nicht gleiche Inhalte geprüft werden und die jeweiligen Prüfungen ggf. an einem Tag gemeinsam erfolgen.

Zusammenarbeit mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden - Modellvorhaben (§ 117 Abs. 2 Satz 1 und 2 SGB XI-Reg-E)

Gesetzentwurf

§ 117 Abs. 2 Satz 1 und 2 SGB XI-Reg-E eröffnen den Pflegekassen, dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und dem Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. die Option, gemeinsam mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden Modellvorhaben zu vereinbaren, die darauf abzielen, eine abgestimmte Vorgehensweise bei der Prüfung der Qualität von Pflegeeinrichtungen nach diesem Buch und nach heimrechtlichen Vorschriften zu erarbeiten. Hierbei kann von den Qualitätsprüfungs-Richtlinien und den Pflege-Transparenzvereinbarungen abgewichen werden.

Bewertung

Die BAGFW begrüßt diese Regelung zu den Modellvorhaben und die Möglichkeit der Abweichung von den Richtlinien nach § 114 a Abs. 7 und nach § 115 Absatz 1a. Dies weist darauf hin, dass es für diese Grundlagen auch um neue Erkenntniswerte gehen kann, die in späteren Verhandlungen Gegenstand werden können. Die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen sind bei derartigen Modellvorhaben zu beteiligen.

Änderungsvorschlag

§ 117 Abs. 2 Satz 1 SGB XI-Reg-E sollte wie folgt gefasst werden:

„Die Landesverbände der Pflegekassen sowie der Medizinische Dienst und der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. können mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden unter Beteiligung der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen im Land ein Modellvorhaben vereinbaren, das darauf zielt, eine abgestimmte Vorgehensweise bei der Prüfung der Qualität von Pflegeeinrichtungen nach diesem Buch und nach heimrechtlichen Vorschriften zu erarbeiten. Von den Richtlinien nach § 114a Absatz 7 und den nach § 115 Absatz 1a Satz 6 bundesweit getroffenen Vereinbarungen kann dabei für die Zwecke und die Dauer des Modellvorhabens abgewichen werden.“

Beteiligung von Interessensvertretungen (§ 118 SGB XI-Reg-E)

Gesetzentwurf

Die Beteiligung von Betroffenenorganisationen war bisher im SGB XI uneinheitlich geregelt. In Anlehnung an entsprechende Regelungen im SGB V sollen nun die Interessenvertretungen von Betroffenen durch eine stärkere und qualifiziertere Beteiligung besser eingebunden werden.

Bewertung

Die Beteiligung und die Beteiligungsform von Interessensvertretungen waren bisher im SGB XI uneinheitlich und gingen über ein so genanntes qualifiziertes Beteiligungsverfahren nicht hinaus. Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW) begrüßt das Ziel des Gesetzes, die Betroffenenperspektive in den Bereichen der Begutachtung und der Qualität durch eine Ausweitung der Beteiligungsrechte der entsprechenden Organisationen zu stärken.

Diese stärkere Einbeziehung wirft allerdings noch zu klärende Fragen der konkreten Umsetzung sowie der Ausgestaltung der Selbstverwaltung in der Pflegeversicherung auf.

Regelungen zur ärztlichen, fachärztlichen und zahnärztlichen Versorgung sowie zur Arzneimittelversorgung (§§ 114 Abs. 1 und 115 Abs. 1a SGB XI sowie § 119b Abs. 2 SGB V)

Gesetzentwurf

Mit der Änderung der §§ 114 Abs.1 und 115 Abs. 1a SGB XI sowie §§ 87 und 119b SGB V verfolgt der Gesetzgeber das Ziel, die ärztliche, fachärztliche und zahnärztliche Versorgung sowie die Arzneimittelversorgung von Bewohner/innen stationärer Pflegeeinrichtungen zu verbessern. Pflegeeinrichtungen sollen künftig nach § 114 Abs. 1 SGB XI die Landesverbände der Pflegekassen nach einer Regelprüfung informieren, wie die ärztliche, fachärztliche und zahnärztliche Versorgung sowie die Arzneimittelversorgung in ihrer Einrichtung sichergestellt ist. Gemäß § 115 Abs. 1b SGB XI-Reg-E sollen diese Informationen künftig sowohl im Internet als auch in anderer geeigneter Form für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen verständlich, übersichtlich und vergleichbar kostenfrei zur Verfügung gestellt werden.

Bewertung

Die medizinische Versorgung stellt ein generelles Problem für pflegebedürftige Menschen dar, die aufgrund eingeschränkter Mobilität auf Hausbesuche von Ärzten angewiesen sind. Dies gilt unabhängig davon, ob sie in ihrer eigenen Wohnung oder in einer stationären Pflegeeinrichtung leben. Da vielerorts die Bereitschaft der Ärzte zu Hausbesuchen sinkt, verschlechtert sich entsprechend die medizinische Versorgung der Pflegebedürftigen in stationären Pflegeeinrichtungen, aber auch in der eigenen Häuslichkeit.

Um diesem strukturellen Problem medizinischer Unterversorgung entgegenzuwirken, haben stationäre Pflegeeinrichtungen vielfältige Anstrengungen unternommen, um die ärztliche Versorgung ihrer Bewohnerinnen und Bewohner sicherzustellen. Dies hat dazu geführt, dass die medizinische Versorgung bei einigen Arztgruppen (z. B. Allgemeinmediziner, Neurologen und Psychiater) in Pflegeheimen inzwischen besser ist als bei Pflegebedürftigen, die zu Hause leben (u. a. GEK Pflegereport 2008). Seit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz und dem Inkrafttreten der Pflege-Transparenzvereinbarungen haben stationäre Pflegeeinrichtungen bereits gegenwärtig die Möglichkeit, ihre diesbezüglichen freiwilligen Aktivitäten in den Veröffentlichungen nach § 115 Abs. 1a SGB XI darzustellen (s. PTVS, Anlage 4, Muster 3: Kooperationen mit medizinischen Einrichtungen). Nicht zuletzt scheitern aber viele der Anstrengungen zur Verbesserung der medizinischen Versorgung von Pflegebedürftigen seitens der Pflegeeinrichtungen an der mangelnden Kooperationsbereitschaft einzelner Ärzte. Da die Pflegeeinrichtungen in solchen Fällen keine Durchsetzungsmacht besitzen, Ärzte zur Kooperation zu verpflichten, werden diesbezügliche Verpflichtungen der Pflegeeinrichtungen, wie im Gesetzentwurf in den Regelungen nach den §§ 114 und § 115 SGB XI sowie § 119b SGB V vorgeschlagen, das Ziel einer Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung pflegebedürftiger Heimbewohner nicht erfüllen können.

Die BAGFW fordert den Gesetzgeber auf, die Ursachen für die gesundheitliche Unterversorgung pflegebedürftiger Menschen anzugehen: Die Erfüllung des vertragsärztlichen Sicherstellungsauftrags ist in § 75 SGB V geregelt. Die Einhaltung dieses Sicherstellungsauftrags auch bei pflegebedürftigen Menschen liegt bei den Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen (Bundes-) Vereinigungen und ist verbindlich und ggf. sanktionsbewährt einzufordern.

Ein Schritt in die richtige Richtung ist die Neuregelung in § 119b Abs. 1 Satz 2 SGB V, nach welchem die Kassenärztlichen Vereinigungen bei Vorliegen eines Antrags einer stationären Pflegeeinrichtung nicht mehr nur den Abschluss eines Kooperationsvertrages anstreben sollen, sondern diesen nun vermitteln müssen. Allerdings geht damit keine Verpflichtung für niedergelassene Ärzte einher, so dass auch diese Regelung aufgrund der Erfahrung mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz vermutlich wirkungslos bleibt. Sollten die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen ihrem Sicherstellungsauftrag nicht nachkommen, müssen die im SGB V angelegten Sanktionsmechanismen angewendet werden. Hier sind insbesondere die Krankenkassen aufgefordert, bei Verstößen gegen den Sicherstellungsauftrag der betreffenden Kassenärztlichen Vereinigung Vergütungen aus den Gesamtverträgen nach § 85 oder 87a SGB V

zurückzubehalten oder zu kürzen und die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen aufzufordern, Sanktionen gegenüber den verursachenden Vertragsärzten anzuordnen. Über dieses Sanktionsinstrumentarium verfügen die Krankenkassen bereits heute gemäß § 75 Abs. 1 Satz 3 SGB V. Insofern besteht kein gesetzgeberischer Handlungsbedarf, sondern nur das Erfordernis der Umsetzung dieser Regelung in der Praxis. Des Weiteren könnten die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet werden, die Qualität der ärztlichen Versorgung in einem festen Turnus zu überprüfen, eine Berichtspflicht zu statuieren (ohne namentliche Nennung der Ärzte und Pflegeeinrichtungen) sowie bei Bedarf selbst den Sicherstellungsauftrag zu übernehmen, z. B. durch Einrichtung von Eigeneinrichtungen gemäß § 140 SGB V.

Als problematisch erachtet die BAGFW die Neuregelungen in den §§ 114 Abs. 1 und 115 Abs. 1b SGB XI-Reg-E weil der Pflegeeinrichtung auferlegt wird, zu berichten, dass sie einen Kooperationsvertrag nach § 119b SGB V schließen konnte oder auch nicht bzw. in ein Ärztenetz eingebunden ist oder aber nicht. Im Ergebnis wird somit eine mangelhafte ärztliche Versorgung mittels negativer Qualitätsberichterstattung der Einrichtung zugeschrieben, ohne dass sie dies zu verantworten hat. Da der Abschluss von Kooperationsverträgen bzw. die Einbindung in Ärztenetze zum Qualitätskriterium erhoben wird, hätten im Ergebnis Einrichtungen, denen der Abschluss von entsprechenden Verträgen gelingt, Wettbewerbsvorteile gegenüber Einrichtungen, denen dies nicht gelingt, etwa weil die Ärzte in der betreffenden Region nicht kooperationswillig sind. Sinnvoll wäre es, anstelle einer Berichtspflicht der Pflegeeinrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigung die Berichtspflicht darüber aufzugeben, welche niedergelassenen Ärzte oder Ärztenetze mit welchen Pflegeeinrichtungen in einer Region einen Kooperationsvertrag geschlossen haben oder in welcher Häufigkeit von welchen Ärzten Sprechstunden und Hausbesuche in einer Einrichtung durchgeführt werden.

Zudem halten die Verbände der BAGFW die Regelungen in den §§ 114 und 115 SGB XI für verfassungsrechtlich bedenklich. Sie greifen in die Berufsausübungsfreiheit der Träger der Einrichtungen ein, ohne die dafür erforderlichen klaren Vorgaben für Inhalt und Umfang der Informationspflichten zu regeln. Zumindest sollte der in der Gesetzesbegründung auf S. 91 angeführte Kriterienkatalog (Häufigkeit von Visiten und fallübergreifenden Fallbesprechungen, Regelung der ärztlichen Rufbereitschaft und Versorgung nach 22 Uhr, an Wochenenden und Feiertagen) abschließend formuliert werden und Bestandteil des Gesetzestextes werden.

Pflegevertrag bei häuslicher Pflege (§ 120 Abs. 2 Satz. 2 SGB XI-Reg-E)

Gesetzentwurf

Die Regelung sieht die Möglichkeit einer fristlosen Kündigung des Pflegevertrags durch den Pflegebedürftigen vor.

Bewertung

Diese fristlose Kündigungsregelung beruht auf dem BGH-Urteil vom 09.06.2011, Az. III ZR 203/10, das besagt, dass eine formularvertraglich vereinbarte Bestimmung in Verträgen zwischen Pflegebedürftigem und ambulantem Pflegedienst, die eine 14-tägige Kündigungsfrist für die grundpflegerischen Leistungen vorsieht, unwirksam ist, weil sie den Pflegebedürftigen unangemessen benachteiligt. Da die pflegerischen Leistungen, besonders im Bereich der Körperpflege, die Intimsphäre berühren und aufgrund besonderen Vertrauens übertragen werden, stellt laut BGH eine 14-tägige Kündigungsfrist für den Pflegebedürftigen eine erheblich nachteilige Abweichung von der gesetzlich vorgesehenen jederzeitigen Kündigungsmöglichkeit des § 621 Nr. 5 BGB dar. Weiterhin erkennt der BGH die von einer zugelassenen Pflegeeinrichtung als Sachleistung erbrachten ambulanten Pflegeleistungen insgesamt - nicht nur die krankpflegerischen Leistungen – als sogenannte „Dienste höherer Art“ an, für die die Vorschrift des § 627 BGB (fristlose Kündigungsmöglichkeit) gilt.

Änderungsvorschlag

Der Gesetzgeber sollte, etwa in der Gesetzesbegründung, klarstellen, dass in den Fällen, in denen lediglich Leistungen im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung und sonstige Betreuungsleistungen ver-

einbart sind, für diese – mangels Qualifikation als „Dienste höherer Art“ - die fristlose Kündigungsmöglichkeit nicht gilt, sondern weiterhin eine angemessene Kündigungsfrist vertraglich vereinbart werden kann.

Vergütungen nach Zeitaufwand und Regelungen im Pflegevertrag bei häuslicher Pflege (§ 89 Abs. 3 Satz 1 erster Halbsatz SGB XI-Reg-E und § 120 Abs. 3 SGB XI-Reg-E.)

Gesetzentwurf

Pflegebedürftige Menschen sollen sich zukünftig flexibler als bisher und orientiert an ihren persönlichen Bedürfnissen die Leistungen zusammenstellen können, die Pflegedienste im Rahmen von Pflegeeinsätzen erbringen. Um pflegebedürftigen Menschen die Gestaltungsmöglichkeiten bei der inhaltlichen und zeitlichen Zusammenstellung der individuell gewünschten Hilfeleistungen zu eröffnen, werden die Vertragsparteien verpflichtet, generell zwei Vergütungssystematiken nach § 89 Abs. 3 Satz 1 SGB XI-Reg-E zu vereinbaren.

In dem Pflegevertrag sind nach § 120 Abs. 3 SGB XI-Reg-E zukünftig nicht nur Art, Inhalt und Umfang der Leistungen zu beschreiben, sondern auch gesondert die dafür mit den Leistungsträgern nach § 89 vereinbarten Zeitvergütungen und die vom Zeitaufwand unabhängigen vereinbarten Vergütungen für jede Leistung oder jede Komplexleistung. Darüber hinaus sieht der Gesetzentwurf zum PNG vor, dass der Pflegedienst den pflegebedürftigen Menschen vor Vertragsschluss und bei jeder wesentlichen Veränderung darüber unterrichtet, wie sich die vom Zeitaufwand unabhängige Vergütung im Vergleich zu einer rein zeitbezogenen Vergütung darstellt. Diese Gegenüberstellung hat in der Regel schriftlich zu erfolgen.

Bewertung

Die Verpflichtung der Vertragsparteien nach § 89, neben vom Zeitaufwand unabhängigen Vergütungen generell auch vom Zeitaufwand abhängige Vergütungen zu vereinbaren, soll der Stärkung der Wahlmöglichkeiten pflegebedürftiger Menschen dienen. Sie soll es den pflegebedürftigen Menschen ermöglichen, bei der Wahl von Vergütungen nach Zeitaufwand frei zu entscheiden, welche Leistungen der Pflegedienst in dieser Zeit erbringt. Dieses Ziel finden wir vom Ansatz her positiv und unterstützen es. Es kann unserer Ansicht nach jedoch bereits mit den gegenwärtigen gesetzlichen Regelungen erreicht werden.

Zur Stärkung der Wahlmöglichkeiten der pflegebedürftigen Menschen halten wir es durchaus für sinnvoll, zusätzlich zu den Komplexleistungen noch Zeitvergütungen beispielsweise für die häusliche Betreuung anzubieten und nach § 89 Abs.3 auch im Rahmen eines Vergütungssystems zu vereinbaren.

Die hier vorgeschlagenen gesetzlichen Änderungen sind jedoch als sehr problematisch zu bewerten.

Zum Thema Zeitvergütung wird in der Gesetzesbegründung (S. 89) zu den Änderungen in § 89 Abs. 3 ausgeführt: „In Betracht kommt beispielsweise eine Stundenvergütung, die je nach tatsächlichem zeitlichen Aufwand anteilig berechnet wird. Maßstab ist der tatsächliche Aufwand an Zeit vor Ort, so dass Formen der Pauschalierung hier unzulässig sind. Die Vergütungen können also nicht so bemessen werden, dass zum Beispiel für jede angefangene Viertelstunde eine anteilige Stundenvergütung berechnet werden kann“. Daraus kann geschlossen werden, dass für die anteilige Berechnung der Stundenvergütung nur die Minute in Frage kommt. Dies würde sich konträr zum neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff mit dem gerade Abschied von der Minutenpflege genommen werden soll, verhalten. Unserer Ansicht nach darf aber diese Neuregelung nicht zu einer „Minutenpflege“ führen. Aus pragmatischen und praktischen Gründen ist die Mindestvergütung auf eine Viertelstunde festzulegen, bei der Abrechnung ist die jeweils angefangene Viertelstunde zugrunde zu legen. Ansonsten wird das angestrebte Ziel verfehlt und eine Umsetzung verhindert.

Durch die in § 89 Abs. 3 1. Halbsatz im Gesetzentwurf vorgenommene Ersetzung des Begriffs „oder“ durch „und“ wird der Eindruck erweckt, als könne die gleiche Leistung über Komplex- und Zeitleistung abgerechnet werden. Dies ist in der Realität nicht umsetzbar.

Komplexleistungen und Zeitleistungen sind nicht deckungsgleich. Bei Komplexleistungen werden die Leistungen an sich – unabhängig vom Zeitaufwand – vereinbart, das heißt, der Dienst muss sicherstellen, dass

der pflegebedürftige Mensch die dort vereinbarten Leistungen entsprechend dem jeweiligen täglichen individuellen Bedarf erhält. Bei den Zeitvergütungen steht der Zeitaufwand im Vordergrund, wobei dann die einzelnen Leistungen, die nach Zeitaufwand vereinbart werden, dementsprechend zu erbringen sind. Diese sind allerdings im Rahmen des SGB XI inhaltlich zu vereinbaren. Ein Mixing beider Leistungen führt dazu, dass die Flexibilität, die Komplexleistungen im Interesse der individuellen Pflegesituation des Pflegebedürftigen enthalten, über die Aufnahme von Zeitwerten verloren geht und damit fachlich und auch wirtschaftlich sinnvoll nicht mehr zu erbringen sind.

Die Leistungen sind daher nicht direkt vergleichbar und entziehen sich daher einer sachgerechten Gegenüberstellung. Unserer Auffassung nach ist es denkbar, die Vergütung für die häusliche Pflege-Sachleistung in Zeiteinheiten zu vereinbaren oder als Komplexleistungen zu vereinbaren. Zusätzlich zu den Komplexleistungen können auch Zeiteinheiten, z. B. für die häusliche Betreuung vereinbart werden. Eine Gegenüberstellung ist jedoch nicht möglich.

Durch die beabsichtigte Änderung erhält der pflegebedürftige Mensch eine Vielzahl von Kombinationsmöglichkeiten. Dies führt nicht zwingend zu mehr Transparenz für die Versicherten, sondern wird im Gegenteil zu vielen Nachfragen und Unsicherheiten führen und die Unübersichtlichkeit erhöhen.

Hinzu kommt eine Vielzahl ungelöster zivil- und sozialrechtlicher Fragen. Unklar ist beispielsweise, wann eine „wesentliche Veränderung“ der pflegerischen Situation gegeben ist, die dem Pflegebedürftigen eine Vertragsumstellung in der Vergütungsform ermöglicht.

In der Gesetzesbegründung wird ausgewiesen, dass für diese hinzukommende Gegenüberstellung der Kosten für Dienstleistungen, die nach Zeitaufwand und die unabhängig vom Zeitaufwand, zum Beispiel nach Leistungskomplexen, berechnet werden, zusätzliche laufende Mehraufwendungen in Höhe von rund 3,6 Millionen € jährlich entstehen. Diese hohen Bürokratiekosten halten wir nicht für gerechtfertigt.

Die geplante parallele Anwendung zweier Vergütungssysteme ist unserer Ansicht nach nicht zielführend und sachgerecht. Die geplante Neuregelung zieht einen erhöhten bürokratischen Aufwand in den Abrechnungsverfahren der ambulanten Pflegedienste mit den Leistungsträgern bzw. den pflegebedürftigen Menschen nach sich. Mit den geplanten Änderungen kann das angestrebte Ziel nicht umgesetzt werden. Deshalb sprechen wir uns für eine Beibehaltung der „Oder-Regelung in § 89 Abs. 3 1. Halbsatz aus. Sollte der Gesetzgeber auf eine stärkere Verpflichtung zur Vereinbarung von Zeitvergütungen in § 89 Abs. 3 SGB XI nicht verzichten wollen, halten wir es für wichtig, dass die Vereinbarung von Zeiteinheiten zusätzlich zu den Komplexleistungen in einer einzigen Vergütungssystematik, insbesondere für die häusliche Betreuung und die hauswirtschaftliche Versorgung erfolgen kann und nicht eine Verpflichtung zur Anwendung von zwei parallelen Vergütungssystematiken eingeführt wird, wenn der ambulante Pflegedienst nicht bereits schon nach einer Zeitvergütung abrechnet. Wir schlagen deshalb eine Ergänzung in § 89 Abs. 3 Satz 2 vor.

Die Neuregelung in § 120 Abs. 3 SGB XI ist nicht umsetzbar, sie führt zur einer Unübersichtlichkeit für die Versicherten und zu einem unangemessen hohen Erfüllungsaufwand.

Wesentlich für den pflegebedürftigen Menschen ist, dass der ambulante Pflegedienst ihn vor Vertragsabschluss und bei jeder wesentlichen Veränderung über die Möglichkeiten der Zeitvergütung, Einzelleistung und der Komplexleistung informiert, berät und dann ein angemessenes schriftliches Angebot macht, sofern hierzu entsprechende Regelungen mit den Pflegekassen bestehen. Wir schlagen deshalb eine entsprechende Änderung in § 120 Abs. 3 vor.

Änderungsvorschlag

Zu § 89 Abs. 3 Satz 1 und Satz 2

Die geplante Änderung in § 89 Abs. 3 1. Halbsatz ist ersatzlos zu streichen

§ 89 Abs. 3 Satz 2 soll wie folgt gefasst werden:

Die Vergütungen haben zu berücksichtigen, dass **auch Zeiteinheiten, insbesondere für die häusliche Betreuung nach § 124 SGB XI und die hauswirtschaftliche Versorgung vereinbart werden sollen** und 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.

§ 120 Abs. 3 soll wie folgt gefasst werden:

„In dem Pflegevertrag sind wenigstens Art, Inhalt und Umfang der Leistungen einschließlich der dafür mit den Kostenträgern nach § 89 vereinbarten Zeitvergütungen oder der vom Zeitaufwand unabhängigen vereinbarten Vergütungen für jede Leistung oder jede Komplexleistung gesondert zu beschreiben. Der ambulante Pflegedienst hat den Pflegebedürftigen vor Vertragsschluss und bei jeder wesentlichen Veränderung über die Möglichkeiten der Zeitvergütung, der Komplexleistung und der Einzelleistung zu beraten und auf der Grundlage der entsprechenden Regelungen in den Leistungskatalogen, ein angemessenes schriftliches Angebot zu machen.“

Übergangsregelungen: Verbesserte Pflegeleistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (§ 123 SGB XI-Reg-E)

Gesetzentwurf

Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (§ 45a SGB XI) sollen neben den Leistungen nach § 45b SGB XI Leistungsverbesserungen bis zur Leistungsgewährung aufgrund eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines entsprechenden Begutachtungsverfahrens, bekommen. In der sogenannten Pflegestufe 0 erhalten Menschen mit einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz Leistungen in Höhe von ca. 50 Prozent der Pflegestufe I und haben so erstmals einen Leistungsanspruch auf Pflegegeld in Höhe von 120 € pro Monat bzw. Pflegesachleistung in Höhe von 225 € pro Monat. In der Pflegestufe I werden die Leistungen für pflegebedürftige Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz um 215 € von gegenwärtig 450 € pro Monat auf 665 € erhöht, das Pflegegeld wird um 70 € von 235 € auf 305 € erhöht. Die Leistungen für pflegebedürftige Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz werden in der Pflegestufe II bei den Pflegesachleistungen um 150 € von gegenwärtig 1.100 € pro Monat auf 1.250 € erhöht, das Pflegegeld wird um 85 € von 440 € auf 525 € erhöht. Für Versicherte mit Pflegestufe III sind keine Leistungsverbesserungen geplant. Des Weiteren ist eine Ausweitung der Regelungen für die zusätzlichen Betreuungskräfte in der vollstationären Pflege (§ 87b SGB XI) auf die Tagespflege/teilstationäre Pflege vorgesehen.

Bewertung

Diese Leistungserweiterungen sind positiv zu bewerten. Sie stellen einen Vorgriff auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff, den der Beirat vorgeschlagen hat, dar. Der Diakonie Bundesverband fordert in diesem Kontext den Gesetzgeber auf, noch in dieser Legislaturperiode den Vorarbeiten des Beirats gesetzgeberisches Handeln folgen zu lassen. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff ist dringend umzusetzen und das Neue Begutachtungsassessment (NBA) als Begutachtungsverfahren umgehend einzuführen.

Es wird begrüßt, dass übergangsweise, ohne dass eine Einstufung erfolgen muss, von Versicherten, die zum Personenkreis nach § 45a zählen und keine Pflegestufe haben, neben den Leistungen nach § 45b SGB XI Pflegegeld und Pflegesachleistungen abgerufen werden können und bei eingestuftem Versicherten das Pflegegeld und Pflegesachleistungen in den Pflegestufen I und II aufgestockt werden. Damit wird vorübergehend kompensiert, dass kein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt wird.

Für den Personenkreis der Menschen mit Behinderung mit pflegerischem Bedarf ist leistungsrechtlich sicherzustellen, dass bei einer Inanspruchnahme von Leistungen nach § 123 SGB XI es im Umkehrschluss zu keinen Leistungsabschmelzungen der Teilhabeleistungen nach SGB XII/SGB IX kommt. Es fehlt eine entsprechende Verbesserung von Leistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompe-

tenz **im vollstationären Bereich**. Dies ist nicht hinzunehmen. Es sollte zumindest der Betreuungsschlüssel bei den zusätzlichen Betreuungskräften nach § 87b SGB XI von 1:25 auf 1:20 abgesenkt werden. Neben den zusätzlichen Betreuungsleistungen erfordert die reine pflegerische Versorgung von Menschen mit Demenz einen wesentlich höheren Zeitaufwand als die Begleitung von rein somatisch pflegebedürftigen Menschen, da die Selbstbestimmung und die aktivierende Pflege sowie der Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz mehr Zeit erfordert. Denkbar wäre auch ein Zuschlag analog der Härtefallregelung: Versicherte mit einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz sollten in stationären Einrichtungen einen vergleichbaren Zuschlag zum Personenkreis nach § 45a in der häuslichen Pflege erhalten. Dem müssen dann entsprechend erhöhte Pflege- und Betreuungsleistungen gegenüberstehen. Diese Regelung wird gegenüber einer Verbesserung des § 87b bevorzugt, da hier auch qualifiziertes Fachpersonal eingestellt werden kann und dem erhöhten Zeitaufwand in der Pflege begegnet werden könnte.

Übergangsregelung: häusliche Betreuung (§124 SGB XI-Reg-E)

Gesetzentwurf

Pflegebedürftige Menschen der Pflegestufen I bis III sowie Versicherte, die wegen erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz die Voraussetzungen des § 45a erfüllen haben bis zum Inkrafttreten eines Gesetzes, das die Leistungsgewährung aufgrund eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines entsprechenden Begutachtungsverfahrens regelt, einen Anspruch auf häusliche Betreuung. Hierbei handelt es sich der Art nach um einen Sachleistungsanspruch im Sinne des § 36. Der Anspruch auf die Sachleistung nach § 36 hat in dem Übergangszeitraum damit rechtlich zwei Grundlagen (§ 36 und § 124), die durch den Anspruch in § 123 der Höhe nach ergänzt werden. Die zusätzlichen Betreuungsleistungen nach § 45b bleiben bestehen, dadurch kommt die häusliche Betreuung nach der Übergangsregelung in § 124 zu den „zusätzlichen Betreuungsleistungen“ nach § 45b hinzu. Der Anspruch auf häusliche Betreuung setzt voraus, dass die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung im Einzelfall sichergestellt sind. Eine Definition von häuslicher Betreuung wird in Abs. 2 vorgenommen. In Abs. 4 wird ausgeführt, dass für die häusliche Betreuung die gleichen Vertrags- und vergütungsrechtlichen Bestimmungen sowie die Regelungen zur Qualitätssicherung und Qualitätsprüfung gelten wie für die Leistungserbringung von Pflegesachleistungen.

Bewertung

Mit § 124 SGB XI-Reg-E schafft der Gesetzgeber der Art nach einen Sachleistungsanspruch im Sinne des § 36 SGB XI, ohne eine Änderung in § 36 SGB XI vorzunehmen. Der Diakonie Bundesverband begrüßt, dass die noch im Referentenentwurf vorgesehene Änderung des § 36 SGB XI – Öffnung der ambulanten Sachleistungen für die häusliche Betreuung nicht in den Gesetzentwurf übernommen wurden. Diese Regelung ist aufgrund des weniger präjudizierenden Charakters im Hinblick auf die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs der bisher im Referentenentwurf vorgesehenen Regelung vorzuziehen.

Nicht geklärt ist, wie im Einzelfall nachgewiesen werden kann, dass die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung sichergestellt sind und somit ein Anspruch auf häusliche Betreuung besteht.

Positiv zu bewerten ist, dass die Definition von häuslicher Betreuung nur vorläufig ist und mit Vorliegen der Ergebnisse des Expertenbeirats die inhaltliche Beschreibung der häuslichen Betreuung auf dem Prüfstand steht und sie entsprechend neu zu definieren ist.

Die Leistungen der häuslichen Betreuung sollen zukünftig als pflegerische Betreuungsmaßnahmen unter Hinweis auf die in § 124 Abs. 2 Ziffer 1-2 SGB XI beispielhaft benannten Leistungsinhalte erbracht werden. Eine weitergehende Präzisierung zur Abgrenzung der häuslichen Betreuungsleistungen nach SGB XI von den Teilhabeleistungen nach SGB XII/SGB IX fehlt jedoch.

Nach Ansicht des Diakonie Bundesverbandes ist zu befürchten, dass aufgrund der vorgeschlagenen Definition die erweiterten häuslichen Betreuungsleistungen nach § 124 SGB XI und die Teilhabeleistungen nach SGB XII/ SGB IX leistungsrechtlich als kongruent bzw. zweckidentische Leistungen bewertet werden.

Dies hätte zur Folge, dass bisherige ambulante Wohnhilfen und außerhäusliche tagesstrukturierende Leistungen der Eingliederungshilfe zukünftig durch häusliche pflegerische Betreuungsleistungen nach § 124 SGB XI ersetzt würden.

Der bisherige additive Leistungsansatz zur Bedarfsdeckung bei Menschen mit Behinderung würde so ins Gegenteil verkehrt werden; es gäbe umfängliche Pflegeleistungen und evtl. aufstockende Eingliederungshilfeleistungen mit entsprechenden Leistungs- und Kostenverschiebungen.

Der Diakonie Bundesverband hält eine Präzisierung der Übergangsregelung für erforderlich, um Schnittstellenkonflikten zwischen den Trägern Eingliederungshilfe und der Pflegeversicherung zulasten der Versicherten entgegenzuwirken.

Es darf sich hier nur um eine befristete Übergangslösung handeln. Der Diakonie Bundesverband fordert deshalb die rasche Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs.

Modellvorhaben zur Erprobung von Leistungen der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste (§125 SGB XI-Reg-E)

Gesetzentwurf

Mit dem neuen § 125 SGB XI-Reg-E sollen Dienste, die sich auf Leistungen der häuslichen Betreuung, insbesondere für Menschen, die zum Personenkreis nach § 45a SGB XI zählen, konzentrieren möchten, modellhaft erprobt werden. Diese modellhaft zu erprobenden Leistungserbringer können neben der häuslichen Betreuung auch die hauswirtschaftliche Versorgung erbringen. Für die Leitung dieser Dienste kann an Stelle einer verantwortlichen Pflegefachkraft eine entsprechend qualifizierte Kraft eingesetzt werden, die eine fachliche Eignung, Zuverlässigkeit und eine zweijährige praktische Berufserfahrung in ihrem erlernten Beruf aufweisen muss. Die Betreuungsdienste sind auch nach Beendigung der Modellphase für weitere zwei Jahre für ihr Tätigkeitsfeld zugelassen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird mit der Durchführung der Modellvorhaben beauftragt.

Bewertung

Generell ist zu begrüßen, dass diese angedachten neuen Leistungserbringer in Modellvorhaben erprobt werden und nicht – wie noch im Referentenentwurf vorgesehen - sofort in die Regelversorgung umgesetzt werden. Mit den Modellvorhaben sollen die Wirkungen des Einsatzes von ambulanten Betreuungsdiensten auf die pflegerische Versorgung umfassend bezüglich Qualität, Wirtschaftlichkeit, Inhalt der erbrachten Leistungen und Akzeptanz bei den Pflegebedürftigen untersucht werden. Dies ist nicht ausreichend. Es sollte auch die Notwendigkeit einer neuen Leistungserbringerform neben den ambulanten Pflegediensten und den qualitätsgesicherten niedrighwelligen Betreuungsangeboten untersucht werden. Auch sind die zusätzlichen Bürokratiekosten für den Aufbau einer neuen Leistungserbringerform zu quantifizieren. Des Weiteren muss geklärt werden, wie bei einer ausschließlichen Leistungserbringung von häuslicher Betreuung durch ambulante Betreuungsdienste die Sicherstellung der Grundpflege gewährleistet werden kann.

Artikel 2 Änderungen des Fünften Sozialgesetzbuchs

Vorsorge und Rehabilitationsmaßnahmen für pflegende Angehörige (§ 23 und 40 SGB V–Reg-E)

Mit den Änderungen in §§ 23 und 40 SGB V werden die Krankenkassen verpflichtet, bei Antragstellungen für medizinische Maßnahmen zur Vorsorge und Rehabilitation die besonderen Belange pflegender Angehöriger zu berücksichtigen. Damit soll der bereits jetzt bestehende Anspruch auf Vorsorge und Rehabilitation verstärkt und den besonderen Belastungen sowie der gesundheitlichen Situation pflegender Angehöriger Rechnung getragen werden.

Bewertung

Der Diakonie Bundesverband hat sich seit einigen Jahren dafür eingesetzt, dass für Pflegepersonen, die aufgrund ihrer Pflegetätigkeit stark erschöpft sind, Gesundheitsstörungen oder Erkrankungen haben, ein besserer Zugang zu medizinischen Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen nach §§ 23, 24, 40 oder 41 SGB V ermöglicht wird. In § 23 Abs. 5 Satz 1 und analog in § 40 Abs. 3 Satz 1 SGB V werden die Krankenkassen nun verpflichtet, bei ihren Entscheidungen über Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen ausdrücklich die besonderen Belange pflegender Angehöriger zu berücksichtigen. Das ist im Grundsatz begrüßenswert. An sich besteht schon heute ein Anspruch auf medizinische Vorsorge nach § 23 SGB V bzw. medizinische Rehabilitation nach § 40 SGB V. Es ist jedoch sinnvoll, diesen Anspruch im Gesetz stärker auszugestalten. Pflegende Angehörige sind häufig rund um die Uhr über mehrere Jahre mit der Pflegetätigkeit befasst. Deshalb ist ihnen die Inanspruchnahme der kurativen Versorgung nur eingeschränkt möglich.

Analog der Regelungen zur medizinischen Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter nach §§ 24 und 41 SGB V sollte es auch für die Zielgruppe der pflegenden Angehörigen nicht erforderlich sein, dass die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten zunächst vollständig ausgeschöpft sein müssen. Ist eine Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme medizinisch notwendig und kann das mit der Maßnahme angestrebte Ziel nicht mit anderen, ggf. wirtschaftlicheren Maßnahmen erreicht werden (§ 12), hat sie die Krankenkasse zu erbringen. Es wird eine entsprechende gesetzliche Klarstellung vorgeschlagen, um zu vermeiden, dass Anträge allein mit dem Verweis auf nicht ausgeschöpfte ambulante Behandlungsmöglichkeiten abgelehnt werden. Weiterhin wird vorgeschlagen, dass für pflegende Angehörige die Maßnahmen wahlweise in Einrichtungen der indikationsspezifischen Vorsorge und Rehabilitation (§ 111 SGB V) oder in den zielgruppenspezifisch ausgerichteten Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen für pflegende Angehörige in Einrichtungen der Müttergenesung (§ 111a) in Anspruch genommen werden können. Im Rahmen der Angebote in Einrichtungen des Müttergenesungswerkes (sog. „Mütterkliniken“) gibt es umfangreiche Erfahrungen mit spezifischen Gesundheitsmaßnahmen für pflegende Frauen.

Änderungsvorschlag

§ 23 Abs. 5 Satz 1 SGB V soll lauten:

„Die Krankenkasse bestimmt nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen nach Abs. 4 sowie die Voraussetzungen nach pflichtgemäßem Ermessen. Die Krankenkasse berücksichtigt bei ihrer Entscheidung die besonderen Belange pflegender Angehöriger. Bei Maßnahmen der medizinischen Vorsorge für pflegende Angehörige gilt § 23 Abs. 4 Satz 1 Halbsatz 1 nicht, diese Maßnahmen können in Einrichtungen mit einem Versorgungsvertrag nach § 111 oder § 111a SGB V in Anspruch genommen werden. „

§ 40 Abs. 3 Satz 1 SGB V soll lauten:

„Die Krankenkasse bestimmt nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 sowie die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen. Die Krankenkasse berücksichtigt bei ihrer Entscheidung die besonderen Belange pflegender Angehöriger. Bei Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation für pflegende Angehörige gilt § 40 Abs. 2 Satz 1 Halbsatz 1 nicht, die Maßnahmen können in Einrichtungen mit einem Versorgungsvertrag nach § 111 oder § 111a SGB V in Anspruch genommen werden. „

Änderungsantrag 4 der Fraktionen CDU/CSU und FDP (Ausschuss-Drs. 17(14)0269)

Haushaltshilfe und Häusliche Krankenpflege bei Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft sowie zusammenhängende Verweisänderungen

Antrag

Die Anträge beinhalten die Überführung der Regelungen der Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft von der Reichsversicherungsordnung (RVO) in das SGB V, sowie die daraus resultierenden redaktionellen Folgeänderungen.

Bewertung

Die Überführung der Leistungen der RVO und die folgenden redaktionellen Änderungen sind zeitgemäß und erleichtern die Rechtsanwendung.

Hinsichtlich der Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln während der Schwangerschaft und im Rahmen der Entbindung ist ausdrücklich geregelt, dass für die Inanspruchnahme entsprechender Leistungen keine Zuzahlungen anfallen. Eine entsprechende Regelung fehlt jedoch für die Haushaltshilfen nach § 24h und für die häusliche Krankenpflege nach § 24g. In der Praxis tauchte im Zusammenhang mit § 199 RVO zunehmend das Problem auf, dass Versicherte denen wegen Schwangerschaft und Entbindung die Weiterführung des Haushalts nicht möglich war, auf § 38 SGB V verwiesen wurden und sie nach § 38 Abs. 5 SGB V zuzahlen mussten. Der Diakonie Bundesverband fordert daher, auch in § 24g und § 24h ausdrücklich im Gesetzestext zu normieren, dass eine Zuzahlungspflicht bei Inanspruchnahme dieser Leistungen nicht besteht.

Änderungsvorschlag

In § 24g wird folgender Satz 3 angefügt:

„§ 37 Abs. 5 gilt nicht.“

In § 24h wird folgender Satz 3 angefügt:

„§ 38 Abs. 5 gilt nicht.“

Änderungsantrag 4/ Nr. 1c Hilfsmittel (§ 33 SGB V)

Antrag

Nach § 33 Abs. 5 wird ein neuer Abs. 5a eingefügt, der eine vertragsärztliche Verordnung von Hilfsmitteln nur im Falle einer medizinisch gebotenen erstmaligen oder erneuten ärztlichen Diagnose oder Therapieentscheidung erforderlich macht (Satz 1). In Satz 2 wird den Krankenkassen die Möglichkeit eingeräumt, hiervon abzuweichen und trotz Genehmigungsverzicht bezüglich der Hilfsmittelversorgung eine Verordnung zu verlangen.

Bewertung

Die beantragte Regelung soll die Rechtsprechung des BSG, nach der die Gewährung eines Hilfsmittels nicht grundsätzlich an die Verordnung durch einen Vertragsarzt gebunden ist, kodifizieren.

Die Regelung ist grundsätzlich zu begrüßen, eröffnet sie doch die Möglichkeit, Versorgungsprozesse im Sinne der Versicherten zu vereinfachen. Allerdings lässt die vorgesehene Bestimmung auch Fragen offen, etwa wie und in welchen Strukturen über die medizinische Gebotenheit nach Satz 1 entschieden werden soll. Auch bleibt unklar, in welchen Fällen von der Ausnahmeregelung in Satz 2 durch die Krankenkasse Gebrauch gemacht werden soll. Eine diesbezügliche Präzisierung wird von Seiten des Diakonie Bundesverbandes angeregt, die auch klärt, dass bei Hilfsmitteln im Rahmen einer langfristigen Versorgung auf die Vorlage einer ärztlichen Verordnung verzichtet werden kann und es dem Vertragsarzt erlaubt, im Einzelfall längerfristige Verordnungen ausstellen können, die auch Wiederholungsversorgungen einschließen können.

Änderungsantrag 4/ Nr.7 Rahmenempfehlung zur Versorgung mit häuslicher Krankenpflege (§ 132a Abs. 1 SGB V)

Antrag

Die bisherige Soll-Regelung zum Abschluss einer Rahmenempfehlung nach § 132a Abs. 1 SGB V wird in eine Muss-Regelung umgewandelt. Darüber hinaus werden die Partner der Rahmenempfehlungen verpflichtet, die Rahmenempfehlungen bis zum 01.07.2013 abzugeben. Die Regelungsinhalte können sich auch auf die Inhalte des Datenträgeraustauschs beziehen. Die Rahmenempfehlung hierzu ist bei Abweichungen von den Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes nach § 302 SGB V vorrangig.

Bewertung

Der vom Gesetzgeber vorgesehene Zeitrahmen bis zum 01.07.2013 ist jedoch zu knapp bemessen. Die Frist muss erweitert werden. Zudem ist es notwendig, dass auf Bundesebene ein Konfliktlösungsmechanismus analog zu den Rahmenverträgen auf Landesebene nach § 132a Abs. 2 Satz 6 eingeführt wird. Die Regelung zum Datenträgeraustausch halten wir für sachgerecht.

Antrag der Bundestagsfraktion BÜNDNIS 90/Die GRÜNEN „Für eine grundlegende Reform der Pflegeversicherung – Nutzerorientiert, solidarisch, zukunftsfest (BT-Drs.17/9566)“

Wir beziehen uns in unserer Stellungnahme zu diesem Antrag nur auf die Punkte, die Bestandteil des anstehenden Gesetzgebungsverfahrens des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes sind. Beispielsweise ist die Weiterentwicklung der Pflegeausbildung nicht Gegenstand des vorliegenden Gesetzgebungsverfahrens.

Der Diakonie Bundesverband stimmt mit der in dem Antrag geäußerten Auffassung überein, dass mit dem vorliegenden PNG viele dringende Probleme der Pflegeversicherung und der pflegerischen Versorgung nicht gelöst werden. Eine Neuausrichtung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und ein darauf basierendes Begutachtungsassessment sowie die entsprechende Weiterentwicklung der Leistungen wurden in die nächste Legislaturperiode vertagt. Ebenfalls werden keine Regelungen getroffen, die eine verlässliche, nachhaltige und sozial gerechte Finanzierung sicherstellen, so dass auch der zwingend erforderliche entsprechende finanzielle Rahmen für die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und den damit verbundenen weiteren Regelungen fehlt.

Im Kontext der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sind auch Schnittstellen zwischen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung nach SGB IX/SGB XII, der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII und der Pflegeversicherung nach dem SGB XI zu klären. Aussagen zu diesen Fragen fehlen bisher gänzlich. Der parallel laufende Reformprozess zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe muss vom Gesetzgeber unbedingt berücksichtigt werden, um eine Leistungsverzahnung bzw. Koordinierung von pflegerischen Leistungen und Teilhabeleistungen der Eingliederungshilfe zukünftig besser zu ermöglichen. Der Diakonie Bundesverband prüft in diesem Zusammenhang auch den in diesem Antrag gemachten Vorschlag, dass in vollstationären Einrichtungen für Menschen mit Behinderung nach § 43a SGB XI künftig zumindest die Leistungen, die bei der Pflege in der eigenen Häuslichkeit bewilligt werden, zur Verfügung stehen.

Die stärkere Ausrichtung der pflegerischen Versorgungsstrukturen an den Bedarfslagen betroffener Menschen und eine deutlichere Quartiers- und Gemeinwesenorientierung der Wohn- und Begleitungsformen entspricht langjährigen Positionen des Diakonie Bundesverbandes. Eine Weiterentwicklung der Pflegeberatungsstrukturen und -angebote halten wir ebenfalls für erforderlich. Neben den von der Bundestagsfraktion Bündnis 90/die Grünen vorgeschlagenen Maßnahmen sind hier die vorhandenen Beratungsstrukturen und -kompetenzen ausreichend mit einzubeziehen und weiterzuentwickeln, d. h. die Pflegeberatungsbesuche nach § 37 SGB XI und die Beratung und Schulung in der Häuslichkeit nach § 45 SGB XI. Aktuelle Veröffentlichungen des BMG und des GKV-Spitzenverbands haben gezeigt, dass die Pflegestützpunkte noch selten genutzt werden und Angehörige ihre Beratungsleistungen neben den Pflegekassen vorzugsweise bei den ambulanten Pflegediensten nachfragen. Je nach Studie stehen sogar die ambulanten Pflegedienste an erster Stelle.

Der Diakonie Bundesverband setzt sich für eine weitere Stärkung des Grundsatzes Rehabilitation vor Pflege ein. Die Pflegeversicherung zum Rehabilitationsträger zu machen, sehen wir hingegen nicht als geeigneten Weg an. Der geeignete Träger für Rehabilitationsmaßnahmen ist die Krankenversicherung bzw. im Falle von Erwerbstätigen die Rentenversicherung. Die Aufnahme der Pflegeversicherung in den Kreis der Rehabilitationsträger würde nur zu neuen Verschiebebahnhöfen führen. Statt dessen schlagen wir die Umsetzung des SGB IX auch im Sinne einer frühzeitigen Bedarfserkennung bei pflegebedürftigen Menschen, den Abbau von Zugangshürden z. B. Vereinfachung des Antrags- und Bewilligungsverfahrens i. S. des SGB IX, die Stärkung der Infrastruktur für Information und Beratung und den Ausbau bedarfsgerechter Leistungsangebote und hier insbesondere der mobilen geriatrischen Rehabilitation vor.

Die Forderungen nach einer Verbesserung der Vereinbarkeit von Beruf und Pflege wird vom Diakonie Bundesverband unterstützt. Im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens hat sich der Diakonie Bundesverband, genauso wie die Bundestagsfraktion Bündnis 90/die Grünen, mit Nachdruck für einen Rechtsanspruch auf Familienpflegezeit ausgesprochen. Wir sehen die Notwendigkeit von verschiedenen weiteren Maßnahmen wie eine Lohnfortzahlung bei der kurzfristigen Freistellung analog zum Krankengeld bei Erkrankung des Kindes (§ 45 SGB V) durch eine Verankerung im Pflegezeitgesetz, Lohnersatzleistungen

analog zur Elternzeit bei der Familienpflegezeit, die Einbeziehung von Angehörigen sterbender Menschen ohne Pflegestufe und die Einbeziehung von Angehörigen mit einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz ohne Pflegestufe, verschiedene rentenrechtliche Verbesserungen im Rahmen der Regelungen zur Pflegezeit bzw. zur Familienpflegezeit. Darüber hinaus sind verschiedene Maßnahmen zur Entlastung von pflegenden Angehörigen erforderlich.

Auch wir sprechen wir uns ebenso, wie die Bundestagsfraktion Bündnis 90/die Grünen gegen eine Kopplung der Zulassung einer Pflegeeinrichtung an die Zahlung des Mindestlohns aus. Durch die vorgesehene Änderung in § 72 Abs. 3 Satz 1 Ziffer 2 erhält der Mindestlohn in der Pflege implizit die Funktion eines Normlohns. Diese geplante Modifikation durch das PNG setzt das falsche Zeichen, da sie die Rahmenbedingungen der Pflegeeinrichtungen verschlechtert, den Fachkräftmangel verschärft und somit zu einer Absenkung der Standards für die pflegebedürftigen Menschen führt. Der Diakonie Bundesverband fordert stattdessen die tarifliche Vergütung zusätzlich in § 72 Abs. 3 Satz 1 Ziffer 2 zu verankern.

Antrag der Bundestagsfraktion DIE LINKE „Pflege tatsächlich neu ausrichten – Ein Leben in Würde ermöglichen“ (BT-Drs. 17/9393)

Wir beziehen uns in unserer Stellungnahme zu diesem Antrag auf die Punkte, die Bestandteil des anstehenden Gesetzgebungsverfahrens des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes sind. Beispielsweise ist die Weiterentwicklung der Pflegeausbildung nicht Gegenstand des vorliegenden Gesetzgebungsverfahrens.

Der Diakonie Bundesverband unterstützt die Forderung der Bundestagsfraktion DIE LINKE, den vorliegenden Gesetzentwurf zur leistungsrechtlichen Neuausrichtung der Pflege auf seine Kompatibilität mit der UN-Behindertenrechtskonvention zu überprüfen und entsprechend inklusionsorientiert auszurichten.

Ebenso stimmen wir der Auffassung der Bundestagsfraktion DIE LINKE zu, dass für eine wirkliche Neuausrichtung der Pflegeversicherung ein neues Verständnis von Pflege und/oder Betreuung erforderlich ist. Eine Neuausrichtung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und ein darauf basierendes Begutachtungsassessment sowie eine entsprechende Weiterentwicklung der Leistungen wurden aber in die nächste Legislaturperiode vertagt.

Die Verbesserung der Rahmenbedingungen für pflegende Angehörige stellt eine wichtige pflegepolitische Zielsetzung des Diakonie Bundesverbands dar. Wir haben in den Beratungen zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz bzw. zum Familienpflegezeitgesetz verschiedene Maßnahmen zur Verbesserung der Regelungen zur Pflegezeit bzw. zur Familienpflegezeit vorgeschlagen, etwa einen Rechtsanspruch auf eine Familienpflegezeit, die Notwendigkeit einer Lohnfortzahlung bei der kurzfristigen Freistellung analog zum Krankengeld bei Erkrankung des Kindes (§ 45 SGB V) durch eine Verankerung im Pflegezeitgesetz, Lohnersatzleistungen analog zur Elternzeit bei der Familienpflegezeit, die Einbeziehung von Angehörigen sterbender Menschen ohne Pflegestufe und die Einbeziehung von Angehörigen mit einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz ohne Pflegestufe. Im Hinblick auf eine Verbesserung der rentenrechtlichen Absicherung hat der Diakonie Bundesverband verschiedene Forderungen erhoben. Wichtig ist für alle pflegenden Angehörigen, dass die Höhe der durch die Pflegekassen zu entrichtenden Rentenversicherungsbeiträge nicht mehr von der jeweiligen Pflegestufe abhängt, da die zeitliche sowie die physische und psychische Beanspruchung der Pflegeperson hieran nicht verlässlich abgelesen werden kann. Folglich sind auch die pflegenden Angehörigen von Menschen mit einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz (Personenkreis nach § 45a) ohne Pflegestufe einzubeziehen. Darüber hinaus sind die Rentenversicherungsbeiträge deutlich anzuheben, damit pflegebedingte Berufsunterbrechungen langfristig nicht zu einem Risikofaktor für Armut im Alter werden. Wie bei der Elternzeit sollte auf das letzte Erwerbseinkommen vor Beginn der Pflegezeit abgestellt werden.

Berlin, 14. Mai 2012

Maria Loheide
Vorstand Sozialpolitik
Diakonisches Werk der EKD e.V.