

Deutscher Bundestag  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
17(14)0271(32.2)  
gel. VB zur öAnh. am 21.5.  
12\_Pflege-Neuausrichtung-Gesetz  
16.05.2012

**08.02.2012**

## **Neuausrichtung der Pflegeversicherung**

**Stellungnahme des Verbraucherzentrale Bundesverbandes zum**

**Referentenentwurf des Bundesministers für Gesundheit vom 20. 01. 2012**

## 1) Einleitung

Zwei große Vorhaben der Regierung (Koalitionsvertrag 2009) im Bereich Pflege stehen auf dem Spiel:

Erstens hat die Koalition vereinbart, für eine nachhaltige Finanzierung der Sozialen Pflegeversicherung und der Absicherung des Risikos pflegebedürftig zu werden zu sorgen und zweitens versprochen, den herrschenden, verrichtungsbezogenen Begriff von Pflegebedürftigkeit, der in der Regel die Voraussetzungen zum Bezug von Leistungen nach dem 11. Sozialgesetzbuch (SGB XI/ Pflegeversicherungsgesetz) schafft, zu reformieren.

Bei der Finanzierung der Pflegeversicherung scheinen die Würfel für diese Legislaturperiode gefallen zu sein, da es zum 1. Januar 2013 eine paritätisch zu tragende Umlageerhöhung um 0,1 Prozentpunkte von 1,95 auf 2,05 Prozent des sozialversicherungspflichtigen Einkommens<sup>1</sup> geben soll. Die aus dieser Erhöhung zu erwartende Einnahmesteigerung der Pflegekassen in Höhe von etwa 1 Milliarde Euro reicht nach vielen Bekundungen von Sachverständigen nicht aus, um das zweite Ziel – neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff mit neuem Begutachtungsinstrument NBA – angemessen umzusetzen. Auch die in den Eckpunkten und dem Arbeitspapier des Bundesgesundheitsministeriums angekündigte Förderung der freiwilligen Risikoversorge, die das Bundesfinanzministerium beisteuern soll, führt nicht zu einer Neuausrichtung der nachhaltigen Finanzierung des Risikos Pflegebedürftigkeit. Zwar kann nicht oft genug darauf hingewiesen werden, dass die Soziale Pflegeversicherung von Anfang an eine Teilversicherung war, die „gedeckelte“ Leistungen gewährt und dass nach eigener oder sachverständiger Prüfung der Entwicklung von Einkommen und Vermögen sowie unter Berücksichtigung der familialen Gegebenheiten der Abschluss einer zusätzlichen Vorsorge angeraten sein kann. Zu berücksichtigen ist aber, dass private Vorsorgeangebote in der Regel von Menschen wahrgenommen werden, die nicht zu den Beziehern niedriger und sehr niedriger Einkommen gehören. Viele Menschen werden sich eine zusätzliche Risikoversicherung nicht leisten können. Und zwar gerade diejenigen, die später im Falle des Eintritts von Pflegebedürftigkeit mit geringen Einnahmen (Renten) zum Teil erhebliche Eigenanteile entrichten müssen, wenn sie Leistungen beziehen. Dies wird zu Lücken in der Versorgung führen, die - insbesondere bei einer freiwilligen Zusatzversicherung - einkommensschwache Gruppen treffen. Hinzu kommt, dass die Prämienzahler das Risiko erheblicher Beitragssteigerungen zu tragen haben. Im Übrigen dürfen sich gegebenenfalls ins Auge gefasste staatliche Förderungen zum Abschluss der Versicherungen nach Auffassung des vzbv nicht ausschließlich in steuerlichen Entlastungen erschöpfen. Vielen Versicherten kämen diese gar nicht zugute, weil sie gar kein Einkommen oder ein sehr geringes erzielen oder bescheidene Rentenleistungen bekommen.

Zu keiner Zeit hat die Koalition jedoch Lösungen ins Auge gefasst, die durch die Einbeziehung weiterer Einkommensarten neben denen aus unselbständiger

---

<sup>1</sup> Kinderlose zahlen zusätzlich 0,25 Prozentpunkte alleine (§ 55 Abs.3 SGB XI)

Arbeit in die Beitragsbemessung und weiterer Personenkreise in die Soziale Pflegeversicherung zu einer deutlich erhöhten Finanzkraft der Pflegeversicherung führen könnten.

Bereits die „Gohde-Kommission“ (Beirat) hat in ihren Umsetzungsempfehlungen im Mai 2009 einen Finanzierungsbedarf von gut drei Milliarden Euro als erforderlich erachtet, um die bestehende Gerechtigkeitslücke wegen der fehlenden Einbeziehung vieler Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz in den regulären Leistungsbezug zu gewährleisten. Es hat sich bislang dem Verbraucherzentrale Bundesverband nicht erschlossen, aus welchen Gründen eine weitere oder „wiederbelebte“ Kommission, nun unter neuem Vorsitz, erforderlich sein soll, um erneut Empfehlungen zur Umsetzung eines erweiterten Begriffs von Pflegebedürftigkeit zu erarbeiten; insbesondere nicht vor dem Hintergrund, dass seitens der Politik kein bestimmter Finanzrahmen für dieses Vorhaben eingeräumt worden ist. Vor allen Dingen aber stellt sich die Frage, wieso erst zur Jahreswende 2011/2012, also erst zweieinhalb Jahre nach Vorlage der damaligen Umsetzungsempfehlungen des Beirats die Erkenntnis dämmert, dass „offene Fragen, die mit der Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines entsprechenden Begutachtungsverfahrens zusammenhängen, schnellstmöglich zu klären (sind)“<sup>2</sup>. Wenn und soweit diese Regierung an einem solchen Paradigmenwechsel in dieser Legislatur interessiert war, hat sie es versäumt, diese von ihr mittlerweile als notwendig erachteten Prozesse rechtzeitig in die Wege zu leiten. Dennoch ist dem Verbraucherzentrale Bundesverband nicht verborgen geblieben, dass die Begründungen zum Referentenentwurf einen „zügigen“ Abschluss dieser Arbeiten ankündigen und der Gesetzesentwurf, insbesondere im Rahmen der Erläuterungen zum vorgesehenen, neuen § 123 SGB XI davon spricht, dass Leistungsverbesserungen im Vorgriff auf die Einführung einer geänderten Definition von Pflegebedürftigkeit eingeführt werden.

Der Gesetzesentwurf sieht andererseits zahlreiche Ansätze für eine (teilweise zwischenzeitliche) Verbesserung der Lage pflegebedürftiger Menschen vor. Dazu gehören:

- der Paradigmenwechsel im Leistungsgeschehen durch die Einbeziehung von Betreuungsleistungen in den regulären Kanon
- die Flexibilisierung von Leistungsansprüchen der pflegebedürftigen Menschen
- die Stärkung der Rehabilitation
- die Leistungsausweitung für Pflegebedürftige in der ambulanten Betreuung in den Pflegestufen null, eins und zwei
- die Leistungsverbesserungen und Fördermöglichkeiten für ein Leben in ambulant betreute Wohngemeinschaften
- die Förderung der unabhängigen Beratung
- die Erweiterung der Mitwirkungsrechte der Organisationen der Interessenvertretung der pflegebedürftigen und behinderten Menschen.

---

<sup>2</sup> Referentenentwurf, S 34

Dass es hinsichtlich der Normierungen zum Pflegezeitgesetz und zum Familienpflegezeitgesetz keine Verbesserungen gibt, ist aus Sicht des Verbraucherzentrale Bundesverbands höchst problematisch. Seit der Pflegereform 2008 haben die Angehörigen einen rechtlichen Anspruch, sich bis zu einem halben Jahr vom Arbeitgeber freistellen zu lassen. So steht es im Pflegezeitgesetz. Seit 2011 gibt es nun zusätzlich noch ein weiteres Gesetz: das sogenannte „Familienpflegezeitgesetz“. Beide Gesetze sollen dasselbe regeln, allerdings sind sie höchst unterschiedlich ausgestaltet. Laut Pflegezeitgesetz von 2008 dürfen sich die Angehörigen bis zu einem halben Jahr von der Arbeit freistellen lassen ohne Lohnersatzleistung. Im Familienpflegezeitgesetz von 2011 sind es hingegen zwei Jahre – mit Lohnersatzleistung. Im Pflegezeitgesetz wiederum ist die Freistellung als subjektiver Rechtsanspruch gestaltet, im Familienpflegezeitgesetz jedoch nicht. Dort muss es zuerst zu einer einvernehmlichen Absprache zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer oder zwischen den Tarifvertragsparteien kommen.

**Der Verbraucherzentrale Bundesverband hat die Zusammenführung der gesetzlichen Regelungen gefordert, die einen Rechtsanspruch vorsieht und zu einer angemessenen Honorierung der Leistungen pflegender Angehöriger führt. Wie drängend das Problem ist, zeigt erneut der kürzlich veröffentlichte Report „Familien in Baden-Württemberg“ (Ärzteblatt, 2.2.12). Danach gaben bei einer bundesweiten Befragung 86% der pflegenden Angehörigen an, dass sich Pflege und Beruf nicht gut vereinbaren lassen. 62% der befragten Personalverantwortlichen sagten, sich mit dem Thema noch nicht beschäftigt zu haben.**

## 2) Zu den entworfenen Änderungen

### a. Veränderungen im Leistungsgeschehen allgemein

**Der Verbraucherzentrale Bundesverband begrüßt die Öffnung und Flexibilisierung des Sachleistungsanspruchs in der ambulanten Pflege.**

Neben Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung können Pflegebedürftige auch häusliche Betreuungsleistungen wählen. Dies führt zu einer Reihe von Gesetzesänderungen im SGB XI und folgt insbesondere aus den grundlegenden Ergänzungen in § 4 (Art und Umfang der Leistungen) und § 36 SGB XI (Pflegetaschengleistungen bei häuslicher Pflege) des Gesetzesentwurfs. Zwar kennt das SGB XI bereits Betreuungsleistungen als Sachleistungen (§§ 36 Abs.1 S.5, 77 Abs.1 SGB XI) seit das „Poolen“ von Leistungen rechtlich verankert wurde, nun eröffnet sich diese Möglichkeit auch außerhalb der gemeinschaftlichen Inanspruchnahme von Leistungen. Durch § 36 Abs.2 S.2 des Entwurfs wird eine umfassende Definition der Inhalte von Betreuungsleistungen herbeigeführt. Einschränkend gebietet § 36 Abs.1 S.6 SGB XI nach wie vor, dass Betreuungsleistungen nur dann in Anspruch

genommen werden können, soweit die pflegerische und hauswirtschaftliche Versorgung „sichergestellt sind“.

Die Weiterungen bei den Wahlmöglichkeiten gehen einher mit den Änderungen in § 89 Abs.1, 3 des Entwurfs, wonach zukünftig zusätzlich Vergütungsvereinbarungen zu Betreuungsleistungen getroffen werden müssen, die wie die Vergütungen anderer ambulanter Leistungen sowohl nach dem konkreten Zeitaufwand als auch nach Komplexleistungen zu bemessen und zu vereinbaren sind. Das ist eine zwingende Folge der Öffnung und Flexibilisierung im Leistungsgeschehen, weil gerade Betreuungsleistungen nach den Wünschen des Pflegebedürftigen zu gestalten sind und schwerlich als Modul-/ Komplexleistungen angeboten werden können.

**Mittelbar ergibt sich daraus die Forderung nach einer Angebotsdiversifizierung durch die Dienste.**

#### **b. Leistungsausweitung für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz**

**Der Verbraucherzentrale Bundesverband begrüßt die vorgesehenen Leistungsverbesserungen (§ 123 des Gesetzesentwurfs) für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz im Vorgriff auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff.**

Auch Menschen ohne Pflegestufe erhalten danach in der ambulanten Pflege Leistungen (Pflegegeld: 120 Euro oder Sachleistungen: 225 Euro oder Kombinationsleistungen), soweit sie die Voraussetzungen nach § 45a SGB XI erfüllen. Diese Leistungen dürften – wenn auch in bescheidenem Maß – zu einer Entlastung pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen führen. Ihnen stehen auch Ansprüche auf Leistungen der Verhinderungspflege, auf Leistungen zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln sowie auf die Gewährung von Zuschüssen zu wohnumfeld-verbessernden Maßnahmen zu. Im letztgenannten Zusammenhang ist der generelle Verzicht, die Höhe der Zuschüsse unter Berücksichtigung der Kosten der Maßnahme sowie eines angemessenen Eigenanteils in Abhängigkeit von dem Einkommen des Pflegebedürftigen zu bemessen, eine begrüßenswerte Änderung in § 40 Abs.4 des Entwurfs.

Soweit bereits Pflegestufe 1 oder 2 vorliegt, erhält dieser Personenkreis deutlich höhere Leistungen nach §§ 36 und 37 SGB XI (Sachleistungen und Pflegegeld). Diese Leistungen werden neben den bisherigen nach § 45b SGB XI (zusätzliche Betreuungsleistungen) gewährt.

Diese Leistungsverbesserungen gelten allerdings vorwiegend der Stärkung der Wettbewerbssituation ambulanter Dienste. Ihnen werden neue Tätigkeitsfelder eröffnet. Dies wird insbesondere aus § 71 Abs.3a des Entwurfs ersichtlich, mit dem ein neuer Typ „Betreuungsdienst“ geschaffen werden soll, der „schwerpunktmäßig häusliche Betreuung insbesondere für demenziell erkrankte Pflegebedürftige erbringen (will)“ Diese haben nach Zulassung durch Abschluss eines Versorgungsvertrages Sachleistungen zu erbringen. Ein insgesamt nicht leichtes Unterfangen, weil es schon bisher keine Qualitätsrichtlinien für Betreuungsleistungen durch ambulante Pflegedienste gibt. Unklar bleibt letztlich, wer diese Leistungen erbringen soll. Hier gilt es Strukturen zu finden, die einerseits qualitätsgesicherten Anforderungen genügen müssen, andererseits nicht mit Hürden belastet sind, die nur wenige professionelle Anbieter erfüllen können. Niedrigschwellige Betreuungsleistungen im Sinne des § 45b SGB XI oder vergleichbare Leistungen gehören bislang nach der Entwurfsbegründung offensichtlich nicht dazu.

So bleibt die Förderung ehrenamtlicher, niedrigschwelliger Strukturen (§§ 45c und 45d SGB XI) hinter den Verbesserungen für professionelle Dienste zurück. Sie besteht weitgehend als befristete Projektförderung, deren Finanzierung nicht nachhaltig gesichert ist. Trotz der vorgesehenen Änderungen in § 45d des Entwurfs wird es dabei bleiben, dass Leistungen entsprechender Organisationen ein Schattendasein führen. Angesichts der teilweise prognostizierten Entwicklung der Zahlen der an Demenz oder anderen kognitiven Beeinträchtigungen erkrankenden Menschen - bis zu 2,5 Millionen in den nächsten drei Jahrzehnten - wird deutlich, dass es gilt, die ehrenamtlichen, wohnumfeld-orientierten Hilfestrukturen vornehmlich zu fördern.

**Es kann an dieser Stelle nur vor dem Irrglauben gewarnt werden, dass alleine ein Mehr an Geld und Markt und professionellen Dienstleistungen im System geeignet und angemessen sind, diesen Herausforderungen zu begegnen. Vielmehr gilt es unter Einschluss der Kommunen umfassende sozialräumliche Hilfestrukturen zu schaffen, die Leistungen der Eingliederungshilfe einbeziehen und diese nicht zur Schnittstelle im Leistungsbezug werden lassen, wie es allzu häufig im Gesetzesentwurf geregelt werden musste. Der Verbraucherzentrale Bundesverband verkennt aber nicht, dass diese Maßnahmen wegen der föderalen Strukturen nicht allein dem Bund und der Reform des SGB XI obliegen.**

In Ergänzung zu diesen Schritten sieht der Gesetzesentwurf verschiedene Maßnahmen zur Stärkung ambulant betreuter Wohngruppen vor. Zwar leben in den so bezeichneten Gruppen nicht nur Menschen mit eingeschränkter

Alltagskompetenz und pflegerischem Bedarf, sie bilden jedoch bislang die weitaus am stärksten vertretene Gruppe von Hilfebedürftigen in diesen Gemeinschaften, so dass die Leistungen auf die Stärkung einer Wohnform abzielen, die für einen – offenbar allerdings überschaubaren - Kreis von Leistungsempfängern eine Alternative darstellt. Hier sollen Pflegebedürftige neben den allgemeinen ambulanten Leistungen (§§ 36, 37 usw.) und den Leistungen bei zusätzlichem Betreuungsbedarf (45b SGB XI) einen Anspruch auf Zahlung einer Pauschale in Höhe von 200 Euro im Monat erhalten, wenn eine Präsenzkraft eingestellt wird (§ 38a des Entwurfs). Es wird allerdings nicht erklärt, was eine Präsenzkraft ist, welche Qualifikationen sie besitzen muss und bei welchem Leistungsumfang (auch zeitlich) die Kraft als präsent zu gelten hat.

Wohlweislich enthält der Entwurf einen Hinweis auf vorrangige, heimrechtliche Regelungen. Gerade landesrechtliche Vorschriften zur Beschreibung und Abgrenzung von ambulanten Wohngruppen zu stationären Einrichtungen haben vielfältige Regelungen hervorgebracht, die auf zivilrechtlicher Ebene durch das Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz ergänzt werden. Mit § 38a des Entwurfs kommt nun ein weiterer Typ „Wohngruppe“ hinzu, für den teilweise andere Voraussetzungen gelten.

**Soweit eine 24-Stunden-Präsenz in einer Wohngemeinschaft erforderlich ist und dies ist gerade in Wohngruppen mit Menschen mit Demenz in der Regel der Fall, reichen die Leistungen bei weitem nicht aus, um eine solche Besetzung zu organisieren, insbesondere nicht unter Zuhilfenahme von Einzelpflegekräften nach § 77 SGB XI.**

Diese Leistungsausweitung geht einher mit der neuen Leistung nach § 45e des Entwurfs zur Anschubfinanzierung von ambulanten Wohngruppen. Die Neugründung wird in Höhe von einmalig bis zu 2500 Euro pro Bewohner, maximal bis zu 10.000 Euro für die Wohngruppe zum altersgerechten Umbau der gemeinsamen Wohnung gefördert. Insgesamt sollen für diese Maßnahme 30 Millionen Euro zur Verfügung gestellt werden.

Diese Ansprüche können allerdings nur Pflegebedürftige geltend machen, die in einer Wohngemeinschaft leben, bei der die freie Wählbarkeit der Pflege- und Betreuungsleistungen gewährleistet sein muss. Dies trifft in den allermeisten Fällen bestehender, ambulanter Wohngruppen nicht oder nur auf dem Papier zu, weil sie von Pflegediensten organisiert sind. Im Übrigen ist zu bedenken, dass diese Förderung, in Ansehung der Regelung in § 38a Abs.2 des Entwurfs, teilweise schwer mit Gestaltungen der „Landesheimgesetze“ in Einklang gebracht werden kann. Dort werden teilweise andere Voraussetzungen an

„Einrichtungen mit höherer Selbstbestimmung und Teilhabe“ (z.B. § 5 LWTG Rheinland-Pfalz) formuliert. Es wird sich herausstellen, ob der vorgesehene Anspruch tatsächlich zu deutlich vermehrten Gründungen von so genannten selbstverantwortlichen Wohngruppen oder Wohngemeinschaften in „geteilter Verantwortung“ führen wird. Möglich und wünschenswert erscheint, dass daraus ein fördernder Anstoß zur Gründung von Wohngruppen durch soziale Verbände ausgeht, bei denen eher die Voraussetzungen zur Erfüllung der vorgenannten Wahlfreiheit gegeben sein dürften. Höchst sinnvoll ist in diesem Zusammenhang auch die Auflegung eines Förderprogramms mit 15 Millionen Euro zur wissenschaftlichen Weiterentwicklung und Förderung neuer Wohnformen (§ 45f des Entwurfs).

### **c. Maßnahmen zur Stärkung der Rehabilitation**

a) Nach § 18 Abs.6 des Entwurfs sind zukünftig die bislang auch schon zu treffenden Feststellungen der Gutachter hinsichtlich erforderlicher und geeigneter Rehabilitationsmaßnahmen für den Pflegebedürftigen in einer **gesonderten Rehabilitationsempfehlung** zu dokumentieren. Die Pflegekasse muss sie dem pflegebedürftigen Antragsteller spätestens mit dem Bescheid übermitteln und zur Notwendigkeit der Einleitung medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen begründet Stellung nehmen. Wenn der Pflegebedürftige zustimmt, wird über eine Mitteilung zum Rehabilitationsbedarf an den zuständigen Leistungsträger ein Antragsverfahren auf Gewährung von Leistungen ausgelöst. Die Pflegekassen haben selbst vorläufige Rehabilitationsleistungen zu erbringen, wenn der zuständige Träger nicht innerhalb von vier Wochen handelt und Leistungen erforderlich sind.

Den Pflegekassen werden nach § 18 Abs.9 des Entwurfs zudem umfangreiche Berichtspflichten zu Erfahrungen mit der Umsetzung der Empfehlungen auferlegt.

Um pflegenden Angehörigen die Teilnahme an stationären, medizinischen Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen besser zu ermöglichen, sollen nach § 42 Abs.4 des Entwurfs in diesen Einrichtungen auch Leistungen der Kurzzeitpflege erbracht werden können, wenn gleichzeitig eine stationäre, pflegerische Versorgung und Betreuung des Pflegebedürftigen erforderlich ist.

**Diese Erweiterung des Angebotsspektrums entsprechender Einrichtungen ist zu begrüßen. Viele Pflegende werden eher geneigt sein, Rehabilitationsmaßnahmen in Anspruch zu nehmen, wenn sie in unmittelbarer räumlicher Nähe zum Aufenthalt des Pflegebedürftigen**

**durchgeführt werden kann. Fraglich bleibt jedoch, ob diese Maßnahmen tatsächlich dazu führen, dass im Hinblick auf die Genehmigung der Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen Verbesserungen eintreten und zwar in erster Linie zugunsten der pflegebedürftigen Menschen. Nach wie vor sind hauptsächlich die Krankenkassen Leistungsträger; sie haben jedoch wenig Interesse an der Gewährung entsprechender Leistungen, weil sie ihnen nicht zugute kommen.**

#### **d. Maßnahmen zur Verbesserung der medizinischen Versorgung in stationären Einrichtungen**

Neben einer besseren Vergütung der ärztlichen Leistungen bei Besuchen in Pflegeheimen soll nach dem Gesetzesentwurf die Kassenärztliche Vereinigung stärker für den Abschluss von Kooperationsverträgen mit Leistungserbringern verantwortlich gemacht werden. Sie hat zukünftig nach § 119b Abs.1 SGB V solche Kooperationsverträge zu vermitteln und nicht nur wie bisher anzustreben. Allerdings bleibt es dabei, dass Pflegeeinrichtungen dafür einen entsprechenden Bedarf dartun müssen, wenn sie den Abschluss solcher Kooperationsverträge anstreben. Es bleibt ferner dabei, dass den Pflegeeinrichtungen die Möglichkeit, Ärzte einzustellen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, erst dann ermöglicht werden wird, wenn ein Bedarf besteht und ein Kooperationsvertrag nicht zustande gekommen ist.

**Diese Maßnahmen sind eindeutig nicht ausreichend, um die defizitäre medizinische Versorgung von Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen nachhaltig zu verbessern. Der Nachweis des entsprechenden Bedarfs durch die Pflegeeinrichtung wird nicht erleichtert. Gerade in Ballungsgebieten wird ein solcher häufig mit dem Hinweis auf die tatsächliche Angebotsvielfalt verneint, obwohl auch hier häufig eine Unterversorgung insbesondere durch Fachärzte besteht beziehungsweise zu befürchten ist. Im Übrigen wäre an dieser Stelle Gelegenheit, den Bezugsrahmen zur Frage der ausreichenden Versorgung zu definieren. Es kommt nämlich nach Auffassung des vzbv darauf an, die Versorgung in einer kleinräumigen, wohnumfeld-orientierten Erfassung zu betrachten. Die Möglichkeit zur Anstellung von Ärzten in Heimen bleibt Ultima Ratio, obwohl gerade das so genannte Berliner Heimarzt-Modell in den vergangenen Jahren gute Ergebnisse gezeigt hat. Hier sieht der Verbraucherzentrale Bundesverband Nachbesserungsbedarf im Gesetzesentwurf.**

Dies gilt umso mehr, als die stationären Einrichtungen nach § 114 Abs.1 des Entwurfs verpflichtet werden sollen, den Landesverbänden der Pflegekassen

Informationen über die fachärztliche und zahnärztliche Versorgung in der Einrichtung zu erteilen haben, die diese Hinweise wiederum nach § 115 Abs.1a des Entwurfs zu veröffentlichen haben und in die Transparenzberichterstattung aufnehmen müssen.

#### **e. Verbesserung der Beratung**

Den Pflegekassen werden im Gesetzesentwurf zusätzlich Hinweis- und Beratungspflichten auferlegt. Sie haben frühzeitig über den Anspruch auf Übermittlung des Gutachtens zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit und den gesonderten Rehabilitationsempfehlungen aufzuklären und wie bereits dargestellt umfänglich zu den Empfehlungen des Gutachters Stellung zu nehmen. Diese erweiterten Hinweispflichten stärken die Position des pflegebedürftigen Menschen. Der Anspruch auf Übermittlung des Gutachtens ist zudem als subjektiver Rechtsanspruch in § 18 Abs.3 des Entwurfs normiert, nachdem ein solcher bereits in der Rechtsprechung bejaht worden war. Die klarstellende Kodifikation des Anspruchs ist zu begrüßen.

Nach § 7b (neu) des Entwurfs haben die Pflegekassen ferner im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrags einen frühzeitigen, konkreten Beratungstermin (§§ 7, 7a SGB XI) anzubieten und darüber aufzuklären, dass dieser Beratungstermin auf Wunsch des Pflegebedürftigen in seiner häuslichen Umgebung stattzufinden hat. Sie können auch Beratungsgutscheine zu Lasten der Pflegekasse ausstellen, der bei „unabhängigen und neutralen Beratungsstellen“ eingelöst werden kann, mit denen vertragliche Vereinbarungen getroffen wurden.

#### **Der vzbv begrüßt die Weiterungen der Hinweis-, Stellungnahme- und Informationspflichten der Kassen.**

**Die Konstruktion der Förderung der unabhängigen Beratung durch Dritte überzeugt jedoch nicht. Das Gesetz sieht bereits seit langem in § 7 Abs.4 SGB XI die Förderung der unabhängigen Beratung vor. Die Vorschrift ist eine Kann-Bestimmung, die von den Pflegekassen bislang nicht in nennenswertem Umfang berücksichtigt wurde, obwohl sie trotz Einführung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI und der Pflegestützpunkte nach § 92c SGB XI im Rahmen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes im Jahre 2008 unverändert erhalten blieb. Soweit nun § 7b des Entwurfs die Ausstellung von Beratungsgutscheinen für eine unabhängige Pflegeberatung ins Benehmen der Kassen stellt und nicht als subjektiven Anspruch des Pflegebedürftigen normiert, ist im Hinblick auf unabhängige Beratung nichts gewonnen. Die Pflegekassen haben schon in der Vergangenheit stets vehement das Postulat der „Leistungswährung und Beratung aus einer Hand“ verfochten. Erkenntnisse, dass sich hinsichtlich dieser Haltung tendenziell Änderungen ergeben könnten, liegen nicht vor.**

## **f. Beteiligung von Interessenvertretungen**

Nach § 118 (neu) des Entwurfs wird die bislang in verschiedenen Vorschriften des SGB XI vorgeschriebene Beteiligung der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen teilweise erweitert. Es wird in Anlehnung an die Strukturen im Gemeinsamen Bundesausschuss nach dem SGB V ein Mitberatungsrecht, das auch das Recht zur Anwesenheit bei Beschlussfassungen (Richtlinien des Spitzenverbands Bund der Pflegekassen) und Beratungen über Vereinbarungen der Selbstverwaltungspartner beinhaltet, normiert. Das Bundesministerium für Gesundheit soll nach dem Entwurf ermächtigt werden, Näheres durch Rechtsverordnung zu regeln.

**Durch diese Regelung und die zu erwartende Verordnung wird einem Anliegen des Verbraucherzentrale Bundesverbandes entsprochen, das bereits im Reformprozess zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz gefordert worden war, nachdem sich herauskristallisierte, dass inkonsistente Beteiligungsregelungen sich in der Regel in der Einräumung von Rechten zur schriftlichen Stellungnahme erschöpften. Der Verbraucherzentrale Bundesverband hat dabei nicht pro domo argumentiert, sondern stets darauf hingewiesen, dass durch eine Verordnung, die sich den Regelungen der Patientenbeteiligungsverordnung nach dem SGB V annähert, die Verfahrensweise bei der Beteiligung aller maßgeblichen Organisationen geklärt werden muss. Unter Berücksichtigung der Verteilerlisten des Spitzenverbands Bund der Pflegekassen bei der Einräumung von Rechten zur Stellungnahme in der nahen Vergangenheit wird es dabei darauf ankommen, den Kreis der qualifizierten Organisationen und ihre Zusammenarbeit in einer vernünftigen, handhabbaren Struktur festzulegen und dabei den Blick insbesondere auf die Qualifizierung der Organisationen als unabhängige Interessenvertreter richten.**

**Einer vertiefenden Betrachtung muss die vorgesehene Aufzählung der Anlässe der erweiterten Beteiligungsmöglichkeiten in § 118 Abs.1 des Entwurfs unterzogen werden, da diese abschließend aber nicht vollständig erfasst sind. Insbesondere fehlt nach Auffassung des vzbv ein Hinweis auf die bundesweiten Vereinbarungen des § 75 Abs.6 SGB XI, bei denen bereits seit langem eine Beteiligung im bisherigen Sinn verankert ist. Dies gilt zum Beispiel auch für die Regelungen in §§ 45e, 75 Abs.8, 114a Abs.7 SGB XI. Mit den maßgeblichen Organisationen der Interessenvertretung sollten die gesetzlichen „Gelegenheiten“ zur Beteiligung noch einmal genau erfasst und gegebenenfalls in die nach § 118 vorgesehene Regelung eingeführt werden. Letztlich weist der vzbv an dieser Stelle noch einmal daraufhin, dass eine angemessene Beteiligung der maßgeblichen Organisationen der**

**Interessenvertretung sich früher oder später auch auf die Beteiligungsrechte auf Landesebene beziehen muss, weil dort in nicht unerheblichem Umfang „die Musik im Leistungsgeschehen“ gespielt wird (§ 75 SGB XI) und dies in mit den Vorschriften des SGB V korrespondierte.**

### **3. Stellungnahme zu weiteren, einzelnen Gesetzesänderungen**

Zu den vorgesehenen Änderungen bei Qualitätsprüfungen und den Abgrenzungen zwischen MDK-Prüfungen und denen der Heimaufsichtsbehörden (§§ 114, 114a, 117 des Entwurfs) verweist der vzbv darauf, dass bereits der Runde Tisch Pflege Mitte des vergangenen Jahrzehnts nach umfänglichen Diskussionen des Themas erhebliche Vorschläge zu diesem Komplex unterbreitet hat. Der vzbv begrüßt daher die Absicht, dieses Unterfangen erneut aufzugreifen, um zu einem ergänzenden Miteinander bei der Qualitätssicherung zu gelangen.

Positiv bewertet der vzbv auch die in § 18 Abs.3 des Entwurfs vorgesehene Sanktionierung bei Fristüberschreitungen im Zusammenhang mit Begutachtungsfristen und der Bescheidung der Antragsteller. Hier wird erstmalig eine Sanktionierung eingeführt, die Modell für weitere Fallgestaltungen sein könnte, wenn auch die Inaussichtstellung einer Summe von 10 Euro pro Säumnistag recht bescheiden erscheint. Nach wie vor ist es aber so, dass zum Teil Antragsteller sehr lange warten müssen, bis die Begutachtung durchgeführt oder der Bescheid erteilt wird.

Der vzbv begrüßt die Änderung in § 37 Abs.2 S.2 des Entwurfs. Bezüglich der Kurzzeitpflege sehen wir dabei kein Problem. Was aber passiert bei stundenweiser Inanspruchnahme von Verhinderungspflege? Bisher zahlen die Pflegekassen nach einer Regelung durch ein Rundschreiben das Pflegegeld weiter, wenn die Verhinderungspflege für weniger als 8 Stunden am Tag in Anspruch genommen wird. Insoweit wäre die vorgesehene Regelung zu ergänzen.