

Deutscher Bundestag  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
17(14)0271(34  
gel. VB zur öAnh. am 21.5.  
12\_Pflege-Neuausrichtung-Gesetz  
18.05.2012



## **Stellungnahme zum**

### **Gesetzentwurf der Bundesregierung**

#### **Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtung-Gesetz – PNG) (BT-Drs.- 17/9369) sowie den**

Änderungsanträgen der Koalitionsfraktionen (Ausschussdrucksache 17(14)0269)

Der Paritätische Wohlfahrtsverband ist Dachverband für über 10.000 rechtlich selbständige Mitgliedsorganisationen. Die Mitgliedsorganisationen sind in allen Bereichen der sozialen Arbeit tätig, z. B. als Träger von Diensten und Einrichtungen der Altenhilfe und Pflege oder für Menschen mit Behinderung. Zum Verband gehören neben den Diensten und Einrichtungen auch über 70 bundesweit tätige Selbsthilfeorganisationen für alte, chronisch kranke und behinderte Menschen.

## **I. Grundsätzliche Anmerkungen**

Im März 2012 hat die Bundesregierung den Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtung-Gesetz – PNG) vorgelegt. Ziel des Gesetzes ist es, die Situation Demenzkranker mit eigenständigen Leistungsangeboten in der Pflegeversicherung stärker zu berücksichtigen, insbesondere durch die Ausweitung der Leistungen Pflegeversicherung - Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung - um die Betreuungsleistungen. Diese Zielsetzung folgt der seit langem bestehenden Kritik an der derzeit verrichtungsbezogenen Ausrichtung des der Pflegeversicherung zugrunde liegenden Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der daraus folgenden Leistungen – was grundsätzlich zu begrüßen ist. Aus Sicht des Paritätischen greifen die im Pflege-Neuausrichtung-Gesetz verankerten Maßnahmen aber zu kurz, indem sie einseitig nur auf eine Ausweitung der Leistungen für einen fest eingeschränkten Personenkreis abstellen und gerade nicht den Pflegebedürftigkeitsbegriff und die daraus folgenden Leistungen einer Neudefinition zuführen. Der Paritätische vertritt die Auffassung, dass erst mit einem erweiterten Pflegebedürftigkeitsbegriff neue Leistungsansprüche für die Versicherten beschrieben werden können, die Leistungen müssen dann diesem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff folgen. Mit dem hier eingeschlagenen Weg werden bereits heute bestehende Abgren-

zungsprobleme, insbesondere zwischen der Pflegeversicherung und der Eingliederungshilfe verstärkt, weil die Leistungsausweitung nicht der Beurteilung der Pflegebedürftigkeit folgt. Der Paritätische fordert daher, den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff umgehend in der Pflegeversicherung umzusetzen. Dies entspräche einer Neuausrichtung der Pflegeversicherung, wie sie der Titel des Gesetzentwurfes vorgibt. Hierfür ist seitens der Regierung im Pflegeversicherungsgesetz der entsprechende Rahmen zu setzen – der Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs hatte in seinem Bericht mögliche Alternativen u. a. hinsichtlich der Einteilung der Bedarfsgrade, der Zuordnung von Leistungen sowie zum Bestandschutz vorgelegt. Erst mit diesem Rahmen können eventuelle Fragen, die mit der Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines entsprechenden Begutachtungsverfahrens zusammenhängen, geklärt und ein Zeitplan für die erforderlichen Umsetzungsschritte erstellt werden.

Richtig und wichtig ist aus Sicht des Paritätischen die Zielstellung, die Pflegebereitschaft von Angehörigen und von den Pflegebedürftigen nahe stehenden Personen zu erhalten bzw. zu stärken. In dem Gesetzentwurf des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes werden hierfür u. a. Maßnahmen wie die Flexibilisierung der Leistungsanspruchnahme, der Stärkung des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“, die gleichzeitige Gewährung von Pflegegeld und Kurzzeit- bzw. Verhinderungspflege oder die Verbesserung der rentenrechtlichen Berücksichtigung bei Pflege von gleichzeitig mehreren Pflegebedürftigen realisiert. An dem grundsätzlichen Dilemma, dass es nach wie vor keinen Rechtsanspruch auf eine Familienpflegezeit gibt und erwerbstätige pflegende Angehörige in dem Spagat zwischen Beruf und Pflege weitestgehend allein gelassen und vom Wohlwollen ihres Arbeitgebers abhängig sind, ändert das nichts.

Zu begrüßen ist auch die Zielstellung, die Pflegeversicherung einer soliden und nachhaltigen Finanzierung zuzuführen. Aus Sicht des Paritätischen wird der Gesetzentwurf dieser Zielstellung allerdings nicht gerecht. Die Anhebung des Beitragssatzes um 0,1 Beitragssatzpunkte gewährleistet lediglich die Finanzierung der Leistungsverbesserungen bis in das Jahr 2015. Die Fortschreibung der Dynamisierung der Leistungen ab 2014 wird außen vor gelassen. Die Einführung einer zusätzlichen kapitalgedeckten Pflegeabsicherung lehnt der Paritätische ab. Mit der Einführung einer weiteren Finanzierungsquelle würde die Fragmentierung der Absicherung fortgeschrieben, ohne dass es kurz- und mittelfristig zu positiven Finanzierungseffekten käme. Der Paritätische fordert den solidarischen Ausbau der bestehenden Pflegeversicherung zu einer sozialen Bürgerversicherung.

Folgt man der Begründung zum Gesetzentwurf, dient ein Großteil der im Gesetz vorgesehenen Maßnahmen der Zielsetzung, einen Beitrag zur Steigerung der Attraktivität der pflegerischen Berufe zu leisten. Dieser Einschätzung kann seitens des Paritätischen nicht gefolgt werden. Die Attraktivität einer Tätigkeit in der Pflege wird – betrachtet man die Entlohnung und jetzigen Rahmenbedingungen – vor dem Hintergrund der Anforderungen und Verantwortung weiterhin reduziert. Demgegenüber steht eine hohe Identifikation der Beschäftigten in der Pflege mit ihrem Beruf und ihren Tätigkeiten. Eine Herauslösung der Betreuung aus der Tätigkeit der Pflege in neu geschaffene so genannte Betreuungsdienste im ambulanten Bereich führt zu einer

weiteren Reduzierung der Anforderungen und damit der Attraktivität des Berufes Pflege. Damit sich mehr Menschen für eine berufliche Perspektive in der Pflege entscheiden, muss die Pflegeausbildung dringend reformiert und die vertikale Durchlässigkeit verbessert werden. Zwar wurden zwischenzeitlich die für Ende 2011 avisierten Eckpunkte eines Berufsgesetzes der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Zusammenführung der Ausbildungen in den unterschiedlichen Pflegeberufen vorgelegt, vor dem Hintergrund der Änderung der Berufeankennungsrichtlinie der Europäischen Kommission die Überführung in einen Gesetzesentwurf ausgesetzt. Der Paritätische fordert, die Ausbildungen in einer „generalistischen Pflegeausbildung“ zusammenzuführen, die an der Praxis zu orientieren ist. Mit Blick auf den Europäischen und den Deutschen Qualifikationsrahmen (EQR und DQR) ist weiterhin eine Akademisierung der Pflegeberufe geboten. Die neue Ausbildung muss Inhalte der Altenpflege in Theorie und Praxis enthalten. Es ist wichtig, dass in der Ausbildung der Pflege die Kernkompetenzen der Altenpflege ausgebaut und geschärft werden. Das gesamte Bildungssystem muss deutlich durchlässiger gestaltet werden. Hier sind Verbesserungen beim Zugang zum Beruf, der berufsbegleitenden Aus- und Weiterbildung sowie der Anrechnung non-formal erworbene Qualifikationen (EQR/DQR) erforderlich, insbesondere auch mit Blick auf die Generation 40+. Die Ausbildungskosten aller Pflegeberufe müssen aus dem Leistungssystem der Kranken- und Pflegeversicherung oder aus Steuermitteln finanziert werden. Solange die Zusammenführung der Ausbildung der Pflegeberufe noch anhängig ist, sind die Kosten der Altenpflegeausbildung auf alle Versicherten der Pflegeversicherung umzulegen – analog zum Umlageverfahren der Kosten der Krankenpflegeausbildung in den Krankenhäusern. Dies beinhaltet auch die Kosten der praktischen Ausbildung (Praxisanleitung und Ausbildungsvergütung), die nicht zu Lasten personenzentrierter Hilfen gehen dürfen.

Unabhängig davon sind plausibel kalkulierte, wirtschaftliche Gestehungskosten einschließlich der Kosten für die Qualitäts- und Qualifikationsanforderungen (Umsetzung Expertenstandards, Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 SGB XI, ordnungsrechtliche Qualitätsanforderungen, Beratungsleistungen, Dokumentation etc.) sowie angemessene Zuschläge für Unternehmerrisiko und Eigenkapitalverzinsung sowohl in ambulanten als auch teilstationären und stationären Einrichtungen von den Kostenträgern zu refinanzieren, wobei Tarifbindung bzw. Tariforientierung immer als angemessen zu werten sind. Der in § 70 SGB XI normierte Vorrang der Beitragssatzstabilität muss zu Gunsten der bedarfsgerechten Hilfestellung eingeschränkt und durch das Gebot der wirtschaftlichen, teilhabeorientierten Leistungsgewährung ersetzt werden. Diese Forderungen gelten analog für die Leistungen des SGB V wie häusliche Krankenpflege, Palliativversorgung oder Haushaltshilfe, durch die erst das ambulante Pflegesetting entsprechend den Bedarfen der Versicherten sicherzustellen ist. Zudem ist eine adäquate Schiedsstellenregelung im ambulanten pflegerischen Versorgungsbereich zu implementieren.

## II. Zu den vorgeschlagenen Regelungen im Einzelnen

### Artikel 1 – Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

#### § 7 Abs. 2 i. V. m. § 18a SGB XI-PNG

#### Übermittlung Gutachten des medizinischen Dienstes der Krankenversicherung

##### **Gesetzentwurf**

Zur Stärkung der Rechte der Pflegebedürftigen auf eine umfassende und zielgerichtete Beratung sollen die Pflegekassen verpflichtet werden, die Versicherten im Rahmen der Beratung darüber aufzuklären, dass sie einen Anspruch auf Übermittlung des Gutachtens des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung oder eines anderen von der Pflegekasse beauftragten Gutachters haben. Gleiches gilt für die gesonderte Rehabilitationsempfehlung nach § 18a Abs. 1 SGB XI-PNG.

##### **Bewertung**

Prinzipiell ist ein rechtlicher Anspruch auf Übermittlung des Gutachtens des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) oder eines anderen von der Pflegekasse beauftragten Gutachters sowie der gesonderten Rehabilitationsempfehlung nach § 18a Abs. 1 SGB XI zu begrüßen. Leider erschließt sich nicht, warum der Versicherte zunächst von den Pflegekassen im Rahmen der Beratung gemäß § 7 SGB XI über dieses Recht aufgeklärt werden soll und danach im Rahmen der Begutachtung durch den MDK oder eines anderen von der Pflegekasse beauftragten Gutachters zu erfassen ist, ob der Antragssteller von seinem Recht auf gleichzeitige Übermittlung des Gutachtens mit der Mitteilung über die Entscheidung der Pflegekassen Gebrauch machen will. Aus Sicht des Paritätischen wird hier ein unnötiger bürokratischer Aufwand implementiert. Auch mit Blick auf das Verfahren im Umgang mit den gesonderten Rehabilitationsempfehlungen ist das Vorgehen nicht nachvollziehbar; hier findet eine regelhafte Übermittlung statt. **Um eine möglichst hohe Transparenz über die Entscheidung der Pflegekasse erfahrbar zu machen, ist unseres Erachtens eine regelhafte Zusendung des Gutachtens des MDK zusammen mit der Mitteilung der Entscheidung über die Pflegebedürftigkeit durch die Pflegekasse im Gesetz zu verankern.**

#### § 7b SGB XI-PNG

#### Beratungsgutscheine

##### **Gesetzentwurf**

Mit der gesetzlichen Regelung soll verpflichtend eine individuelle Beratung innerhalb von zwei Wochen nach Eingang eines erstmaligen Antrags auf Leistungen, entweder durch die Pflegekasse selbst oder mittels eines Beratungsgutscheins durch eine von der Pflegekasse benannte Beratungsstelle, angeboten werden. Die Pflegekasse schließt hierzu Verträge mit den Beratungsstellen. Auf Wunsch des Versicherten soll die Beratung in der häuslichen Umgebung stattfinden.

## **Bewertung**

Angehörige tragen einen wesentlichen Anteil bei der Pflege und Betreuung pflegebedürftiger Menschen. Nur durch den tagtäglichen Einsatz pflegender Angehöriger ist es möglich, dass der Wunsch der meisten pflegebedürftigen Menschen, trotz der persönlichen Einschränkungen weiter zu Hause leben zu können, erfüllbar ist. Pflegende Angehörige bedürfen fördernder und unterstützender Rahmenbedingungen, um den sich aus der Pflegesituation ergebenden Belastungen gewachsen zu sein. Hierzu gehören insbesondere auch Beratungsleistungen über mögliche formelle und informelle Hilfen. Das derzeitige Beratungsangebot deckt nicht die individuellen Bedürfnisse pflegender Angehöriger. Insofern ist eine frühzeitige Beratung, wie sie der Gesetzesvorschlag vorsieht, prinzipiell zu begrüßen, geht aber aus Sicht des Paritätischen nicht weit genug. **Grundsätzlich ist bei jedem und nicht nur bei einem Erstantrag auf eine Pflegestufe, unabhängig von dem Ergebnis, eine umfassende und kompetente Beratung indiziert. Auch sollte, sofern über den Erstkontakt hinaus weiterer Beratungsbedarf besteht, eine Beratung in regelmäßigen Abständen erfolgen. Darüber hinaus ergibt sich regelmäßig Beratungsbedarf bei Änderungen in der pflegerischen Situation. Dies sollte entsprechend gesetzlich verankert werden, ggf. sollte die Beratung auch aufsuchend erfolgen.**

Zu kritisieren ist, dass gemäß der Gesetzesbegründung ein Beratungsgutschein nur dann auszustellen ist, wenn die Beratung innerhalb der zweiwöchigen Frist durch die Pflegekassen nicht selbst durchgeführt wurde. Kontaktpersonen der Pflegekassen sind nach unseren Erfahrungen mit den Pflegeberatern der Pflegekassen nach § 7a SGB XI keine unabhängigen Berater – bei den Beratungen stehen die eigenwirtschaftlichen Interessen der Pflegekassen im Vordergrund und gerade nicht das Interesse, für den Versicherten eine angemessene Lösung im Pflegesetting bzw. Leistungsmix zu finden. Beratungsangebote müssen immer die Möglichkeit einer Wahl für den Pflegebedürftigen und den pflegenden Angehörigen belassen, insofern sind Beratungsangebote unterschiedlicher Ansprechpartner parallel nebeneinander aufzubauen. Damit besteht für die Pflegebedürftigen und deren Angehörige eine Wahlmöglichkeit hinsichtlich der Beratungsangebote. Prinzipiell sollte es eine Möglichkeit einer qualifizierten Beratung geben. Diese Beratungsleistungen können sowohl von den Pflegekassen (§ 7a SGB XI), aber auch von den Ländern bzw. Kommunen oder den Pflegeeinrichtungen nach dem SGB XI durchgeführt werden. Beispielhaft sei hier auf die sehr positiven Erfahrungen aus dem Projekt EDE I sowie die bereits bestehenden Beratungsstrukturen nach § 45 SGB XI verwiesen. Die Beratungsleistungen der Pflegedienste bedürfen einer entsprechenden Refinanzierung. Jeder, der die Voraussetzungen erfüllt, muss für die Beratung zugelassen werden. **Das Wahlrecht des Versicherten, eine Beratungsperson bzw. Beratungsstelle seines Vertrauens auszuwählen, ist sowohl im jetzigen § 7a SGB XI als auch im nunmehr vorgesehenen § 7b SGB XI gesetzlich zu verankern. Hierbei darf es keinen Nachrang bei den Beratungsangeboten geben. Darüber hinaus sind die Pflegestützpunkte nach § 92 c SGB XI in unabhängige Trägerschaften zu überführen.**

## § 18 i. V. m. § 53b SGB XI-PNG

### Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

- **Beauftragung von unabhängigen Gutachtern**
- **Zusatzzahlung bei Nichteinhaltung der gesetzlichen Frist zur Erteilung des Bescheides**

#### **Gesetzentwurf**

Das Verfahren zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit soll durch die Änderungen in § 18 SGB XI so gestaltet werden, dass es den Interessen und Ansprüchen der Antragsteller hinsichtlich einer zügigen Bescheiderteilung und einer umfassenden Information besser gerecht wird. Hierzu soll den Pflegekassen die Möglichkeit zur Beauftragung anderer unabhängiger Gutachter eingeräumt werden. Der Antragsteller erhält im Rahmen der Beauftragung anderer unabhängiger Gutachter, die Möglichkeit einen von drei zu benennenden Gutachtern auszuwählen. Weiterhin wird den Pflegekassen die Pflicht zur Leistung einer Zusatzzahlung bei Nichteinhaltung der gesetzlichen Frist zur Erteilung eines Bescheides auferlegt. Gleichzeitig ist in § 53b SGB XI vorgesehen, dass der Spitzenverband Bund der Pflegekassen Richtlinien zur Begutachtung im Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit erlässt, welche die Einheitlichkeit der Begutachtung sowohl der Medizinischen Dienste als auch der unabhängigen Gutachter sicherstellen sollen.

#### **Bewertung**

Mit der gesetzlichen Regelung, andere unabhängige Gutachter im Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit einzusetzen, räumt der Gesetzgeber ein, dass die personellen Ressourcen der Medizinischen Dienste der Pflegekassen bisher nicht ausreichen, um den gesetzlichen Vorgaben nachzukommen und eine unverzügliche Antragsbearbeitung sicherzustellen. Die Überführung des Rechtsanspruchs des Antragstellers, den Bescheid über den Antrag auf eine Pflegestufe innerhalb von fünf Wochen zu erhalten, von einer Sollvorschrift in eine Ist- bzw. Mussvorschrift in Verbindung mit einem finanziellen Anreiz für die Pflegekassen diese Frist einzuhalten, ist von daher aus Verbrauchersicht zu begrüßen. **Aus Sicht des Paritätischen ist aber der Betrag von 10 Euro pro Tag Verzögerung mit Blick auf die nicht bzw. mit zeitlicher Verspätung zur Anwendung kommenden Leistungen zu gering bemessen und sollte zumindest auf 20 Euro, dafür aber pro Werktag erhöht werden.** Problematisch erscheint die Einschränkung der Zahlung der Beträge bei Verzögerungen, die nicht von der Pflegekasse zu vertreten sind. Indem geregelt wird, dass der Zahlungsanspruch entfällt, wenn die Pflegekasse die Verzögerung zu vertreten hat, wird dem Antragsteller das Risiko aufgebürdet, dass es durch Zufall zu einer Verzögerung kommt oder ein Dritter, der weder dem Risikobereich des Antragstellers noch der Pflegekasse zuzuordnen ist, die Verzögerung auslöst. Dies kann nicht gerechtfertigt sein, weil nach der Gesetzesbegründung die Verzögerungszahlung nicht zur Strafe für die Pflegekasse gedacht ist sondern zur Überwindung einer akuten Notlage des Antragstellers. **Insofern wird vorgeschlagen, auf die Ausnahmeregelung zu verzichten.** Die Pflegekasse hat die Entscheidung innerhalb der gesetzten Frist sicherzustellen, das Pflegeversicherungsrecht sieht u. a. umfassende Bera-

tungsmöglichkeiten vor. Nicht nachzuvollziehen ist, warum bei der Regelung der Zusatzzahlung Antragsteller, die sich auf Dauer in vollstationärer Pflege befinden und bereits als mindestens erheblich pflegebedürftig (mindestens Pflegestufe I) anerkannt sind, von der Regelung der Zusatzzahlungsverpflichtung der Pflegekassen ausgeschlossen sein sollen. Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen haben in jedem Fall Eigenleistungen zu erbringen, die in ihrer Höhe abhängig von der Pflegestufe sind. Insofern besteht auch hier ein hohes Interesse der Sicherheit über die Höhe der selbst zu finanzierenden Leistungen. **Die Regelung, dass die Zusatzzahlung nicht für Pflegebedürftige zu leisten ist, die sich auf Dauer in vollstationärer Pflege befinden und bereits als mindestens erheblich pflegebedürftig (mindestens Pflegestufe I) anerkannt sind, ist zu streichen.**

Weiterhin sieht der Paritätische bezogen auf das Verfahren zur Begutachtung der Pflegebedürftigkeit weiteren Regelungsbedarf, zu dem im Folgenden ausgeführt wird:

### **Unbürokratische Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegeeinstufung**

Die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen wissen bei Anmeldung bzw. bei Antritt der Kurzzeitpflege nicht, welche finanziellen Belastungen auf sie zukommen, wenn die Pflegeeinstufung nicht zuvor erfolgt ist. Dies führt in einigen Fällen zu Ablehnungen des Aufnahmebegehrens von Seiten der Kurzzeitpflegeeinrichtungen. In anderen Fällen müssen die Einrichtungen bei einer vorläufigen Mindereinstufung häufig in erheblichem Umfang personelle Mehrleistungen erbringen, die zu Lasten der anderen Pflegebedürftigen gehen. Diese Mindereinstufung erfolgt in Absprache mit den Pflegebedürftigen bzw. deren Angehörigen zur Minimierung der Eigenleistung. Bei einer selbst eingeschätzten realistischen Einstufung kann es zu einer höheren Zahlung der Pflegebedürftigen kommen, die ggf. nach angepasstem Personaleinsatz bei einer niedrigeren Pflegeeinstufung durch den MDK von der Pflegeeinrichtung erstattet werden muss. Die Pflegeeinrichtung erhält in diesem Falle keine Erstattung des erbrachten höheren Personaleinsatzes. **Aus Sicht des Paritätischen ist das Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit in § 18 SGB XI wie folgt zu ändern: Entsprechend der Regelung in Sachsen-Anhalt, wird jeder noch nicht eingestufte Interessent einer Kurzzeitpflege vom MDK innerhalb von 24 Stunden auf die Notwendigkeit eines Kurzzeitpflegeaufenthaltes hin überprüft. Mit dieser Bescheinigung über die Bedürftigkeit auf Kurzzeitpflege wird ihm für die Zeit des Aufenthaltes in der Kurzzeitpflege vorläufig die Pflegestufe II zuerkannt. Ungeachtet einer späteren anderen Einstufung durch den MDK besteht für den Pflegebedürftigen und die betreuende Kurzzeitpflegeeinrichtung eine Sicherstellung der Leistungen der Pflegeklasse II für den gesamten Aufenthaltszeitraum.**

## § 18a i. V. mit § 18 SGB XI-PNG

### Weiterleitung der Rehabilitationsempfehlung, Berichtspflichten

#### **Gesetzentwurf**

Der Gesetzgeber regelt, dass die Feststellungen, die der Medizinische Dienst zur Durchführung oder Ablehnung einer Maßnahme zur medizinischen Rehabilitation auf Grundlage und im Rahmen der Begutachtung zur Pflegebedürftigkeit bereits nach geltendem Recht trifft, nunmehr in einer gesonderten Rehabilitationsempfehlung eigenständig zu dokumentieren sind. Spätestens mit der Mitteilung der Entscheidung über die Pflegebedürftigkeit hat die Pflegekasse die gesonderte Rehabilitationsempfehlung dem Pflegebedürftigen zu übermitteln. Hierbei ist durch die Pflegekasse umfassend und begründet Stellung zu nehmen, inwieweit auf der Grundlage der Empfehlung die Durchführung der Maßnahme zur medizinischen Rehabilitation angezeigt ist. Weiterhin ist der Antragsteller darüber in Kenntnis zu setzen, dass mit der Zuleitung einer Mitteilung über den Rehabilitationsbedarf an den zuständigen Rehabilitationsträger ein Antragsverfahren auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation entsprechend den Vorschriften des SGB IX ausgelöst wird, sofern der Antragsteller in das Verfahren einwilligt.

#### **Bewertung**

Mit der gesetzlichen Regelung der regelhaften Dokumentation und Übermittlung der Rehabilitationsempfehlung soll der Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ in seiner praktischen Durchsetzung gestärkt werden, ebenso die Möglichkeiten des Einzelnen, davon Gebrauch zu machen. Mit der Anbindung der Übermittlung des Rehabilitationsgutachtens an die Mitteilung der Entscheidung über die Pflegebedürftigkeit durch die Pflegekasse wird auch hier ein zeitlicher Rahmen gesetzt. Dies wird vom Paritätischen grundsätzlich begrüßt. Damit wird dem in § 5 SGB XI formulierten Anspruch des Vorrangs von Prävention und Rehabilitation entsprochen. Leider lässt sich aus dem Gesetzestext und der Begründung nicht eindeutig herauslesen, dass es in der Verantwortung der Pflegekasse liegt, dem Rehabilitationsträger den Antrag zuzuleiten. **Hier bedarf es aus Sicht des Paritätischen einer Konkretisierung. Zur Vereinfachung des Verfahrens sollte dem Versicherten die Möglichkeit eingeräumt werden, die Rehabilitationsmaßnahme abzulehnen. Auch spricht sich der Paritätische dafür aus, die in der Gesetzesbegründung dargelegte Verpflichtung der Pflegekassen, den Stand des Rehabilitationsverfahrens zu überprüfen und ggf. unmittelbar vorläufige Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu erbringen, soweit diese Leistungen erforderlich sind, in den Gesetzestext aufzunehmen. In jedem Fall ist bei der Pflegebegutachtung der Medizinischen Dienste bzw. der von der Pflegekasse beauftragte Gutachter zu verpflichten, die Nichtempfehlung einer Rehabilitationsmaßnahme zu begründen. Insgesamt ist sicherzustellen, dass die Gutachter über eine entsprechende Qualifikation verfügen.**

## § 18b SGB XI-PNG

### Dienstleistungsorientierung im Begutachtungsverfahren

#### **Gesetzentwurf**

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird verpflichtet, unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen verbindliche Richtlinien über die Dienstleistungsorientierung der Medizinischen Dienste bei der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit zu erlassen. In diesen sind allgemeine Verhaltensgrundsätze, die Pflicht zur individuellen und umfassenden Information über das Begutachtungsverfahren, die regelhafte Durchführung von Versichertenbefragungen sowie ein einheitliches Beschwerdemanagement zu regeln.

#### **Bewertung**

Aus Sicht des Paritätischen ist die Notwendigkeit der gesetzlichen Verankerung von Richtlinien zur Dienstleistungsorientierung der Medizinischen Dienste im Begutachtungsverfahren zu bedauern. Die im Gesetzesvorschlag benannten Themen sollten Grundlage der selbstverständlichen beruflichen Haltung der Gutachter im Umgang mit den Versicherten darstellen. Der Gesetzesvorschlag legt nahe, dass die Serviceorientierung der Gutachter der Medizinischen Dienste in der Vergangenheit zu beanstanden war. **Insofern ist nicht nachzuvollziehen, dass die Institutionen, an welche sich die Richtlinien richten, bei deren Erstellung beteiligt werden sollen. Aus Sicht des Paritätischen wäre eher zu überlegen, ob die Erstellung der Richtlinien extern, z. B. beim Bundespatientenbeauftragten, anzubinden sei.** Begrüßt wird die Beteiligung der für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen Menschen und Menschen mit Behinderung maßgeblichen Organisationen.

## § 19 SGB XI-PNG

### Begriff der Pflegeperson – Rentenrechtliche Anerkennung

#### **Gesetzentwurf**

Mit der gesetzlichen Neuregelung wird die Addition von rentenrechtlich wirksamen Zeiten bei Pflege von gleichzeitig zwei oder mehreren Pflegebedürftigen ermöglicht, wenn bei diesen mindestens die Pflegestufe I anerkannt ist.

#### **Bewertung**

Die Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen durch die Pflegeversicherung zu Gunsten einer Pflegeperson setzt bisher voraus, dass die Pfl egetätigkeit der Pflegeperson mindestens 14 Stunden wöchentlich bei einem Pflegebedürftigen umfasst. Dies hat zu Benachteiligungen von Pflegepersonen geführt, die zwar mehrere Pflegebedürftige pflegen, dies jedoch nicht jeweils in dem Umfang von 14 Stunden. Die gesetzliche Regelung ist grundsätzlich zu begrüßen, heilt aber nicht die Diskrepanz zwischen dem in § 19 SGB XI vorgesehenen Mindestumfang wöchentlicher Pflege von 14 Stunden (täglich zwei Stunden) durch die Pflegeperson und dem in § 15 Abs. 3 Satz 2 SGB XI hinterlegten Zeitaufwand von täglich anderthalb Stunden für

die Pflegestufe I. Damit wird ein Teil von Pflegepersonen, die Pflegebedürftige der Pflegestufe I pflegen, von einer rentenrechtlichen Anerkennung ausgeschlossen. **Der Paritätische hält hier eine Neufassung des § 19 Satz 2 wie folgt geboten:**

**„Leistungen zur sozialen Sicherung nach § 44 erhält eine Pflegeperson nur dann wenn sie *eine oder mehrere pflegebedürftige Personen wenigstens 10,5 Stunden* wöchentlich pflegt.“**

**Auch gibt der Paritätische zu bedenken, dass die Auswirkungen der Zahlungen der Rentenversicherungsbeiträge durch die Pflegekassen auf die Höhe der Rente eher marginal sind und schlägt insgesamt eine höhe Absicherung rentenrechtlich wirksamer Zeiten bei der Pflege in Anlehnung an die Anerkennung von Kindererziehungszeiten vor.**

### **§ 34 Abs. 3 SGB XI-PNG**

#### **Ruhen der Leistungsansprüche**

##### **Gesetzentwurf**

Neben den Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen (§ 44 SGB XI) sollen zukünftig auch die Leistungen zur sozialen Sicherung bei Pflegezeit (§ 44a SGB XI) bei Unterbrechungstatbeständen wie einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation weiter gewährt werden.

##### **Bewertung**

Die Gewährung von Leistungen zur sozialen Sicherung bei Pflegezeit bei bestimmten Unterbrechungstatbeständen ist zu begrüßen.

### **§ 35a SGB XI – Nicht im Gesetzentwurf enthalten**

#### **Uneingeschränkte Anrechnung der Pflegesachleistungen beim trägerübergreifenden persönlichen Budget**

Das SGB IX sieht in der Umsetzung des Grundsatzes der Selbstbestimmung der Betroffenen bei der Organisation von Unterstützungsleistungen den Rechtsanspruch auf Unterstützungsleistungen in Form eines persönlichen Budgets vor. Im Rahmen des persönlichen Budgets erhalten Leistungsempfänger die Möglichkeit, die notwendigen Hilfen auf der Grundlage einer Zielvereinbarung selbstverantwortlich zu organisieren. Die Leistungen der Pflegeversicherung wurden durch die Regelung in § 35a SGB XI im Ergebnis als nicht budgetfähig erklärt, indem die Sachleistungen nur in Form eines Gutscheines zur Verfügung gestellt werden, die zur Inanspruchnahme von zugelassenen Pflegeeinrichtungen nach dem SGB XI berechtigen. **Im Rahmen des trägerübergreifenden persönlichen Budgets sind die Pflegesachleistungen ohne die Einschränkung auf Gewährung eines Gutscheines als budgetfähig einzurichten.**

## § 36 SGB XI – Nicht im Gesetzentwurf enthalten

### Gleicher Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung unabhängig von der Wohnform und dem Ort der Leistungserbringung

An dieser Stelle möchten wir auf ein prinzipielles Ungleichgewicht in der Systematik der Sachleistungen in der Pflegeversicherung verweisen: Die Unterscheidung der Höhe der Sachleistungen der Pflegeversicherung nach der Wohnform des pflegebedürftigen Menschen und dem Ort der Leistungserbringung führt zu einer Ungleichbehandlung von Menschen in ihrer jeweiligen individuellen Pflegesituation. Auch widersprechen die niedrigeren Sachleistungen in der ambulanten und teilstationären Pflege dem im § 3 SGB XI beschriebenen Grundsatz der vorrangigen Unterstützung der häuslichen Pflege und der Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn durch die Leistungen der Pflegeversicherung. **Der Paritätische regt an, den Sachleistungsbetrag der ambulanten Pflege auf die Höhe des Sachleistungsbetrages für die vollstationäre Pflege anzuheben.**

## § 37 SGB XI-PNG und § 38 SGB XI-PNG

### Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfen, Kombination von Geld- und Sachleistungen (Kombinationsleistung)

#### **Gesetzentwurf**

Um pflegenden Angehörigen eine Auszeit zu erleichtern, soll nunmehr bei Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI und Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI das Pflegegeld für jeweils bis zu vier Wochen je Kalenderjahr hälftig weitergezahlt werden.

#### **Bewertung**

Die Regelung ist grundsätzlich zu begrüßen, greift aber aus Sicht des Paritätischen zu kurz. Zunächst steht dem die Regelung des § 34 Abs. 2 SGB XI gegenüber, welche die Weiterzahlung des Pflegegeldes in den dort genannten Fällen, z. B. Krankenhausaufenthalt, in den ersten vier Wochen in voller Höhe des bisherigen Anspruchs vorsieht. Der Paritätische gibt weiterhin zu bedenken, dass Pflegepersonen regelmäßig ihre eigene Berufstätigkeit zurückgefahren bzw. eingestellt haben, um die Pflege ihrer pflegebedürftigen Angehörigen leisten bzw. bewältigen zu können. Auch wenn das Pflegegeld zukünftig bei Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI und Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI für jeweils bis zu vier Wochen je Kalenderjahr hälftig weitergezahlt werden soll, muss die Pflegeperson auch weiterhin dafür, dass sie grundsätzlich eine Entlastung bei der Pflege erfährt, in Kauf nehmen, dass ihr über den Zeitraum das Pflegegeld nur teilweise zur Verfügung steht. Die dringend erforderliche Entlastung wird damit nach wie vor für viele Angehörige zum finanziellen Kraftakt. Dies gilt im Übrigen auch für die ergänzenden Hilfeleistungen ambulanter Pflegedienste. **Der Paritätische schlägt von daher vor, das Pflegegeld nach § 37 Abs. 1 SGB XI bei Verhinderungspflege und während des Aufenthaltes in der Kurzzeitpflege ungekürzt auszuzahlen. Weiterhin setzt sich der Paritätische zur Unterstützung der häuslichen Pflegesituation dafür ein, die Minderung des Pflegegeldes bei gleichzeitigem Bezug von Leistungen ambulanter**

**Pflege nach § 36 SGB XI auf maximal 50 % zu begrenzen. Darüber hinaus ist die Möglichkeit, Verhinderungspflege in Form von stundenweiser Entlastung i. S. einer zeitweisen Vertretung in Anspruch zu nehmen, gesetzlich festzuschreiben.**

### **§ 37 SGB XI – Nicht im Gesetzentwurf enthalten**

#### **Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfen – Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI**

Im Referentenentwurf des Bundesgesundheitsministeriums war vorgesehen, unter Bezugnahme auf das Urteil des Bundessozialgerichts vom 17.12.2009 in § 89 Abs. 3 Satz 3 SGB XI zu regeln, dass Vergütungen für Beratungseinsätze nach § 37 Absatz 3 Satz 4 SGB XI zu vereinbaren sind. In seiner Stellungnahme hatte der Paritätische die in § 89 Abs. 3 Satz 3 SGB XI-PNG-Referentenentwurf gesetzlich neu verankerte Vereinbarung der Vergütungen für Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI grundsätzlich begrüßt, in diesem Zusammenhang aber auf die im § 37 Abs. 3 Satz 4 SGB XI gesetzlich festgeschriebene Deckelung der Vergütung für die Beratungseinsätze auf 21 Euro in den Pflegestufen I und II, auf 31 Euro in der Pflegestufe III hingewiesen. In diesem Zusammenhang wurde weiterhin dargelegt, dass in § 37 Abs. 3 Satz 3 SGB XI festgelegt ist, dass die Vergütung für die Beratungsbesuche von den jeweils zuständigen Kostenträgern zu tragen ist; dies in jedem Fall auch für die im Rahmen des § 89 Abs. 3 Satz 3 SGB XI-PNG-Referentenentwurf vereinbarte Vergütung von Beratungseinsätzen nach § 37 Abs. 3 SGB XI gelten müsse, eine Deckelung der noch nach wirtschaftlichen Grundsätzen zu vereinbarenden Vergütung von daher nicht vertretbar sei. Im Ergebnis hat der Gesetzgeber sowohl auf die Regelung in § 89 Abs. 3 Satz 3 SGB XI als auch auf die Fortschreibung der gesetzlich festgesetzten Vergütung der Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI verzichtet. Damit wird er seinem eigenen Anspruch nach angemessenen Vergütungen, die es ermöglichen, die Personalaufwendungen zu finanzieren (vgl. § 89 SGB XI-PNG) nicht gerecht. **Der Paritätische fordert entweder die gesetzlich festgelegten Vergütungen der Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI auch vor dem Hintergrund des zunehmenden Beratungsaufwandes z. B. zu Risiken und möglichen prophylaktischen Maßnahmen zu verdoppeln oder in § 89 Abs. 3 Satz 3 SGB XI die Wörter „Betreuungsleistungen nach § 36 Abs. 1“ durch „und die Aufwendungen nach § 37 Abs. 3 Satz 3“ zu ersetzen und den § 37 Abs. 3 Satz 4 SGB XI ersatzlos zu streichen.**

### **§ 38 SGB XI – Änderungsantrag 1 der Fraktionen CDU/CSU und FDP**

#### **Pflegegeld für behinderte Menschen**

##### ***Änderungsantrag***

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

## **Bewertung**

Bis zum Jahre 2011 erhielten Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (§ 43a SGB XI) für die Tage häuslicher Pflege für jeden Tag den 30. Teil des monatlichen Pflegegeldbetrages. Aufgrund einer Neufassung des Rundschreibens zu den leistungsrechtlichen Vorschriften der Pflegeversicherung durch den GKV-Spitzenverband und die Verbände der Pflegekassen wird nunmehr das Pflegegeld in Anwendung der Regelung nach § 38 gekürzt, was für die betroffenen Familien nur schwer nachzuvollziehen ist. Insofern ist es zu begrüßen, dass mit dem neuen Satz in § 38 SGB XI die bereits vor Einführung des § 43a SGB XI und bis dato in der Praxis gepflegte und nicht hinterfragte Regelung gesetzlich verankert wird. Dies dient der Stärkung der familiären Pflege und der Unterstützung des Kontaktes von Menschen mit Behinderung im bisherigen Umgang mit ihrer Familie.

## **§ 38a SGB XI-PNG**

### **Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen**

#### **Gesetzentwurf**

Nach der gesetzlichen Neuregelung sollen Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen, die Leistungen nach § 36, § 37 oder § 38 SGB XI beziehen, unter den in § 38a SGB XI definierten Voraussetzungen, u. a. der Tätigkeit einer Pflegekraft, einen pauschalen Zuschlag in Höhe von monatlich 200 Euro erhalten können.

#### **Bewertung**

Auffallend ist, dass in der Begründung zu der Regelung regelmäßig der Begriff „Wohngruppe“, aber auch der Begriff „Wohngemeinschaft“ verwendet wird. Gleiches gilt auch für die Begründung zu § 45e SGB XI. Prinzipiell wird die Intention begrüßt, die Wohnform ambulant betreuter Wohngruppen/-gemeinschaften zu stärken. Mit der Verwendung des Begriffes „Pflegebedürftige“ werden aus Sicht des Paritätischen allerdings Personen mit 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. **Die Regelung des § 38a SGB XI-PNG sollte u. E. um diese Personengruppe erweitert werden.**

Auch erscheint es redaktionell unglücklich, wenn in Ziffer 4 im § 38a Abs. 1 SGB XI-PNG von „gemeinschaftlich organisierter pflegerischer Versorgung“ gesprochen wird, wenn nach § 38a Abs. 2 SGB XI-PNG die Pflege- und Betreuungsleistungen auch individuell zu wählen sind. **Der Paritätische schlägt vor, den Begriff „pflegerisch“ zu streichen und in diesem Zusammenhang ausschließlich von einer „gemeinschaftlich organisierten Versorgung“ auszugehen.**

Hinweisen möchte der Paritätische an dieser Stelle, dass der Begriff „ambulant betreute Wohngruppe“ nicht eindeutig definiert ist. Sollte der Gesetzgeber bei der Regelung beabsichtigen, dass die Leistung ausschließlich selbstorganisierten Wohn-

gruppen zur Verfügung stehen soll, ist davon auszugehen, dass diese Leistung nur wenigen Versicherten und i. d. R. nicht demenzerkrankten Menschen zugutekommen wird, da diese Organisationform hier eher selten anzutreffen ist. **Mit Blick auf den Gleichbehandlungsgrundsatz schlägt der Paritätische vor, die Leistung in allen gemeinschaftlichen ambulanten Wohnformen zu gewähren.**

**Weiterhin ist bei dieser Form der Leistungsgewährung auf eine qualitätsgesicherte Leistungserbringung und eine sozialversicherungsrechtliche Beschäftigung der Pflegekraft abzustellen.**

Problematisch ist aus Sicht des Paritätischen außerdem der in § 38a Abs. 1 Ziffer 4 SGB XI-PNG getroffene Bezug zu den heimrechtlichen Vorschriften der Länder. Im Ergebnis könnte es sein, dass in einem Bundesland die Leistungen nach § 38 a SGB XI-PNG zum Tragen kommen und in einem anderen Bundesland nicht. **Hier bedarf es einer eigenständigen leistungsrechtlichen Regelung im SGB XI. Der Bezug zu den heimrechtlichen Vorschriften ist zu streichen.**

## § 39 Satz 2 SGB XI – Nicht im Gesetzentwurf enthalten

### Erleichterte Inanspruchnahme der Verhinderungspflege

Für die Inanspruchnahme von Verhinderungspflege ist nach § 39 SGB XI Voraussetzung, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass pflegende Angehörige bereits vor der Feststellung einer Pflegestufe pflegerische Tätigkeiten übernehmen. In der Regel liegt bei „einsetzender Pflegebedürftigkeit“ der Pflegeaufwand zunächst unterhalb des zeitlichen Umfangs der Pflegestufe I, darüber hinaus besteht in diesen Fällen oftmals ein nicht unerheblicher Aufwand an Betreuungsleistungen insbesondere bei Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz bzw. bei dementiell erkrankten Menschen. **Der Paritätische vertritt die Auffassung, dass die Karenz von sechs Monaten vor Inanspruchnahme von Verhinderungspflege, d. h. § 39 Satz 2 SGB XI, ersatzlos zu streichen ist.**

## § 40 SGB XI-PNG

### Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

#### **Gesetzentwurf**

Die Zuschüsse der Pflegekassen für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen sollen künftig ohne einen Eigenanteil des Pflegebedürftigen gewährt werden, d. h. die Prüfung der Einkommenssituation des Pflegebedürftigen entfällt.

#### **Bewertung**

Mit der Abschaffung der Einkommensprüfung werden bürokratische Vorgaben sowohl auf Seiten der Pflegebedürftigen als auch auf Seiten der Pflegekassen abgebaut. Auch wird dadurch die Hürde der Antragstellung reduziert und somit eine schnellere und leichtere Leistungsgewährung für den Pflegebedürftigen ermöglicht.

Die Streichung der Prüfung der Einkommenssituation des Pflegebedürftigen wird seitens des Paritätischen begrüßt.

Unabhängig davon möchte der Paritätische darauf aufmerksam machen, dass der Leistungsanspruch nach § 40 Abs. 4 SGB XI seit 1995 unverändert 2.557 Euro beträgt. Nicht nur alleine aufgrund des Kaufkraftverlustes sondern auch aufgrund von Weiterentwicklungen und damit zunehmender Verteuerung der technischen Hilfsmittel erhält der Pflegebedürftige immer weniger Leistungen. **Der Paritätische regt daher die Erhöhung des Leistungsanspruches nach § 40 Abs. 4 SGB XI auf 5.000 Euro an. Weiterhin ist die Verwendungsmöglichkeit des Leistungsanspruches nach § 40 Abs. 4 SGB XI um die Maßnahmen des Ambient Assisted Living (AAL) zu erweitern. Auch bedarf es nicht zuletzt vor dem Hintergrund der gesetzlichen Neuregelung des § 45e SGB XI-PNG einer Eröffnung der Möglichkeit, die Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes nach § 40 Abs. 4 SGB XI zusammenlegen zu können, vorausgesetzt die Maßnahmen kommen mehreren Pflegebedürftigen zugute.**

## §§ 41, 42 und 43 SGB XI – Nicht im Gesetzentwurf vorgesehen

### Realisierung des Anspruchs auf Behandlungspflege und Hilfsmittel in stationären Pflegeeinrichtungen

Leistungen der medizinischen Behandlungspflege sind primäre Aufgabe der Krankenversicherung. Die Einbeziehung dieser Leistungen in die Leistungen der Pflegeversicherung in der teilstationären Pflege (§ 41 SGB XI), Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI) und vollstationären Pflege (§ 43 SGB XI) stellt für Pflegebedürftige in diesen Einrichtungen - insbesondere mit Blick auf das Teilleistungsprinzip der Pflegeversicherung - eine Benachteiligung dar, da die Kosten zum Teil von den Pflegebedürftigen, ggf. den Angehörigen, zu tragen sind. Diese Problematik aufgreifend, hat der Gesetzgeber 2007 im § 37 Abs. 2 Satz 3 SGB V geregelt, dass für Versicherte in zugelassenen Pflegeeinrichtungen nach § 43 SGB XI, die auf Dauer einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben, ein Anspruch auf Leistungen der häuslichen Krankenpflege besteht. Diese Regelung stellt für den betroffenen Personenkreis eine Verbesserung ihrer persönlichen Situation dar, das grundsätzliche Problem ist aber damit nicht gelöst. **Die Kosten für die medizinische Behandlungspflege in der teilstationären Pflege (§ 41 SGB XI), Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI) und vollstationären Pflege (§ 43 SGB XI) sind von den Krankenkassen zu übernehmen. Zur Vermeidung eines überproportionalen bürokratischen Aufwandes schlägt der Paritätische eine pauschale Zahlung der Krankenversicherung vor. Unabhängig von diesem Vorschlag sind die gesetzlichen Regelungen zu den Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 Satz 3 SGB V für Versicherte in zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 SGB XI, die einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben, sowie die Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung nach § 37b Abs. 2 SGB V beizubehalten.**

Mit dem zum 01.01.2012 in Kraft getretenen GKV-Versorgungsstrukturgesetz hat der Gesetzgeber im § 40 neuer Absatz 5 SGB V eine Teilung der Ausgaben für Hilfsmitt-

tel und Pflegehilfsmittel zwischen den Krankenkassen und den bei diesen eingerichteten Pflegekassen festgeschrieben. Dies ist prinzipiell zu begrüßen. Nicht nachvollziehbar ist, warum Personen, die sich in stationärer Pflege befinden, von dieser Regelung ausgeschlossen sein sollen. Aus Sicht des Paritätischen wurde hiermit die nicht tolerierbare Verschiebung von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in das Teilleistungssystem der gesetzlichen Pflegeversicherung bzw. in die individuelle Verantwortung des einzelnen Pflegebedürftigen fortgeschrieben. Hilfsmittel in stationären Pflegeeinrichtungen werden derzeit aus den Investitionskosten finanziert. Die Investitionskosten sind von den Bewohnern stationärer Pflegeeinrichtungen selbst zu tragen. Die Krankenkassen übernehmen ausschließlich die Kosten für Hilfsmittel zu Unterstützung medizinischer Versorgung, z. B. wenn ein Dekubitus vorliegt, aber nicht zur Prophylaxe von Dekubiti, und für Hilfsmittel, die aufgrund persönlicher Voraussetzungen individuell anzupassen sind. Diese Praxis stellt einen Verstoß gegen den Grundsatz der Gleichbehandlung dar. **Der Paritätische fordert, dass die Kosten für Hilfsmittel von in stationären Pflegeeinrichtungen wohnenden Pflegebedürftigen von den Pflegekassen bzw. Krankenkassen zu übernehmen sind. Die gesetzlichen Regelungen im SGB XI und SGB V sind entsprechend zu ändern.**

## § 41 SGB XI-PNG

### Tagespflege und Nachtpflege

#### **Gesetzentwurf**

Im neuen Abs. 7 des § 41 SGB XI-PNG wird geregelt, dass ambulante Pflegesachleistungen vorrangig der Sachleistungen für die Tages- und Nachtpflege abzurechnen und zu bezahlen sind.

#### **Bewertung**

Die vorrangige Abrechnung der ambulanten Pflegesachleistung nach § 36 SGB XI vor der Tages- und Nachtpflege nach § 41 SGB XI trägt dem Grundsatz des Vorrangs „ambulant vor stationär“ Rechnung, auch folgt sie der überwiegenden Praxis. Nicht zuletzt wegen der Klarstellung des Sachverhaltes wird die Regelung seitens des Paritätischen begrüßt.

Darüber hinaus sieht der Paritätische bezogen auf die Tages- und Nachtpflege weiteren Regelungsbedarf, zu dem im Folgenden ausgeführt wird:

### Übernahme der Kosten für die Beförderung von und zu Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege durch die Pflege- bzw. Krankenkassen

Die Spannweite des Fahrdiensts der Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen muss einen Bedarf von aufwändigen Treppenhilfen für Rollstuhlfahrer bis hin zu „einfachen Personentransporten von A nach B und zurück“ abdecken. Einrichtungs- oder lan-

desspezifische „Pauschalpreiskalkulationen“ bilden diese Unterschiedlichkeit des Bedarfs nur unvollkommen ab. Ferner sind mit der Zeit Förderprogramme oder die Möglichkeit des Einsatzes von Zivildienstleistenden entfallen. Pflegekassen übernehmen i.d.R. im Rahmen der Sachleistungsbeträge die Fahrtkosten. Wenn der monatliche Sachkostenbeitrag ausgeschöpft ist, sind die Fahrtkosten von den Pflegebedürftigen selbst zu tragen. Dies betrifft insbesondere Tages- und Nachtpflegegäste, die z. B. einen individuell angepassten Rollstuhl benötigen und nicht umgesetzt werden können. Von der Krankenkasse zugelassene Anbieter berechnen für die Hin- und Rückfahrt für Krankentransportfahrten (sitzend im Rollstuhl) mit Treppensteiger bis zu 70,00 Euro. Dies übersteigt bereits die täglichen pflegebedingten Aufwendungen in den Tagespflegeeinrichtungen. **Aus Sicht des Paritätischen bedarf es einer gesetzlichen Regelung, welche sicherstellt, dass für Pflegebedürftige mit entsprechenden krankheitsbedingten Einschränkungen die über die Kosten für einen einfachen Personentransport von der Wohnung zur Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege und zurück hinausgehenden Kosten von der Pflege- ggf. auch Krankenkasse ohne Anrechnung auf den Sachleistungsbetrag übernommen werden.**

## § 42 SGB XI-PNG

### Kurzzeitpflege

#### **Gesetzentwurf**

Zukünftig soll nach § 42 Abs. 4 SGB XI-PNG auch ein Anspruch auf Kurzzeitpflege in Einrichtungen bestehen, die stationäre Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation erbringen, wenn während der Maßnahme der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation für eine Pflegeperson eine gleichzeitige Unterbringung und Pflege des Pflegebedürftigen notwendig ist.

#### **Bewertung**

Mit der Regelung wird dem Bedarf pflegender Angehöriger Rechnung getragen, dass bei einer Teilnahme an einer stationären Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme gleichzeitig die pflegerische Versorgung und Betreuung des Pflegebedürftigen vor Ort sichergestellt wird. Die Regelung ist zu begrüßen.

Weiterhin sieht der Paritätische bezogen auf die Kurzzeitpflege weiteren Regelungsbedarf, zu dem im Folgenden ausgeführt wird:

### **Streichung der Altersbegrenzung in § 42 Abs. 3 Satz 1 SGB XI**

In § 42 Abs. 3 Satz 1 SGB XI besteht für die Leistungen der Kurzzeitpflege eine Altersbegrenzung, nach welcher nur zu Hause gepflegte Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres diese Leistungen auch in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen in Anspruch nehmen können, wenn die Pflege in einer von den

Pflegekassen zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtung nicht möglich ist oder nicht zumutbar erscheint. Aus Sicht des Paritätischen gibt es für diese Altersbegrenzung keinen sachlichen Grund. Auch für erwachsene Menschen mit Behinderung stehen nicht ausreichend Einrichtungen zur Kurzzeitpflege zur Verfügung. Die vorrangig auf Altenhilfe ausgerichteten Einrichtungen der Kurzzeitpflege werden den Bedarfen von erwachsenen Menschen mit Behinderung nicht gerecht. Mit der Altersbegrenzung ist die angemessene Versorgung dieser Menschen nicht gesichert. **Die Altersbegrenzung auf das 18. Lebensjahr ist zu streichen.**

### **Erhöhung der Sachleistungen für Kurzzeitpflege**

Pflegende Angehörige sind dringend auf Entlastung und Urlaub zur weiteren Übernahme der Pflege angewiesen. Neben den Kosten für die eigene Erholungsmaßnahme bleiben, anders als bei der vollstationären Pflege, die Kosten für die eigene Häuslichkeit des Pflegebedürftigen auch bei einem Kurzzeitpflegeaufenthalt bestehen. Hinzu kommen die Kosten für die Unterkunft und Verpflegung, investitionsbedingte Aufwendungen sowie nicht durch die Leistungen der Pflegeversicherung abgedeckte Pflegekosten. In der Regel wird der Höchstleistungsbetrag durch die Pflegekassen für jeden Tag in der Kurzzeitpflege zu einem Anteil von 1/28 ausgezahlt. Nimmt der Pflegebedürftige nur 21 Tage in Anspruch, so wird der Leistungsanspruch durch die Pflegekassen auf 21/28 bzw. auf 1.162,49 Euro von 1.550 Euro beschränkt. Allein die Zuzahlung aus Eigenmitteln kann bei einem 28-tägigen Aufenthalt in der Kurzzeitpflege schnell die Grenze von 1.500 Euro überschreiten. Die dringend erforderliche Entlastung wird damit für viele Angehörige zum finanziellen Kraftakt. **Der Paritätische regt an, dass entgegen der Regelungen des § 42 Abs. 2 Satz 2 SGB XI die Pflegekasse bei Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege das Entgelt für pflegebedingte Aufwendungen, soziale Betreuung und die investitionsbedingten Aufwendungen bis zum Leistungshöchstbetrag übernimmt. Der Leistungsbetrag selbst ist auf 1.800 Euro im Jahr anzuheben. Die Kosten der medizinischen Behandlungspflege sind von der Krankenversicherung zu tragen. Zugleich müssen Pflegebedürftige das Recht haben, den Leistungshöchstbetrag auch bei weniger als 28 Tagen Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege voll umfänglich für die genannten Leistungsbestandteile des Entgeltes einzusetzen.** Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie die Differenz zur tatsächlichen Kostenhöhe (abhängig von Pflegestufe und Verweildauer in der Kurzzeitpflege) verbleiben beim Pflegebedürftigen.

### **§ 43a SGB XI – Nicht im Gesetzentwurf enthalten**

#### **Gleicher Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung für Menschen mit Behinderung**

Nach § 43a SGB XI übernimmt die Pflegekasse für Pflegebedürftige in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für Menschen mit Behinderung, in der die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung behinderter Menschen im Vordergrund des Einrichtungszweckes stehen,

zur Abgeltung der pflegebedingten Aufwendungen, der Aufwendungen der sozialen Betreuung und der medizinischen Behandlungspflege nur 10 Prozent des nach § 75 Abs. 3 SGB XII vereinbarten Heimentgeltes, bis maximal 256 Euro monatlich. Dies stellt eine Ungleichbehandlung von pflegebedürftigen Menschen mit Behinderung in den o. g. Einrichtungen dar. Menschen mit Behinderung haben einen Anspruch auf gleichberechtigten Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung. **Die Sonderregelung des § 43a SGB XI ist ersatzlos zu streichen.**

## § 45 SGB XI – nicht im Gesetzentwurf vorgesehen

### Öffnung Pflegekurse für alle Pflegepersonen

Aktuell haben ausschließlich Angehörige von Pflegebedürftigen und ehrenamtliche Helfer, die an einer ehrenamtlichen Pflegetätigkeit interessiert sind, Anspruch auf unentgeltliche Pflegekurse. Auch beschränken sich die Inhalte der Pflegekurse auf die Vermittlung von Fertigkeiten für die eigenständige Durchführung der Pflege. Dies erscheint auch mit Blick auf die Erweiterung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs zu kurz gegriffen. **Zur Stärkung der häuslichen Pflege regt der Paritätische an, auf die Engführung der Pflegekurse auf die Pflege im Sinne der Verrichtungen zu verzichten und den Anspruch auf alle Pflegepersonen auszuweiten.**

## § 45 d SGB XI-PNG

### Förderung ehrenamtlicher Strukturen sowie der Selbsthilfe

#### **Gesetzentwurf**

Der Gesetzentwurf sieht in der Pflegeversicherung eine Bereitstellung von Finanzmitteln zur Förderung und zum Auf- und Ausbau von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen von 0,10 Euro je Versicherten pro Kalenderjahr vor. Dies entspricht einer Summe von ca. 8 Millionen Euro.

#### **Bewertung**

Der Paritätische begrüßt die künftige verbindliche Bereitstellung von Finanzmitteln für die Selbsthilfe in der Pflegeversicherung von 0,10 Euro je Versichertem pro Kalenderjahr, da neben dem ehrenamtlichen Engagement insbesondere die Selbsthilfe pflegender Angehöriger einen tragenden Teil des Pflege- und Versorgungsarrangements bei Pflegebedürftigen darstellt. **Darüber hinaus empfiehlt der Paritätische diesen Beitrag, wie auch bei der Förderung der Selbsthilfe nach § 20c SGB V, in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV anzupassen.**

## § 45 e SGB XI-PNG i. V. m. § 28 Abs. 1a und § 38a SGB XI-PNG

### Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulanten Wohngruppen

#### **Gesetzentwurf**

Mit dem neuen § 45e SGB XI-PNG legt die Regierung ein zeitlich befristetes Initiativprogramm zur Gründung ambulanter Wohngruppen vor. In diesem Rahmen erhalten ambulante Wohngruppen bei Gründung eine finanzielle Sofortunterstützung für erforderliche altersgerechte Umbaumaßnahmen von bis zu 2.500 Euro je Pflegebedürftigen, maximal bis zu 10.000 Euro je Wohngruppe. Insgesamt sollen für diese Maßnahmen 30 Millionen Euro zur Verfügung gestellt werden.

#### **Bewertung**

Die Initiative, die Gründung von ambulanten Wohngruppen durch eine Anschubfinanzierung zu unterstützen, wird seitens des Paritätischen grundsätzlich begrüßt. Als problematisch gesehen wird die Deckelung des Programms, die sich aus der Finanzierung durch nicht zum Aufbau von Pflegestützpunkten abgerufene Mittel erklärt. Aus Sicht des Paritätischen ist in diesem Zusammenhang zum einen die Verschiebung der für die Pflegestützpunkte nach § 92c SGB XI zweckgebundenen Mittel kritisch zu hinterfragen, zum anderen die vorgesehene finanzielle Deckelung sowie zeitliche Befristung bis zum 31. Dezember 2015 des Förderprogramms. Mit der finanziellen Deckelung und der zeitlichen Befristung bis zum 31. Dezember 2015 wird der Eindruck vermittelt, dass hier nicht wirklich ein Strukturmerkmal der Pflegeversicherung aufgebaut werden soll. Dies ist aus Sicht des Paritätischen bedauerlich. **Es wird angeregt, die finanzielle Deckelung und zeitliche Befristung aufzuheben. Auch ist die Neuregelung des § 45e SGB XI dahingehend zu ändern, dass der Anspruch auf die zur Verfügung gestellte Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulanten Wohngruppen auch dann besteht, wenn die ambulant betreute Wohngruppe von ihrer Zielsetzung her im Rahmen der Eingliederungshilfe ganz oder teilweise finanziert wird. Unabhängig davon sollte vor dem Hintergrund des engen Zusammenhangs mit den Regelungen zu den wohnumfeldverbessernden Maßnahmen nach § 40 SGB XI der Inhalt des § 45e SGB XI im § 40 SGB XI verankert werden.**

## § 45 f SGB XI-PNG

### Weiterentwicklung neuer Wohnformen

#### **Gesetzentwurf**

Zur wissenschaftlich gestützten Weiterentwicklung und Förderung neuer Wohnformen sollen Konzepte gefördert werden, die eine bewohnerorientierte, individuelle Versorgung Pflegebedürftiger außerhalb einer vollstationären Versorgung ermöglichen. Hierfür sollen 10 Millionen Euro zur Verfügung gestellt werden.

#### **Bewertung**

Die Initiative zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen wird seitens des Paritätischen grundsätzlich begrüßt. Auch hier wird die finanzielle Deckelung des Pro-

gramms problematisch gesehen, die sich aus der Finanzierung durch nicht zum Aufbau von Pflegestützpunkten abgerufene Mittel erklärt. **Es wird angeregt, die finanzielle Deckelung aufzuheben. Da es sich aus Sicht des Paritätischen um eine Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen nach § 45c SGB XI handelt, wird angeregt, die Inhalte des § 45f SGB XI im § 45c SGB XI anzusiedeln.**

## § 53a SGB XI - PNG

### Zusammenarbeit medizinische Dienste

#### **Gesetzentwurf**

Mit der Einfügung der Wörter „zur Qualitätssicherung der Qualitätsprüfungen“ in Satz 1 Ziffer 4 wird der Spitzenverband Bund der Pflegekassen ermächtigt, zur Qualitätssicherung der Qualitätsprüfungen nach den §§ 114ff SGB XI Richtlinien zu erlassen.

#### **Bewertung**

Gemeinsam mit der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW) hat der Paritätische 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 der Krankenversicherung (MDK) in den Pflegeeinrichtungen hingewiesen. Diese sind auch wissenschaftlich belegt. Die bestehenden und fortwährenden Mängel haben dazu geführt, dass die Prüfberichte der Medizinischen Dienste und seit 2009 auch die nach § 115 Abs.1a SGB XI zu veröffentlichenden Prüfergebnisse der MDK-Prüfungen 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 begrüßt. **Neben der Richtlinienkompetenz sollte auch ein Beteiligungsrecht für die in § 114a Abs. 7 SGB XI zu beteiligenden Organisationen und Verbände implementiert werden. 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 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 Interes-***

**sen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen zu beteiligen.“**

## **§ 53b SGB XI-PNG**

### **Beauftragung von anderen unabhängigen Gutachtern durch die Pflegekassen im Verfahren zu Feststellung der Pflegebedürftigkeit**

#### **Gesetzentwurf**

Zur Gewährleistung einer einheitlichen Begutachtungspraxis erlässt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen Richtlinien zur Zusammenarbeit mit anderen unabhängigen Gutachtern im Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit.

#### **Bewertung**

Die Neuregelung wird seitens des Paritätischen begrüßt. Auf die Ausführungen zu § 18 SGBXI wird verwiesen.

## **§ 55 SGB XI-PNG**

### **Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze**

#### **Gesetzentwurf**

Zur Finanzierung der zusätzlichen Leistungen insbesondere für Demenzkranke und Angehörige soll der Beitragssatz in der sozialen Pflegeversicherung zum 01.01.2013 um 0,1 Beitragssatzpunkte angehoben werden.

#### **Bewertung**

Aus Sicht des Paritätischen wird der Gesetzentwurf der Zielstellung, die Pflegeversicherung einer soliden und nachhaltigen Finanzierung zuzuführen, nicht gerecht. Die Anhebung des Beitragssatzes um 0,1 Beitragssatzpunkte gewährleistet lediglich die Finanzierung der Leistungsverbesserungen bis in das Jahr 2015. Die Fortschreibung der Dynamisierung der Leistungen ab 2014 wird außen vorgelassen. Die Einführung einer zusätzlichen kapitalgedeckten Pflegeabsicherung lehnt der Paritätische ab. Mit der Einführung einer weiteren Finanzierungsquelle würde die Fragmentierung der Absicherung fortgeschrieben, ohne dass es kurz- und mittelfristig zu positiven Finanzierungseffekten käme. Die Finanzierung der Pflege ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Dem Anspruch jeder Person auf eine ihren Bedürfnissen angepasste Pflege entspricht die Verpflichtung, eine der persönlichen Leistungsfähigkeit entsprechende Finanzierung der Pflege sicherzustellen. **Der Paritätische fordert den solidarischen Ausbau der bestehenden Pflegeversicherung zu einer sozialen Bürgerversicherung. Für die Ausgestaltung der Bürgerversicherung stellt der Paritätische u. a. auf folgende Aspekte ab:**

- **Abkehr von der bestehenden, lohneinkommensfixierten und deshalb konjunkturabhängigen Beitragsbemessung und eine Orientierung an der einkommenssteuerlichen Leistungsfähigkeit:** Dem wachsenden Stellenwert zusätzlicher Einkommensquellen neben Lohn und Rente wird damit Rechnung ge-

tragen. Auf diese Weise wird die Pflegefinanzierung auf eine breitere und gleichzeitig stabilere Basis gestellt.

- **Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der Beitragsbemessungsgrenze in der Gesetzlichen Rentenversicherung:** Durch diesen Schritt wird der solidarische Charakter der sozialen Pflegeversicherung zusätzlich betont.
- **Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze und Einführung einer allgemeinen Versicherungspflicht:** Rechtlich notwendigen Übergangsfristen und dem gebotenen Bestandsschutz ist dabei Rechnung zu tragen.

Durch eine Reform der Besteuerung von Erbschaften ist zudem sicherzustellen, dass eine Kumulation vererbter Einkommen in Grenzen gehalten und das daraus resultierende Steueraufkommen zur Gestaltung der Folgen des demographischen Wandels eingesetzt wird. Der Paritätische hat dazu detaillierte Vorschläge unterbreitet.

## § 70 SGB XI – Nicht im Gesetzentwurf enthalten

### Einschränkung des in § 70 SGB XI normierten Vorrangs der Beitragssatzstabilität

In § 70 SGB XI ist der Grundsatz der Beitragsstabilität für die Pflegeversicherung festgeschrieben. Die Pflegekassen müssen in den Verträgen mit den Leistungserbringern über Art, Umfang und Vergütung der Leistungen sicherstellen, dass ihre Leistungsausgaben die Beitragseinnahmen nicht überschreiten. Vereinbarungen über die Höhe der Vergütungen, die diesem Grundsatz widersprechen, sind nach dem Gesetz unwirksam. Dies hat in der Pflegeversicherung dazu geführt, dass bei den Leistungen der Pflegeversicherung die individuellen Bedarfe der Betroffenen in den Hintergrund geraten sind. Dem ist entgegenzutreten. Die Leistungen der Pflegeversicherung müssen sich an den individuellen Bedarfen der Betroffenen orientieren, nicht an der Stabilität der Beiträge. Dies anzuerkennen erfordert auch eine Änderung der politischen Rahmenbedingungen für die Pflegefinanzierung. **Der in § 70 SGB XI normierte Vorrang der Beitragssatzstabilität muss zu Gunsten der bedarfsgerechten Hilfestellung eingeschränkt und durch das Gebot der wirtschaftlichen, teilhabeorientierten Leistungsgewährung ersetzt werden.**

## § 71 Abs. 2 SGB XI-PNG

### Pflegeeinrichtungen – Tages- und Nachtpflege

#### **Gesetzentwurf**

Bezogen auf die Definition von Pflegeeinrichtungen der Tages- und Nachtpflege wird unter Ziffer 2 das Wort „nur“ vor „tagsüber“ sowie „nachts“ gestrichen. Damit soll sichergestellt werden, dass bei aufeinander abgestimmten Angeboten selbstständig wirtschaftende Einrichtungen zugelassen und mit Hilfe von Gesamtversorgungsverträgen wirtschaftlich betrieben werden können.

## **Bewertung**

Mit Blick auf die damit verbundene Stärkung und Weiterentwicklung von teilstationären Einrichtungen wird die gesetzliche Korrektur durch die Streichung des Wortes „nur“ an diesen Stellen durch den Paritätischen befürwortet.

## **§ 71 Abs. 3 SGB XI-PNG**

### **Pflegeeinrichtungen – Anerkennung der verantwortlichen Pflegefachkraft**

#### **Gesetzentwurf**

Die Neuregelung zur Anerkennung als verantwortliche Fachkraft sieht vor, dass die Rahmenfrist einheitlich auf acht Jahre verlängert wird. Diese Maßnahme soll der Erleichterung des Wiedereinstiegs, zum Beispiel nach familienbedingter Unterbrechung, in den Beruf dienen.

#### **Bewertung**

Der Paritätische begrüßt grundsätzlich die Verlängerung der Rahmenfrist auf acht Jahre für den Nachweis der praktischen Berufserfahrung von zwei Jahren in dem erlernten Ausbildungsberuf. Neben dem Beitrag zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf wird gleichzeitig die Zulassung von Pflegeeinrichtungen entbürokratisiert, da die Landesverbände der Pflegekassen nicht mehr prüfen müssen, ob im Einzelfall die Voraussetzungen für eine Verlängerung der Rahmenfrist von fünf auf acht Jahre vorliegen. Auch mit Blick auf die Gleichbehandlung leitender Pflegefachkräfte ist die Regelung zu unterstützen. **Der Paritätische regt mit Blick auf die Erfahrungen in der Praxis an, in der Regelung darauf abzustellen, jede Berufserfahrung im erlernten Beruf anzuerkennen und den Begriff „praktische“ vor Berufserfahrung zu streichen. Vor dem Hintergrund des großen Anteils an Teilzeitkräften in der Pflege bedarf es aus Sicht des Paritätischen weiterhin einer Konkretisierung dahingehend, dass bei der Berechnung von zwei Jahren Berufserfahrung lediglich auf ein sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis abzustellen ist.**

Unabhängig davon verweist der Paritätische darauf, dass Einrichtungen zur Erfüllung der individuellen Erfordernisse der Pflegebedürftigen im Rahmen der Betreuung und Unterstützung geeignete Kräfte entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation bereitzustellen haben (siehe hierzu 2.4.1 der Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der vollstationären Pflege vom 27.05.2011 und 3.1.6 der Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der ambulanten Pflege vom 27.05.2011). Zusätzlich zu diesen Anforderungen werden in einzelnen Bundesländern strengere ordnungsrechtliche Anforderungen an die personelle Struktur gestellt. Dies führt dazu, dass es in der Praxis zu unterschiedlichen Fachkraftdefinitionen kommt. **Aus Sicht des Paritätischen sind im Sinne von Mindestanforderungen Grundanforderungen für die personellen Standards in § 112 SGB XI zu bestimmen.** Als grundlegende Orientierung kann hier die „Charta der Rechte hilfs- und pflegebedürftiger Menschen“ des Runden Ti-

sches Pflege herangezogen werden (Artikel 4: Pflege, Betreuung und Behandlung), der bei Betrieb der Pflegeeinrichtung durch den verantwortlichen Leistungsanbieter und die von ihm eingesetzten Personen zu wahren ist. Die individuellen Bedürfnisse der älteren und pflegebedürftigen Menschen und der jeweilige Bedarf an Betreuung, Unterstützung und Pflege, in Abhängigkeit vom Betreuungskonzept, sind dabei Maßstab dafür, welche Berufsfelder zur Gewährleistung von Teilhabe und Selbstbestimmung in einer Pflegeeinrichtung unabdingbar sind und wie das Betreuungskonzept durch die Beschäftigten optimal umgesetzt werden kann. **Als alleinige Voraussetzung zur Anerkennung als Fachkraft ist hierfür das Vorliegen einer formalen Qualifikation (Berufsausbildung) zu setzen, die Kenntnisse und Fähigkeiten zur selbstständigen und eigenverantwortlichen Wahrnehmung der von ihr ausgeübten Funktion und Tätigkeit vermittelt. Ordnungsrechtlich ist regelmäßig von der Erfüllung dieser Anforderungen auszugehen, soweit die nach dem SGB XI normierten Grundsätze gewahrt werden, da sie durch Leistungsgesetze abgesichert sind.**

## § 72 Abs. 2 SGB XI-PNG

### Zulassung durch Versorgungsvertrag – Gesamtversorgungsvertrag

#### **Gesetzentwurf**

Mit der Ersetzung des Wortes „örtlich“ durch die Worte „vor Ort“ soll eine Konkretisierung und damit Vereinfachung des Anwendungsbereichs bezogen auf die Voraussetzungen zum Abschluss eines Gesamtversorgungsvertrages erreicht werden.

#### **Bewertung**

Eine Öffnung der Regelung zu den Gesamtversorgungsverträgen ist zu begrüßen, die hier vorgeschlagene Öffnung greift aus Sicht des Paritätischen aber zu kurz. Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz wurde die Möglichkeit eröffnet, für mehrere oder alle selbstständig wirtschaftenden Einrichtungen eines Pflegeeinrichtungsträgers, die örtlich und organisatorisch miteinander verbunden sind, einen einheitlichen Versorgungsvertrag (Gesamtversorgungsvertrag) abzuschließen. Mit dem Verweis darauf, dass diese Regelung im § 72 Abs. 2 SGB XI sich gerade nicht auf Einrichtungen bezieht, die einen Versorgungsvertrag nach § 132a Abs. 2 SGB V mit den Krankenkassen abgeschlossen haben, wird seitens der Pflegekassen der Abschluss von Gesamtversorgungsverträgen z. B. zwischen Tagespflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten, die neben den SGB XI Leistungen, Leistungen nach dem SGB V erbringen, abgelehnt. **Um deutlich zu machen, dass die gesetzliche Regelung zu den Gesamtversorgungsverträgen auch für ambulante Pflegedienste gilt, die neben den SGB XI-Leistungen, Leistungen nach dem SGB V erbringen, ist § 72 Abs. 2 Satz 1 zweiter Halbsatz SGB XI wie folgt zu fassen:**

**„für mehrere oder alle selbstständig wirtschaftenden Einrichtungen (§ 71 Abs. 1 und 2) eines Pflegeeinrichtungsträgers, die Leistungen nach §§ 36, 41, 42 und 43 SGB XI ggf. in Verbindung mit §§ 37, 37b, 38 SGB V erbringen sowie vor Ort und organisatorisch miteinander verbunden**

**sind, kann ein einheitlicher Versorgungsvertrag (Gesamtversorgungsvertrag) geschlossen werden.“**

## **§ 72 Abs. 3 SGB XI-PNG**

### **Zulassung durch Versorgungsvertrag – Mindestlohn**

#### **Gesetzentwurf**

Mit der Neuregelung des § 72 Abs. 3 Satz 1 Ziffer 2 SGB XI soll die Verpflichtung zugelassener Pflegeeinrichtungen zur Zahlung der ortsüblichen Vergütung auf die Fälle begrenzt werden, in denen keine Mindestlohnregelung gilt.

#### **Bewertung**

Der Paritätische kann der Begründung zu der gesetzlichen Neuregelung des § 72 Abs. 3 Satz 1 Ziffer 2 SGB XI-PNG nicht folgen. Unabhängig von der Einführung des Mindestlohns in der Pflege ist die mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz am 01.07.2008 in Kraft getretene Regelung über die Pflicht der Pflegeeinrichtungen zur Zahlung einer ortsüblichen Arbeitsvergütung für die Arbeitnehmer weiterhin erforderlich. Damit stellt die gesetzliche Regelung entgegen der Begründung keinen Bürokratieabbau dar. Zum einen ist die Verordnung über zwingende Arbeitsbedingungen in der Pflegebranche zeitlich befristet und tritt am 31.12.2014 außer Kraft, zum anderen bezieht sich die Regelung ausschließlich auf Arbeitnehmer/-innen, die überwiegend pflegerische Tätigkeiten der Grundpflege erbringen. Auch differenziert die Mindestlohnregelung nicht zwischen pflegerischen Hilfskräften und Pflegefachkräften. Dies hat in der Öffentlichkeit zu der Wahrnehmung geführt, dass alle Pflegekräfte einschließlich der Pflegefachkräfte entsprechend „schlecht“ bezahlt werden. Dem ist nicht so. Der Mindestlohn stellt aus Sicht des Paritätischen ausschließlich eine Lohnuntergrenze dar. Die Formulierung im vorliegenden Gesetzentwurf „soweit diese nicht von einer Verordnung über Mindestentgeltsätze ... erfasst sind“ manifestiert diese Wahrnehmung, indem sie alle Mitarbeiter der Pflege unabhängig von der vorliegenden Qualifikation einschließt und setzt aus Sicht des Paritätischen das falsche Signal. Vielmehr ist sicherzustellen, dass plausibel kalkulierte, wirtschaftliche Gesteuerungskosten einschließlich der Kosten für die Qualitäts- und Qualifikationsanforderungen (Umsetzung Expertenstandards, Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 SGB XI, ordnungsrechtliche Qualitätsanforderungen, Beratungsleistungen, Dokumentation etc.) sowie angemessene Zuschläge für Unternehmerrisiko und Eigenkapitalverzinsung von den Kostenträgern refinanziert werden, wobei Tarifbindung bzw. Tariforientierung immer als angemessen zu werten sind (vgl. hierzu unsere Ausführungen zu § 84 SGB XI-PNG sowie zu § 89 SGB XI-PNG). **Die Ergänzung in § 72 Abs. 3 Satz 1 Ziffer 2 SGB XI ist ersatzlos zu streichen.**

## § 77 Abs. 1 SGB XI-PNG

### Häusliche Pflege durch Einzelpersonen

#### **Gesetzentwurf**

Zur Sicherstellung der häuslichen Pflege und häuslichen Betreuung sowie hauswirtschaftlichen Versorgung sollen die Pflegekassen 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. Die häusliche Pflege und häusliche Betreuung sowie hauswirtschaftliche Versorgung durch sogenannte Einzelkräfte nach § 77 SGB XI werden als Sachleistung erbracht. In den Verträgen sind Inhalt, Umfang, Qualität, Qualitätssicherung, Vergütung sowie Prüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der vereinbarten Leistungen zu regeln; § 112 ist entsprechend anzuwenden.

#### **Bewertung**

Aus Sicht des Paritätischen ist zu begrüßen, dass „Einzelpflegekräfte“ mit der Neuregelung des § 77 Abs. 1 SGB XI-PNG im Rahmen der Erbringung von Sachleistungen nach § 36 SGB XI nunmehr auch den Bindungen eines Qualitätsmanagements unterliegen sollen, wie es für nach § 71 SGB XI zugelassene Pflegedienste gemäß §§ 112ff SGB XI vorgeschrieben ist. **Darüber hinaus ist durch die Pflegekassen im Rahmen einer vertraglichen Vereinbarung mit Einzelkräften nach § 77 SGB XI sicherzustellen, dass diese sozialversicherungsrechtlich abgesichert sind. Die Verträge mit Einzelkräften nach § 77 SGB XI sind offen zu legen.**

**Eine Alternative zur stärkeren Individualisierung der Leistungen stellt aus Sicht des Paritätischen die uneingeschränkte Anrechnung der Pflegesachleistungen beim trägerübergreifenden persönlichen Budget im SGB XI dar.** Mit dem Abschluss von Zielvereinbarungen und deren Überprüfung wird dem Gedanken des Schutzbedürfnisses der pflegebedürftigen Menschen bei gleichzeitig hohem Qualitätsniveau Rechnung getragen.

## 82 Abs. 3 SGB XI – nicht im Gesetzentwurf enthalten

### Finanzierung der Pflegeeinrichtungen – Refinanzierung von Investitionskosten in Pflegeeinrichtungen – Konsequenzen aus der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts 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 Bewohner/innen bzw. deren Kostenträger nicht mehr möglich. Vielmehr werden diejenigen Bewohner/innen 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 Bewohner/innen 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 Bewohner/innen unter Beachtung des Verfahrens nach § 9 WBGV 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 Eigentums-einrichtungen 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 Eigentums-einrichtungen 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 Eigentums-einrichtungen 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

**Diese Zielsetzung könnte durch folgende Änderungen des § 82 Abs. 3 und 4 SGB XI – in Anlehnung an den bewährten § 76 Abs. 2 SGB XII – erreicht werden, die der Paritätische gemeinsam mit den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege vorschlägt. 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 abschreibungsfähige 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.

## **§ 82b SGB XI-PNG**

### **Ehrenamtliche Unterstützung**

#### **Gesetzentwurf**

Mit dem neuen Absatz 2 des § 82b SGB XI-PNG soll klargestellt werden, dass stationäre Pflegeeinrichtungen für ehrenamtliche Unterstützung als ergänzendes Engagement bei allgemeinen Pflegeleistungen Aufwandsentschädigungen zahlen können. Absatz 1 gilt entsprechend.

#### **Bewertung**

Eine Förderung ehrenamtlicher Strukturen wird vom Paritätischen grundsätzlich begrüßt. Der Paritätische spricht sich aber klar gegen die im Gesetzentwurf mit dem Begriff „allgemeine Pflegeleistungen“ implizierte Vermischung von Ehrenamt und professionellen Leistungen aus. Eine hohe Lebensqualität der Pflegebedürftigen kann nur erreicht werden, wenn ehrenamtlich tätige Personen professionelle Leistungen ergänzen. Mit der Vereinnahmung ehrenamtlich tätiger Personen als Ersatz professioneller Leistungen wird man auch der Motivation ehrenamtlich Tätiger nicht gerecht. Darüber hinaus werden mit dem Fokus auf stationäre Pflegeeinrichtungen ambulante Pflegeeinrichtungen benachteiligt. **Entsprechend ist der neue Abs. 2 in § 82b wie folgt zu fassen:**

***„Pflegeeinrichtungen können für ehrenamtliche Unterstützung Aufwandsentschädigungen zahlen. Absatz 1 gilt entsprechend.“***

## § 84 SGB XI-PNG

### Bemessungsgrundsätze

#### **Gesetzentwurf**

Mit der Änderung des § 84 Abs. 2 Satz 4 SGB XI wird klargestellt, dass die Pflegesätze einer stationären Pflegeeinrichtung bei wirtschaftlicher Betriebsführung im Rahmen der Erfüllung seines Versorgungsauftrags auch ermöglicht werden muss, seine Personalaufwendungen zu finanzieren.

#### **Bewertung**

Gemäß § 84 SGB XI umfassen die Pflegesätze die Leistungen der Pflege, der medizinischen Behandlungspflege und der sozialen Betreuung. Sie müssen leistungsgerecht sein und es der Pflegeeinrichtung bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, ihren Versorgungsauftrag zu erfüllen. Leistungsgerecht bedeutet, dass die Vergütung sowohl der Leistungsmenge als auch deren Qualität gerecht wird. Infolge der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts vom 14.12.2000 verstetigte sich die negative Entwicklung einer ausschließlich preis- und marktorientierten Kostenträgerverhandlung, die sowohl Qualitätsentwicklungen als auch tatsächlich notwendige Bezahlungen von qualifizierten Mitarbeiter/-innen zunehmend ausblendeten. Die (mittels eines Personalbedarfsbemessungssystems (s. u.)) festgestellte Personalausstattung muss durch die Vergütung auch tatsächlich leistbar sein. Über die rein wirtschaftliche Betrachtung hinaus hat die Angemessenheit der Vergütungen auch eine psychologische Komponente. Mit-Ursache des sich verschärfenden Fachkräftemangels ist das Image des Berufs, welches nicht unwesentlich bestimmt wird durch das zu erzielende Einkommen und die sich darin manifestierende Wertschätzung des Berufs. Der Gesetzgeber nimmt nunmehr mit der gesetzlichen Änderung die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts vom 29. Januar 2009 (Az.: B 3 P 7/08 R) zur stationären Pflege auf, in welcher die Zahlung von Tariflöhnen ausdrücklich als wirtschaftliche Betriebsführung bezeichnet wird. Die Klarstellung durch den Gesetzgeber ist zu begrüßen. Mit dieser Klarstellung sollte es möglich sein, zukünftig unnötige Sozialgerichtsverfahren gegen Kostenträger zu vermeiden, die heute noch die Zahlung angemessener Löhne - wobei Tarifbindung bzw. Tariforientierung immer als angemessen zu werten sind - für nicht richtig halten. **Aus Sicht des Paritätischen sind darüber hinaus plausibel kalkulierte, wirtschaftliche Gestehungskosten einschließlich der Kosten für die Qualitäts- und Qualifikationsanforderungen (Umsetzung Expertenstandards, Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 SGB XI, ordnungsrechtliche Qualitätsanforderungen, Beratungsleistungen, Dokumentation etc.) sowie angemessene Zuschläge für Unternehmerrisiko und Eigenkapitalverzinsung von den Kostenträgern zu refinanzieren. Da auch dies von einigen Kostenträgern in Frage gestellt wird, schlägt der Paritätischen vor, § 84 Abs. 2 Satz 4 SGB XI entsprechend zu ergänzen.**

Darüber hinaus sieht der Paritätische bezogen auf Bemessungsgrundsätze weiteren Regelungsbedarf, zu dem im Folgenden ausgeführt wird:

## Bundeseinheitliches Personalbedarfsbemessungssystem für die stationäre Pflege

Zentral für die Vereinbarung der erforderlichen Personalmenge und der damit für die Pflege verfügbaren Zeit ist die Kenntnis darüber, wie hoch die Pflegebedarfe der Einzelnen sind und in welcher Qualität die erforderlichen Maßnahmen zu erbringen sind. Allerdings klaffen die leistungsrechtliche Definition von Pflegebedürftigkeit (Pflegestufe) und die vergütungsrechtlich bedeutsame Pflegeklasse beim derzeit gültigen Pflegebedürftigkeitsbegriff auseinander: Dem engen Pflegebedürftigkeitsbegriff mit seinem Verrichtungsbezug steht in der stationären Pflege eine Leistungsvereinbarung gegenüber, die neben einer aktivierenden Pflege mit dem Ziel des Erhalts vorhandener Fähigkeiten auch die medizinische Behandlungspflege und die notwendige soziale Betreuung umfasst. Alle diese Leistungen sollen dem aktuellen Stand der medizinisch-pflegerischen Kenntnisse entsprechen und unter Einbezug der sozialpsychologischen Bedürfnisse des Einzelnen qualifiziert erbracht werden. In der Praxis wird so getan, als entsprächen Pflegestufe und Vergütungsklasse einander. Tatsächlich kann aber derzeit z. B. ein niedrig eingestufteter Pflegebedürftiger mit Demenz nur adäquat gepflegt und betreut werden, wenn Pflegezeit von einem anderen, höher eingestufteten Bewohner auf ihn verschoben wird. Schon dies zeigt die Notwendigkeit, mithilfe eines zuverlässigen Verfahrens den quantitativen wie qualitativen Pflegebedarf von Bewohner/-innen vollstationärer Einrichtungen zu ermitteln.

Der enge, verrichtungsbezogene Pflegebegriff, der psycho-soziale Bedürfnisse nicht umfasst, kollidiert mit dem in § 2 SGB XI formulierten Ziel, dass „die Leistungen der Pflegeversicherung den Pflegebedürftigen helfen sollen, trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht“. Noch umfassender drücken es die „Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität ...“ (§ 113 SGB XI) aus, die die Einrichtungen dazu verpflichten, „Lebensqualität und Zufriedenheit der Bewohner anzustreben“ und die „körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Bewohner wiederzugewinnen oder zu erhalten“. Vergleichbare Vorschriften finden sich auch in den (Landes)Heimgesetzen. Untersuchungen aus dem Saarland zeigen, dass der Pflegebedarf nur unzureichend abgebildet ist. Im Folgenden werden die zentralen Ergebnisse einer Vollerhebung über 55 Wohnbereiche mit 1.853 Plätzen im April 2009 dargestellt:

1. Laut Dienstplan wurden im Schnitt 83 Minuten Bruttopflegezeit pro Pflegebedürftigen in 24 Stunden geleistet. Es waren 527,04 Vollzeitkräfte beschäftigt. Dies waren 20,9 (rd. 4 Prozent) Vollzeitkräfte mehr als die Mindestpersonalzahlen im Saarland vorsehen.
2. Eine Plausibilitätsrechnung mit der durchschnittlichen Belegung nach Pflegestufen in den saarländischen Pflegeeinrichtungen und dem geltenden Mindestpersonalschlüssel ergibt eine durchschnittliche Pflegezeit von rd. 79 Minuten Bruttopflegezeit in 24 Stunden.
3. Eine Untersuchung der Tätigkeiten von 172 Pflegekräften in vier saarländischen stationären Pflegeeinrichtungen an zwei Tagen im Zeitraum von De-

zember 2009 bis Februar 2010 ergab eine unmittelbar auf den Bewohner bezogene Tätigkeit im Bereich Pflege, Betreuung und hauswirtschaftlicher Versorgung von rund 67 Prozent der Gesamtarbeitszeit.

4. In 33 Prozent der Gesamtarbeitszeit wurden Tätigkeiten wie Übergabe, Besprechungen, Störungen, Dokumentationen sowie Laufwege etc. durchgeführt. Im Ergebnis kommt im Durchschnitt jedem Pflegebedürftigen auf der Grundlage der beiden Untersuchungen eine **Nettopflegezeit von 55 – 56 Minuten innerhalb von 24 Stunden** zugute.

Bei gleicher Pflegestufe werden zudem in den verschiedenen Bundesländern unterschiedliche Personalschlüssel angewandt. Legt man die länderspezifischen Personalschlüssel der Rahmenverträge zugrunde, ist festzustellen, dass die Pflegezeit um bis zu 30 Prozent differiert. **Der Paritätische fordert zur Sicherstellung gleichwertiger Lebensbedingungen die Einführung eines bundesweit einheitlichen Personalbedarfsbemessungssystems, das den Pflege- und Betreuungsbedarf realistisch abbildet und die Grundlage für eine verbindliche bundesweite Personalausstattung in der Pflege darstellt.**

### **Festschreibung der kalkulatorischen Auslastung von Kurzzeitpflege- und Tagespflegeeinrichtungen auf 80 Prozent.**

Ein Pflegeplatz in einer Kurzzeitpflege- bzw. Tagespflegeeinrichtung müsste jährlich mindestens 13 bis 14 Mal vergeben werden, um eine kalkulatorisch unterstellte Vollauslastung zu erreichen. Dies ist kaum realistisch wie die durchschnittliche Auslastung von ca. 80 Prozent zeigt. Für jeden Pflegebedürftigen sind alle bürokratischen Maßnahmen zu ergreifen, wie sie auch bei einem Pflegebedürftigen der vollstationären Pflege anfallen. Neben der Klärung der Finanzierungsfrage sind dies insbesondere die Erhebung der Biografie und der Gewohnheiten, die Erfassung aller Risikofaktoren und die Erstellung einer Pflegeplanung. Zudem erfordert die stetig neu anfallende Eingewöhnungsphase einen verstärkten Personaleinsatz, der bei Menschen mit einer Demenzerkrankung nochmals zusätzlich gesteigert ist. Darüber hinaus ist aufgrund der hohen Flexibilität dieser Versorgungsformen eine überproportionale „Ausfallquote“ von „Keine Lust“ bis Krankenhausaufenthalt zu verzeichnen. In den Pflegesatzverhandlungen werden i. d. R. die kalkulatorischen Annahmen aus der vollstationären Pflege hinterlegt. Über die finanzielle Steuerung eines angemessenen Entgeltes ließe sich sicherstellen, dass ein ausreichendes bedarfsgerechtes Angebot zur Entlastung der pflegenden Angehörigen vorgehalten wird. **Der Paritätische regt an, nach § 84 Abs. 2 SGB XI einen neuen Absatz 3 einzufügen:**

***„Die Pflegesätze für Leistungen nach § 41 SGB XI (Tagespflege und Nachtpflege) und § 42 SGB XI (Kurzzeitpflege) sind wegen des erhöhten pflegerischen und organisatorischen Aufwandes der Einrichtung auf der Basis einer maximal achtzigprozentigen Auslastung zu kalkulieren.“***

## § 87 SGB XI-PNG i. V. m. § 87a SGB XI-PNG

### Berechnung von Verpflegungsentgelten

#### **Gesetzentwurf**

§ 87 SGB XI soll um die Regelung ergänzt werden, dass Entgelte für Verpflegung nur für Tage berechnet werden dürfen, an denen Verpflegung in Anspruch genommen wurde. Gleichzeitig wird die auf die Verpflegung bezogene Abschlagregelung in § 87a Abs. 1 Satz 7 SGB XI gestrichen.

#### **Bewertung**

Die vorgesehenen Änderungen werden vom Paritätischen als kritisch beurteilt. Zwar beruft sich die Gesetzesbegründung zur Änderung des § 87 SGB XI auf die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs (BGH), lässt dabei aber grundlegende Aussagen des BGH sowie die in der Praxis bewährten Entgeltbemessungsgrundsätze des SGB XI außer Acht. Die Entgelte für Verpflegung enthalten neben den Sachkosten auch Personalkosten. Bei einer Nicht-Teilnahme an den Mahlzeiten kann nur der Lebensmittelaufwand, nicht aber der Personalaufwand erspart werden. Auch das BGH-Urteil vom 13.12.2007 geht nur von ersparten Lebensmittelaufwendungen als Besonderheit bei den Verpflegungsleistungen aus, insofern als dass sich die Einrichtung beim Einkauf der Lebensmittel „in Zeiten längerer Abwesenheit darauf einstellen kann, dass die Verpflegung nicht abgenommen wird“. Dies ist regelmäßig nicht der Fall, wenn Einzelmahlzeiten in stationären Pflegereinrichtungen kurzfristig abgesagt werden. Auch ist zu hinterfragen, wie in diesem Zusammenhang die Vorhaltungspflicht von Getränken für die Bewohner/-innen im Verhältnis zu den tatsächlich konsumierten Getränken zu bewerten ist. Die kontinuierlichen Bemühungen der Pflegeeinrichtungen um das Angebot einer ausgewogenen Ernährung und notwendige Flüssigkeitszufuhr werden mit dem in dieser Regelung verbundenen finanziellen Anreiz ad absurdum geführt. **Die Änderungen der §§ 87 und 87a SGB XI-PNG sind ersatzlos zu streichen.**

## § 87b SGB XI-PNG

### Vergütungszuschläge für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf

#### **Gesetzentwurf**

Die gesetzliche Neuregelung sieht vor, die Versorgung der Versicherten mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz in Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege durch die Möglichkeit zu verbessern, auch in diesen Einrichtungen zu Lasten der Pflegeversicherung zusätzliche Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI einzusetzen.

#### **Bewertung**

Nach § 87b SGB XI haben vollstationäre Pflegeeinrichtungen seit 2008 abweichend von den Bemessungsgrundsätzen nach § 84 SGB XI für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung der pflegebedürftigen Bewohner/-innen mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung Anspruch auf Vereinbarung von leis-

tungsgerechten Zuschlägen zur Pflegevergütung. Mit diesen Mitteln können individuelle Betreuungsbedarfe des o. b. Personenkreises abgedeckt werden, die bis zur Einführung der Regelung in den Pflegesätzen nicht enthalten waren. Die zusätzlichen Leistungen führen für die Betroffenen und deren Angehörige zu keinen zusätzlichen Belastungen. Die Leistungsausweitung der Pflegeversicherung für den Personenkreis von Menschen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf hat sich grundsätzlich bewährt. Eine Ausdehnung der Regelung auf alle zugelassenen stationären Pflegeeinrichtungen, indem Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen einbezogen werden, ist von daher nur zu begrüßen. Unabhängig davon ist zu konstatieren, dass der in der gesetzlichen Regelung hinterlegte Betreuungsschlüssel von 1 zu 25 nicht ausreichend ist. **Bis zur Etablierung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs muss weiterhin dem Bedarf nach zusätzlichen Betreuungsleistungen von Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz Rechnung getragen werden. Der Paritätische fordert die Betreuungsleistungen dem tatsächlichen Bedarf anzunähern. In § 87b Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 SGB XI ist der Betreuungsschlüssel für die Vergütungszuschläge nach § 87b Abs. 1 Satz 1 SGB XI auf 1 zu 12 zu erhöhen. Unabhängig davon ist für Einrichtungen der Tagespflege eine verlässliche Berechnungsgrundlage im Gesetz zu verankern, die sicherstellt, dass eine nennenswerte Betreuung von Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz realisiert werden kann.** Ein Betreuungsschlüssel wie in vollstationären Einrichtungen stellt dies aus Sicht des Paritätischen auch mit Blick auf die täglich wechselnden Personengruppen und die Größe der Einrichtungen der Tagespflege nicht sicher. Den Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen muss es ermöglicht werden, ohne großen bürokratischen Aufwand, trotz der fehlenden täglichen „konstanten“ Gruppe der Leistungsberechtigten, eine verlässliche Personalplanung vornehmen zu können.

Darüber hinaus sieht der Paritätische bezogen auf die Vergütungszuschläge für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsaufwand weiteren Regelungsbedarf, zu dem im Folgenden ausgeführt wird:

### **Vergütungszuschläge für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf für Nichtversicherte**

Gemäß § 87 b SGB XI haben Pflegeheime Anspruch auf einen Vergütungszuschlag für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung von Bewohner/-innen mit eingeschränkter Alltagskompetenz im Sinne von § 45 a SGB XI. Diesen Zuschlag trägt allein die Pflegekasse; gem. Abs. 2 dürfen weder "die Heimbewohner noch die Träger der Sozialhilfe mit den Vergütungszuschlägen ganz oder teilweise belastet werden." Das bedeutet, dass Bewohner/-innen, die nicht pflegeversichert sind und bei denen der Sozialhilfeträger die Pflegekosten trägt, nicht in den Genuss der zusätzlichen Betreuungsleistungen kommen können; was den Bewohner/-innen gegenüber auch nur schwer bis gar nicht vermittelbar ist. Von besonderer Brisanz ist das Problem in vollstationären Pflegeeinrichtungen, in denen eine große Anzahl von "jüdischen Flüchtlingen" (früher: Kontingent-Flüchtlinge) lebt. Dieser Personenkreis, der häufig erst in fortgeschrittenem Alter nach Deutschland gekommen ist, konnte schon aufgrund seines Alters nach der Zuwanderung keine eigenen Rentenansprüche er-

wirtschaften und verfügt häufig auch nicht über eine eigenständige Kranken- und Pflegeversicherung. In der Regel werden diesem Personenkreis keine Anrechnungszeiten der Rentenversicherung aus ihrer Tätigkeit in Russland oder der Ukraine anerkannt. Weshalb sie in der Folge dauerhaft Sozialleistungen nach dem SGB XII beziehen und von daher keinen Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen nach § 87b SGB XI haben. Auf die Problematik wurde seitens der Wohlfahrtsverbände bereits mehrfach im Rahmen der Gespräche zu Umsetzung des § 87b SGB XI im BMG hingewiesen. Aus Sicht des Paritätischen bedarf es hier einer gesetzlichen Regelung, die sicherstellt, dass in stationären Pflegeeinrichtungen lebende nichtversicherte Menschen gegenüber in stationären Pflegeeinrichtungen lebenden versicherten Menschen nicht schlechter gestellt werden.

## **§ 89 SGB XI-PNG**

### **Grundsätze für die Vergütungsregelung ambulanter Pflegeleistungen**

#### ***Gesetzentwurf***

Mit der Änderung des § 89 Abs. 1 Satz 3 SGB XI wird klargestellt, dass die Vergütung einem Pflegedienst bei wirtschaftlicher Betriebsführung im Rahmen der Erfüllung seines Versorgungsauftrags auch ermöglicht werden muss, seine Personalaufwendungen zu finanzieren. Weiterhin plant der Gesetzgeber bei der Gestaltung von ambulanten Pflegeleistungen mehr Flexibilität; Versicherten soll es zukünftig möglich sein, pflegerische und betreuende Leistungen sowie Leistungen der hauswirtschaftlichen Versorgung nach Zeitaufwand und unabhängig vom Zeitaufwand nach dem Leistungsinhalt des jeweiligen Pflegeeinsatzes, nach Komplexleistungen und in Einzelfällen auch als Einzelleistung je nach Art und Umfang der Pflegeleistung abzurufen bzw. mit dem ambulanten Dienst vertraglich zu vereinbaren. Die Änderung in § 89 Abs. 3 Satz 1 SGB XI sieht vor, dass für die Zeit ab dem 01.01.2013, die Vertragsparteien immer eine von dem tatsächlichen Zeitaufwand eines Pflegeeinsatzes abhängige Vergütungsregelung treffen. Maßstab der Vergütung soll gemäß der Begründung der tatsächliche Aufwand an Zeit vor Ort sein, Formen der Pauschalierung seien hier unzulässig. Welche Leistungen der Pflegedienst in der vereinbarten Zeit erbringe, obliege der freien Auswahl durch den Pflegebedürftigen.

#### ***Bewertung***

In § 89 Abs. 1 Satz 2 SGB XI wird bezogen auf die Vergütung ambulanter Leistungen auf den Begriff der Leistungsgerechtigkeit abgestellt. Festzustellen ist, dass die Preisfindung mit der Hinterlegung von Punktzahlen und -werten im ambulanten Bereich bei der Umsetzung der Leistungskomplexe recht willkürlich und unterschiedlich erfolgt ist. Auch wurde über die Jahre die Leistungsvergütung bezogen auf die steigenden Qualitäts- und Qualifikationsanforderungen (Umsetzung Expertenstandards, Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI heute Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 SGB XI, ordnungsrechtliche Qualitätsanforderungen, Beratungsleistungen, Dokumentation etc.) nicht angepasst. Über die rein wirtschaftliche Betrachtung hinaus hat die Angemessenheit der Vergütungen auch eine psychologische Komponente. Mit-Ursache des sich verschärfenden Fachkräftemangels ist das Image des Be-

rufs, welches nicht unwesentlich bestimmt wird durch das zu erzielende Einkommen und die sich darin manifestierende Wertschätzung des Berufs. Der Gesetzgeber nimmt nunmehr mit der gesetzlichen Änderung die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts vom 17. Dezember 2009 (Az.: B 3 P 3/08 R) zur ambulanten Pflege auf, in welcher die Zahlung von Tariflöhnen ausdrücklich als wirtschaftliche Betriebsführung bezeichnet wird. Die Klarstellung durch den Gesetzgeber ist zu begrüßen. Mit dieser Klarstellung sollte es möglich sein, zukünftig unnötige Sozialgerichtsverfahren gegen Kostenträger zu vermeiden, die heute noch die Zahlung angemessener Löhne - wobei Tarifbindung bzw. Tariforientierung immer als angemessen zu werten sind - für nicht richtig halten. **Aus Sicht des Paritätischen sind darüber hinaus plausibel kalkulierte, wirtschaftliche Gestehungskosten einschließlich der Kosten für die Qualitäts- und Qualifikationsanforderungen (Umsetzung Expertenstandards, Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 SGB XI, ordnungsrechtliche Qualitätsanforderungen, Beratungsleistungen, Dokumentation etc.) sowie angemessene Zuschläge für Unternehmerrisiko und Eigenkapitalverzinsung von den Kostenträgern zu refinanzieren. Da auch dies von einigen Kostenträgern in Frage gestellt wird, schlägt der Paritätische vor, § 89 Abs. 1 Satz 3 SGB XI entsprechend zu ergänzen. Unabhängig davon fordert der Paritätische weiterhin, den Begriff der Leistungsgerechtigkeit im § 89 Abs. 1 Satz 2 SGB XI bezogen auf die Punktzahl und damit hinsichtlich des jeweiligen leistungsbezogenen zeitlichen Aufwandes zu konkretisieren.**

**Die Forderungen gelten analog für die Leistungen des SGB V z. B. häusliche Krankenpflege, Palliativversorgung oder Haushaltshilfe, durch die erst das ambulante Pflegesetting entsprechend den Bedarfen der Versicherten sicherzustellen ist. Zudem ist eine adäquate Schiedsstellenregelung im SGB V im ambulanten pflegerischen Versorgungsbereich zu implementieren.**

Zur vorgesehenen Flexibilisierung der Leistungen ist festzustellen, dass die Pflegeversicherung durch klar vorgegebene Strukturen gekennzeichnet ist. Differenzierte Lebenslagen lassen sich nur bedingt abbilden. Auch da wo gesetzlich prinzipiell eine Möglichkeit der Differenzierung besteht, wird diese i. d. R. nicht umgesetzt. So sehen die bis dato in § 89 SGB XI festgeschriebenen Grundsätze für die Vergütungsregelung der ambulanten Pflegeleistungen grundsätzlich die Möglichkeit einer differenzierten Vergütung der Pflegeleistungen nach dem dafür erforderlichen Zeitaufwand oder unabhängig vom Zeitaufwand nach dem Leistungsinhalt des jeweiligen Pflegeeinsatzes (Komplexeleistungen), in Ausnahmefällen auch nach Einzelleistungen vor. In der Umsetzung der Regelungen durch die Vertragspartner hat allerdings eine Verengung der Form der Vergütung auf Komplexeleistungen stattgefunden. Damit können die Pflegebedürftigen ihr prinzipielles Wahlrecht nicht ausüben. Auch wird die Verengung der ambulanten Sachleistung auf Leistungskomplexe der Grundpflegerischen und hauswirtschaftlichen Versorgung den individuellen Bedarfen pflegebedürftiger Menschen in ihrer ganz eigenen individuellen Pflegesituation nicht gerecht. Von daher ist die gesetzliche Konkretisierung der Regelung zu begrüßen. Eine Vergütung ambulanter Leistungen nach Zeit eröffnet für die Pflegebedürftigen die Möglichkeit, Leistungen über den Katalog der Komplexeleistungen hinaus sowie Betreuungsleistungen als souveräner Verbraucher selbst zu definieren. **Die Regelung darf aber**

**aus Sicht des Paritätischen 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.**

Weiterhin sieht der Paritätische bezogen auf die Grundsätze für die Vergütungsregelungen von ambulanten Leistungen weiteren Regelungsbedarf, zu dem im Folgenden ausgeführt wird:

### **Konkretisierung der Regelung zum „Poolen“ von Leistungen in der Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen**

Nach § 89 Abs. 3 Satz 2 SGB XI haben die Vergütungen zu berücksichtigen, dass Leistungen von mehreren Pflegebedürftigen gemeinsam abgerufen und in Anspruch genommen werden können; die sich aus einer gemeinsamen Leistungsanspruchnahme ergebenden Zeit- und Kostenersparnisse sollen dem Pflegebedürftigen zugutekommen. Von einzelnen Pflegekassen werden sowohl die Möglichkeit von Synergien bei personenbezogenen grundpflegerischen Leistungen wie Waschen und Baden als auch bei der Erbringung von hauswirtschaftlichen Leistungen wie Reinigung der Wohnung und Kochen in verschiedenen Haushalten an einer Postadresse unterstellt. Aus Sicht des Paritätischen ist davon auszugehen, dass nicht alle personenbezogenen Leistungen, zu denen u. a. die grundpflegerischen Leistungen zählen, gemeinsam abgerufen und in Anspruch genommen werden können. Bei hauswirtschaftlichen Leistungen und Betreuungsleistungen i. S. des § 36 Abs. 1 Satz 5 bis 7 SGB XI lassen sich aus Sicht des Paritätischen nur Synergien ausmachen, wenn die jeweiligen Personen gemeinsam in einem Haushalt leben. Andere Synergien können sich nicht ergeben. **Die Regelung des § 89 Abs. 3 Satz 2 SGB XI ist dahingehend zu konkretisieren, dass personenbezogene Leistungen wie die Grundpflege von einer gemeinsamen Leistungsanspruchnahme ausgeschlossen sind bzw. dass sich diese Regelung ausschließlich auf Leistungen der hauswirtschaftlichen Versorgung und Betreuungsleistungen i. S. des § 36 Abs. 1 Satz 5 bis 7 SGB XI (§ 89 Abs. 3 Satz 3 SGB XI) für Pflegebedürftige in einem gemeinsamen Haushalt bezieht.**

### **§ 113 SGB XI-PNG und Änderungsantrag 2 der Fraktionen CDU/CSU und FDP Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität**

#### ***Gesetzentwurf und Änderungsantrag***

In § 113 Abs. 1 Satz 2 SGB XI-PNG wird eine Klarstellung zum Inkrafttreten der Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität in Zusammenhang mit deren 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.

Weiterhin sieht der Änderungsantrag 2 in § 113 Abs. 1 Ziff. 4 eine Ergänzung vor, welche 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, erweitert. 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**

Die durch die Ergänzung erfolgte Klarstellung zum Inkrafttreten der Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität in Zusammenhang mit deren Veröffentlichung im Bundesanzeiger wird vom Paritätischen begrüßt. Die geplante Neuregelung entspricht dem Vorschlag der Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) zum Entwurf eines „Gesetzes zur Verbesserung der Krankenhaushygiene und zur Änderung weiterer Gesetze“. Konsequenterweise ist auch die Streichung des Datums 31. März 2009. **Vor dem Hintergrund der Komplexität der Vereinbarungen schlägt der Paritätische allerdings vor, den möglichen Zeitraum für die Verhandlungen von sechs Monaten auf zwölf Monate heraufzusetzen.**

Auch wird eine gesetzliche Regelung zur Umsetzung der Ergebnisse des Forschungsprojekts „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ 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. **Zu Klarstellung hält es der Paritätische gemeinsam mit den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege 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.**

### **§ 114 Abs. 1 SGB XI-PNG und § 115 Abs. 1a SGB XI-PNG i. V. m. §§ 87, 87a und 119b Abs. 2 SGB V-PNG**

#### **Mitteilungspflichten der vollstationären Pflegeeinrichtungen über die ärztliche, fachärztliche und zahnärztliche Versorgung sowie die Arzneimittelversorgung**

##### ***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 neu SGB XI 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 Veröffentli-

chungen 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.

Der Paritätischen fordert den Gesetzgeber gemeinsam mit den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege 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 der Paritätische gemeinsam mit den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege die Neuregelungen in den §§ 114 Abs. 1 und 115 Abs. 1b neu SGB XI, 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 Einrich-

tung zugeschrieben, ohne dass sie dies zu verantworten hat. Da der Abschluss von Kooperations-verträgen 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 hält der Paritätische gemeinsam mit den Verbänden 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.

Für ungeeignet erachten wir die Informationspflicht über die Versorgung mit Arzneimitteln. Nach § 12a ApoG sind Verträge zwischen Apotheken und Pflegeheimen verpflichtend vorgeschrieben, wenn eine Apotheke ein Heim mit Arzneimitteln versorgen will. Im Übrigen besteht Wahlfreiheit des Bewohners, seine Medikamente in der Apotheke seiner Wahl zu beziehen. Die Versorgung mit Arzneimitteln ist somit gewährleistet. In diesem Bereich bestehen keine Probleme der Unterversorgung, die durch Qualitätsprüfungen und -berichterstattung verbessert werden könnten.

Zusammenfassend werden die Neuregelungen in § 114 Abs. 1 und § 115 Abs. 1b SGB XI als ungeeignet zur Erreichung des Ziels einer Verbesserung der medizinischen Versorgung pflegebedürftiger Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen angesehen. **Es wird vorgeschlagen, dass der Gesetzgeber anstelle der Regelungen im SGB XI - wie oben vorgeschlagen - entsprechende Regelungen zur Gewährleistung des Sicherstellungsauftrags durch die Kassenärztlichen Vereinigungen im SGB V erlässt. Die Neuregelungen in § 114 Abs. 1 SGB XI sowie § 115 Abs. 1b SGB XI werden gestrichen.**

## § 114 Abs. 3 SGB XI-PNG

### Qualitätsprüfungen – Abstimmung Pflegekassen und Heimaufsicht

#### **Gesetzentwurf**

In der Neufassung des Abs. 3 im § 114 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 pflegfachlichen 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 nach Aussage der 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 des Paritätischen und der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege 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 auf einer anderen Rechtsgrundlage prüfen, nämlich zum einen das Leistungsrecht und zum anderen das Ordnungsrecht. **Insofern ist bei der Vermeidung von Doppelprüfungen darauf abzustellen, dass von den unterschiedlichen Behörden nicht gleiche Inhalte geprüft werden und die jeweiligen Prüfungen ggf. an einem Tag gemeinsam erfolgen. Dies ist aus Sicht des Paritätischen und der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege allerdings in § 117 SGB XI anstatt in d§ 114 SGB XI zu regeln. Die Änderungen in § 114 Abs. 3 SGB XI-PNG sind zu streichen.**

## **§ 114 Abs. 5 SGB XI-PNG**

### **Qualitätsprüfungen – Kosten Wiederholungsprüfungen**

#### **Gesetzentwurf**

Mit dem ergänzenden Satz 4 in § 114 Abs. 5 SGB XI zu den Wiederholungsprüfungen soll klargestellt werden, dass nach § 114 Absatz 5 Satz 2 oder 3 SGB XI lediglich tatsächlich angefallene (veranlasste) 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 das Erstattungsverfahren als auch die Kosten der Wiederholungsprüfungen betreffend, die in einer Bandbreite zwischen ca. 500,00 bis 5.000,00 Euro je Wiederholungsprüfung schwankten. Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund e. V. (MDS) hat die Kosten einer durchschnittlichen Qualitätsprüfung selbst mit 4.500,00 Euro beziffert. Dieser Kostensatz sowie dessen Berechnungsgrundlage können 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 Euro als zu hoch eingestuft. Der Paritätische und die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege vertreten 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 vom Paritätischen gemeinsam mit der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (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. 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. **In § 114 Abs.5 ist 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 Landesverwaltungs-kostengesetz.“***

## **§ 114a Abs. 1 SGB XI-PNG**

### **Durchführung der Qualitätsprüfungen – Ankündigung von Qualitätsprüfungen**

#### **Gesetzentwurf**

Mit den neuen Sätzen 3 und 4 in § 114a Abs. 1 SGB XI wird das Qualitätssicherungsrecht dahingehend modifiziert, dass Ausnahmen vom Grundsatz der unangemeldeten Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung für den ambulanten Bereich ermöglicht werden. Voraussetzung für die kurzfristige Anmeldung zur Qualitätsprüfung am Tag vor der Prüfung in ambulanten Pflegeeinrichtungen ist, dass dies organisatorische Gründe erfordern. Die Gründe sind den Landesverbänden der Pflegekassen mit dem Prüfbericht schriftlich mitzuteilen.

## **Bewertung**

Die gesetzliche Regelung ist grundsätzlich zu begrüßen, nicht zuletzt mit Blick auf die Gleichstellung des Prüfverfahrens, da das nunmehr gesetzlich vorgesehene Vorgehen bereits heute in einigen Ländern durch die Medizinischen Dienste praktiziert wird. Da die gesetzliche Regelung mit dem Begriff „organisatorische Gründe“ unklar gefasst ist, ist davon auszugehen, dass auch in Zukunft in den einzelnen Ländern unterschiedliche Verfahren seitens der Medizinischen Dienste praktiziert werden. Insgesamt bleibt aber kritisch anzumerken, dass mit der Einführung von unangemeldeten Prüfungen durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz die Pflegeeinrichtungen unter dem Generalverdacht „Schlechter Pflege“ stehen. Trägern wird faktisch verwehrt Träger- oder Fachverbandsvertreter zur Prüfung hinzuzuziehen. Pflegeeinrichtungen werden nicht in die Lage versetzt, die Ablauforganisation und die Anwesenheit der erforderlichen personellen Ressourcen sicherzustellen. **Von daher spricht sich der Paritätische dafür aus, im Regelfall sowohl bei ambulanten als auch bei stationären Pflegeeinrichtungen von unangemeldeten Prüfungen abzusehen und die Prüfung in allen Fällen spätestens am Vortag der vorgesehenen Qualitätsprüfung anzumelden.** Durch eine in der Regel angemeldete Prüfung wird das Recht zu jederzeitigen unangemeldeten anlassbezogenen Prüfung nicht eingeschränkt.

## **§ 114a Abs. 3 SGB XI – Änderungsantrag 3 der Fraktionen CDU/CSU und FDP**

### **Durchführung der Qualitätsprüfungen – Berücksichtigung von Befragungen bei Qualitätsprüfungen**

#### **Änderungsantrag**

In § 114a Absatz 3 SGB XI wird nach Satz 2 ein neuer Satz 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 SGB XI sowie bei den Vereinbarungen nach § 115 Absatz 1a SGB XI Berücksichtigung finden. Weiterhin wird der neue Satz 5 neu gefasst. Damit ist geregelt, dass auch die Einsichtnahme in der Pflegedokumentation sowie die damit jeweils zusammenhängende Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten von Pflegebedürftigen zum Zwecke der Erstellung eines Prüfberichtes der Einwilligung der betroffenen Pflegebedürftigen bedürfen.

#### **Bewertung**

Der Paritätische begrüßt gemeinsam mit den Verbänden der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege diesen Änderungsantrag. Durch dieses Vorgehen der sogenannten Daten-Triangulation werden die aus den Inaugenscheinnahmen des pflegebedürftigen Menschen, der Pflegedokumentationen und den Befragungen der Mitarbeiter/innen der Einrichtungen und Dienste, der Heimbewohner/innen beziehungsweise der zu Hause versorgten Pflegebedürftigen sowie der vertretungsbe-

rechtigten 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.

Auch die Neufassung des neuen Satzes 5 ist zu begrüßen. Bis dato war bezogen auf den Umgang mit personenbezogenen Daten im Rahmen der Prüfung eine Einwilligung der betroffenen Pflegebedürftigen nur im Rahmen der Inaugenscheinnahme und der Befragung von Personen gesetzlich geregelt. Nunmehr gilt auch für die Einsichtnahme in die Pflegedokumentation sowie die damit jeweils zusammenhängende Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten von Pflegebedürftigen zum Zwecke der Erstellung eines Prüfberichtes, dass es einer Einwilligung der betroffenen Pflegebedürftigen bedarf.

## **§ 114a Abs. 3a SGB XI-PNG**

### **Durchführung der Qualitätsprüfungen – Einwilligung in Textform**

#### ***Gesetzentwurf***

Mit dem neuen Abs. 3a in § 114a Abs. 3 SGB XI-PNG wird geregelt, dass nach den vorhergehenden Absätzen für das Betreten privater Räume in stationären Pflegeeinrichtungen und der Wohnung ambulant versorgter Pflegebedürftiger sowie die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten von Pflegebedürftigen zum Zwecke der Erstellung eines Prüfberichts eine Einwilligung in Textform erforderlich ist.

#### ***Bewertung***

Bisher bedurfte die Einwilligung regelmäßig der Schriftform (vgl. § 67b Abs. 2 Satz 3 SGB XI). Mit der gesetzlichen Änderung kann die Einwilligung auch in einer Urkunde oder in einer anderen zur dauerhaften Wiedergabe von Schriftzeichen geeigneten Weise abgegeben, die Person des Erklärenden genannt und der Abschluss der Erklärung durch Nachbildung der Namensunterschrift oder anders erkennbar gemacht werden. Damit können Einwilligungen zukünftig auch per E-Mail oder Computerfax erteilt werden. Mit Blick auf die Weiterentwicklung der Kommunikationsmöglichkeiten aufgrund der technischen Entwicklungen erscheint diese gesetzliche Änderung nachvollziehbar begründet.

## § 114a Abs. 7 SGB XI – Nicht im Gesetzentwurf vorgesehen

### Beteiligung der Verbände der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege an den Qualitätsprüfungsrichtlinien - QPR

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. (BAGFW) gewährt, aber nicht den einzelnen Bundesverbänden der Freien Wohlfahrtspflege. 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 müssen die in der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege vertretenen Bundesverbände der Freien Wohlfahrtspflege den Bundesverbänden der gewerblichen 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 § 114a SGB XI bei der Gleichstellung der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. mit den einzelnen Bundesverbänden der gewerblichen Anbieter. Der Paritätische fordert daher gemeinsam mit den anderen Bundesverbänden der Freien Wohlfahrtspflege den Gesetzgeber auf, die Regelung in § 114a Abs. 7 SGB XI der Wirklichkeit anzupassen und statt von der „Bundesarbeitsgemeinschaft“ der Freien Wohlfahrtspflege von den „Bundesverbänden“ der Freien Wohlfahrtspflege zu sprechen. **§ 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.“**

## § 115 Abs. 1a SGB XI-PNG i. V. m. § 114 Abs. 1 SGB XI-PNG

### Ergebnisse von Qualitätsprüfungen – Veröffentlichung

#### **Gesetzentwurf**

Mit der Änderung der §§ 114 Abs.1, 115 Abs. 1a SGB XI sowie der §§ 87, 87a 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.

## **Bewertung**

Zu den vorgesehenen zusätzlichen Berichtspflichten wird auf die Ausführungen zu § 114 Abs. 1 SGB XI-PNG verwiesen.

## **§ 117 SGB XI-PNG**

### **Zusammenarbeit mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden**

#### **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. § 117 Abs. 2 SGB XI Satz 1 und 2 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 nach § 114a Abs. 7 SGB XI und den Pflege-Transparenzvereinbarungen nach § 115 Abs. 1a Satz 6 SGB XI abgewichen werden.

#### **Bewertung**

Die Konkretisierungen und Klarstellungen im Abs. 1 des § 117 SGB XI, wonach die unterschiedlichen Prüfinstitutionen durch nun regelmäßige Information und Beratung ihre Aufgaben und entsprechende Vereinbarungen wirksam aufeinander abstimmen sollen, wird begrüßt, da die Prüfinstitutionen gefordert sind, ihre Zusammenarbeit zu intensivieren. Gerade im Hinblick auf die Vermeidung von Mehrfachprüfungen auch teilweise derselben Tatbestände mit unterschiedlicher Bewertung 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. Bleibt zu hoffen, dass die Bundesländer die entsprechenden Landesgesetze anpassen.**

Auch wird die gesetzliche Neuregelung in § 117 Abs. 2 SGB XI zu den Modellvorhaben und die Möglichkeit der Abweichung von den Richtlinien nach § 114 a Abs. 7 SGB XI und nach § 115 Abs. 1a SGB XI vom Paritätischen und den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege begrüßt. Dies weist darauf hin, dass es für diese Grundlagen auch um neue Erkenntniswerte gehen kann, die in späteren Verhandlungen Gegenstand werden können. **Die Verbände der Pflegeeinrichtungen sind deshalb bei derartigen Modellvorhaben zu beteiligen. § 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.“

## § 118 SGB XI-PNG

### Beteiligung von Interessenvertretungen, Verordnungsermächtigung

#### **Gesetzentwurf**

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe pflegebedürftiger Menschen und Menschen mit Behinderung an den Beratungen bei der Erarbeitung oder Änderung von Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen beteiligt werden.

#### **Bewertung**

Die Beteiligung und die Beteiligungsform von Interessensvertretungen waren im SGB XI bisher uneinheitlich geregelt und gingen über ein so genanntes qualifiziertes Beteiligungsverfahren nicht hinaus. Der Paritätische 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. **Hierbei sollten aber bereits bestehende Regelungen im SGB V hinsichtlich des Antrags- und Mitberatungsrechtes sowie die Unterstützungsverpflichtung der Ausschüsse als auch Regelungen zu Reisekosten- und Verdienstaufstatterstattung für die Vertreter/-innen der Interessenvertretungen aufgenommen werden.**

## § 120 SGB XI-PNG

### Pflegevertrag

#### **Gesetzentwurf**

In § 120 Abs. 2 SGB XI wird mit der Neuformulierung des Satzes 2 die Regelung eingeführt, dass Pflegeverträge von den Pflegebedürftigen jederzeit ohne Einhaltung einer Frist gekündigt werden können.

Mit der Änderung des Abs. 3 im § 120 SGB XI soll die Verpflichtung der Vertragsparteien zur Vereinbarung von zeitaufwandsabhängigen und zeitaufwandsunabhängigen Vergütungen in § 89 SGB XI-PNG auf die Vertragsebene zwischen ambulantem Pflegedienst und Pflegebedürftige runtergebrochen werden. In dem Pflegevertrag

sind gemäß des neuen Abs. 3 in § 120 SGB XI-PNG zukünftig nicht nur Art, Inhalt und Umfang der Leistungen zu beschreiben, sondern auch gesondert die dafür mit den Kostenträgern nach § 89 SGB XI 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 Präzisierung in § 120 Abs. 2 SGB XI-PNG greift die Entscheidung des Bundesgerichtshofs vom 09.06.2011 (Az. III ZR 203/10) auf und dient hinsichtlich zugelassener Pflegedienste der Rechtssicherheit.

Die Verpflichtung der Vertragsparteien nach § 89 Abs. 3 SGB XI-PNG, neben vom Zeitaufwand unabhängigen Vergütungen generell auch vom Zeitaufwand abhängige Vergütungen zu vereinbaren, dient der Stärkung der Wahlmöglichkeiten Pflegebedürftiger. 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 ist vom Ansatz her zu begrüßen. Aus Sicht des Paritätischen ist die Neuregelung in § 120 Abs. 3 SGB XI-PNG aber nicht umsetzbar; für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen wird die Wahl der Leistungen und der Vertragsabschluss noch unübersichtlicher als er heute schon erscheint, auch führt sie zu einem unangemessen hohen Erfüllungsaufwand. Für die Pflegebedürftigen ist wesentlich, dass der ambulante Pflegedienst vor Vertragsabschluss und bei jeder wesentlichen Änderung des Vertrages über die Möglichkeiten der Zeitvergütungen und der vom Zeitaufwand unabhängig vereinbarten Vergütungen für jede Leistung oder jede Komplexleistung informiert, berät und auf der Grundlage der Beratung ein angemessenes schriftliches Angebot auf der Grundlage der Vergütungsvereinbarungen nach § 89 SGB XI unterbreitet. **Der Paritätische schlägt insofern vor, den § 120 Abs. 3 SGB XI wie folgt zu fassen:**

***„In dem Pflegevertrag sind wenigstens Art, Inhalt und Umfang der Leistungen einschließlich der dafür mit den Kostenträgern nach § 89 vereinbarten Zeitvergütungen und der vom Zeitaufwand unabhängig 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 ein angemessenes schriftliches Angebot auf der Grundlage der entsprechenden Regelungen in den Leistungskatalogen zu unterbreiten.“***

## § 123 SGB XI-PNG

### Verbesserte Pflegeleistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz als Übergangsregelung

#### **Gesetzentwurf**

Mit dieser Regelung werden für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (§ 45a SGB XI) neben den Leistungen des § 45b SGB XI bis zur Leistungsgewährung aufgrund eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines entsprechenden Begutachtungsverfahrens Leistungsverbesserungen eingeführt. Versicherte mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz in den Pflegestufen 1 und 2 erhalten jeweils einen Aufschlag beim Pflegegeld oder den Pflegesachleistungen, Versicherte ohne Pflegestufe haben zusätzlich zu niedrigschwelligen Angeboten nach § 45b SGB XI Anspruch auf Pflegegeld (§ 37 SGB XI), Pflegesachleistungen (§ 36 SGB XI) oder Kombinationsleistungen (§38 SGB XI) sowie Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI), Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (§ 40 SGB XI). Gleichzeitig werden die Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI, die bisher auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung beschränkt sind, für Betreuungsleistungen geöffnet, was laut Gesetzesbegründung vor allem diesem Personenkreis zugutekommen wird.

#### **Bewertung**

Die Leistungsverbesserungen für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz sind grundsätzlich zu begrüßen, sind jedoch aus Sicht des Paritätischen weit entfernt von einer qualitativen Strukturreform zur Verbesserung der Situation pflegebedürftiger Menschen und deren Angehörigen. Durch die im Gesetzentwurf angekündigten Maßnahmen wird die Zersplitterung der Regelungen der Pflegeversicherung fortgeführt, diese werden für pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige zunehmend immer unübersichtlicher. Insbesondere mit den vorgesehenen marginalen Verbesserungen für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz ohne Pflegestufe wird von dem Grundproblem des fachlich veralteten und zu engen Pflegebedürftigkeitsbegriffs abgelenkt. Eine klare systematische Zusammenführung hin zu einer zukunftsweisenden Pflegepolitik, die zugleich Antworten auf die zukünftigen Herausforderungen durch den demografischen Wandel gibt – bessere Versorgung für Menschen mit Demenz, stärkere Vernetzung mit den kommunalen Strukturen, Flexibilisierung der Leistungsformen, langfristige nachhaltige Finanzreform - bleibt durch die Nichteinführung des im Einzelnen ausgearbeiteten neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs aus. An der grundsätzlichen Benachteiligung von Menschen mit Demenz und deren Angehörige im System der Pflegeversicherung ändern die Pflegereformpläne nichts. Die Chance, Menschen mit Demenz bzw. mit einem erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf über den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff sinnvoll in das Gesamtsystem zu integrieren, wird mit dem vorliegenden Gesetzentwurf verpasst. **Der Paritätische fordert den Gesetzgeber auf, die gleichberechtigte Berücksichtigung körperlicher, kognitiver, psychischer und sozialer Aspekte des Lebens - wie es der vom Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs vorgeschlagene neue Pflegebedürftigkeitsbegriff vorsieht - noch in dieser Legislaturperiode in die Bestimmung des Begriffes der Pflege-**

**bedürftigkeit (§ 14 SGB XI) aufzunehmen. Bei der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit ist für die Erfassung des Hilfebedarfs körperlicher, kognitiver, psychischer und sozialer Aspekte des Lebens das Neue Begutachtungsassessment (NBA) zugrunde zu legen. Darüber hinaus sind differenzierte Leistungsstrukturen zu etablieren, die auf dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff aufbauen.**

Ungeachtet von der hier vorgetragenen systemischen Kritik des Paritätischen ist bezogen auf die hier vorgesehenen Leistungsverbesserungen zu fragen, warum diese ausschließlich für Pflegebedürftige in häuslicher Pflege gelten sollen. Auch wenn die stationäre Pflege bereits heute die soziale Betreuung mit einschließt (§ 82 Absatz 1 Satz 3 SGB XI) und darüber hinaus künftig bei allen Formen stationärer Pflege zusätzliche Betreuungskräfte (§ 87b SGB XI) zu Lasten der Pflegekassen eingesetzt werden können, kann man auch in diesem Bereich nicht von einer ausreichenden Berücksichtigung der individuellen Betreuungsbedarfe von Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz sprechen. Die Kritik des Ausschlusses von den Leistungsverbesserungen gilt auch für alle Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz in der Pflegestufe III und sogenannten Härtefällen.

Seitens des Paritätischen wird davon ausgegangen, dass angesichts der Zielsetzungen, mit den Leistungen des SGB XI den Hilfe- und Betreuungsbedarf von Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz aufzugreifen sowie pflegende Angehörige verstärkt zu unterstützen bzw. zu entlasten, die nach § 123 Absätze 3 und 4 SGB XI erhöhten Sachleistungsbeträge auch im Rahmen der Kombination von Sachleistungen nach § 36 SGB XI mit der Inanspruchnahme von teilstationärer Pflege nach § 41 Abs. 4 SGB XI Berücksichtigung finden. § 41 Abs. 4 SGB XI ermöglicht Pflegebedürftigen, neben ambulanten Pflegesachleistungen auch teilstationäre Leistungen in Anspruch zu nehmen; Pflegekassen übernehmen in diesen Fällen Aufwendungen in Höhe von bis zu 150 Prozent des auf die jeweilige Pflegestufe entfallenden Höchstbetrages für ambulante Pflegesachleistungen. Mit der gesetzlichen Regelung des § 123 SGB XI-PNG gelten bei erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz erhöhte Höchstbeträge für ambulante Pflegesachleistungen, dem steht der Verweis in § 41 Abs. 4 SGB XI auf die „in § 36 Abs. 3 und 4“ genannten und nicht für in der Alltagskompetenz eingeschränkten Personen geltenden Höchstbeträge gegenüber. **Hier ist klarzustellen, auf welcher Basis die Berechnung des 150prozentigen Betrages erfolgen soll. Weiterhin regt der Paritätische bezogen auf die für Versicherte der sogenannten Pflegestufe 0 mit eingeschränkter Alltagskompetenz eingeführten Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI an, auch hier die Möglichkeit zu eröffnen, die Beträge für Leistungen der Tages- und Nachtpflege sowie der Kurzzeitpflege im Sinne des § 45b Abs. 1 SGB XI zu verwenden. Prinzipiell ist in diesem Zusammenhang zu überlegen, den leistungsberechtigten Personen zu ermöglichen, die zusätzlichen Beträge auch für niedrigschwellige Betreuungsangebote nach § 45b SGB XI einzusetzen.**

## § 124 SGB XI-PNG

### Übergangsregelung: häusliche Betreuung

#### **Gesetzentwurf**

Bis zum Inkrafttreten eines Gesetzes, das die Leistungsgewährung aufgrund eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines entsprechenden Begutachtungsverfahrens regelt, sollen Pflegebedürftige der Pflegestufen I bis III sowie Versicherte, die wegen erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz die Voraussetzungen des § 45a erfüllen, nach § 36 und § 123 SGB XI einen Anspruch auf häusliche Betreuung haben. Der Anspruch auf häusliche Betreuung setzt voraus, dass die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung im Einzelfall sichergestellt sind. Für die häusliche Betreuung gelten nach § 124 Abs. 4 SGB XI-PNG die gleichen vertrags- und vergütungsrechtlichen Bestimmungen sowie Anforderungen an die Qualitätssicherung und Qualitätsprüfung wie für die Leistungserbringung von Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI.

#### **Bewertung**

Mit dem in § 124 Abs. 1 SGB XI-PNG als Übergangsregelung gesetzlich verankerten Anspruch auf häusliche Betreuung schafft der Gesetzgeber der Art nach einen Sachleistungsanspruch nach § 36 SGB XI, ohne eine Änderung des § 36 SGB XI vorzunehmen. Damit hat der Anspruch auf die Sachleistung nach § 36 in dem Übergangszeitraum rechtlich zwei Grundlagen – den § 36 SGB XI und den § 124 SGB XI-PNG – die durch den Anspruch in § 123 SGB XI-PNG noch in der Höhe ergänzt werden. Der Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI bleibt bestehen. Auch wenn in § 124 Abs. 2 SGB XI-PNG eine Definition der häuslichen Betreuung nach dem SGB XI vorgenommen wird, ergeben sich mit der gesetzlichen Neuregelung aus Sicht des Paritätischen auch weiterhin neben den bereits heute bestehenden Abgrenzungsproblemen, insbesondere zwischen dem SGB XI und dem SGB XII neue Abgrenzungsprobleme, nicht zuletzt vor dem Hintergrund des mit Blick auf die kognitiven, psychischen und sozialen Aspekte des Lebens nicht neu formulierten Pflegebedürftigkeitsbegriffs einschließlich der Erfassung des entsprechenden Hilfebedarfs auf der Grundlage des neuen Begutachtungsassessments. Hier wird es letztlich den Vertragsparteien auf Landesebene überlassen, die pflegerischen Betreuungsmaßnahmen in den Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI und in Folge in den Versorgungsverträgen nach § 72 SGB XI sowie den Vergütungsvereinbarungen nach § 89 SGB XI auszugestalten. **Damit findet nach wie vor eine Verschiebung der leistungsrechtlichen Klärung auf eine untergesetzliche Ebene statt; dies ist abzulehnen.**

Es ist weiterhin zu befürchten, dass aufgrund der in § 124 Abs. 2 SGB XI-PNG vorgeschlagenen Definition, Leistungen der häuslichen Betreuung nach § 124 SGB XI-PNG und die Teilhabeleistungen nach dem SGB XII und SGB IX in vielen Fällen leistungsrechtlich als kongruent bzw. zweckidentisch bewertet werden, was im Ergebnis zur Ersetzung von ambulanten Wohnhilfen und außerhäuslichen Leistungen der Eingliederungshilfe durch häusliche Betreuungsleistungen nach §124 SGB XI-PNG führen würde. Damit würde der heute geltende additive Leistungsansatz ins Gegenteil verkehrt; die umfänglichen Pflegeleistungen würden dann mit entsprechenden

Leistungs- und Kostenverschiebungen ggf. nur noch durch Eingliederungshilfe aufgestockt werden. **Insofern bedarf es aus Sicht des Paritätischen zur Vorbeugung von Schnittstellenproblemen zwischen den Trägern der Eingliederungshilfe und den Trägern der Pflegeversicherung zu Lasten der Versicherten einer Präzisierung bzw. Konkretisierung der Definition der häuslichen Betreuung im Gesetzestext.**

Auch besteht eine Einschränkung der freien Wahl im Bereich der häuslichen Versorgung insofern, als das nach § 124 Abs. 3 SGB XI-PNG gewährleistet sein muss, dass die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung sichergestellt sind. Diesen Leistungen ist entsprechend der gesetzlichen Regelung Vorrang einzuräumen. Für ambulante Pflegedienste besteht gemäß § 120 Absatz 1 Satz 2 SGB XI die Verpflichtung, jede wesentliche Veränderung des Zustands des Pflegebedürftigen unverzüglich der zuständigen Pflegekasse mitzuteilen. Das beinhaltet auch – so die Begründung zu der Neuregelung im Gesetzentwurf – eine Mitteilungspflicht, wenn sich der Zustand des Pflegebedürftigen, etwa durch eine defizitäre Grundpflege, wesentlich verschlechtert hat. Damit wird dem Pflegedienst abverlangt, über die Qualität der informellen Pflege zu urteilen. Offen bleibt, welche Konsequenzen sich ggf. für den Pflegebedürftigen in Bezug auf das von ihm frei auszuübende Wahlrecht ergeben. Im Ergebnis hat der Pflegedienst den Konflikt zwischen dem Wunsch des Pflegebedürftigen nach häuslicher Betreuung und dem gesetzlich verankerten Vorrang der Sicherstellung der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung im Rahmen des Abschlusses des Pflegevertrages nach § 120 SGB XI auszutragen. **Diese faktische Steuerungsfunktion der Pflegedienste bei der Wahl und Zusammenstellung der Leistungen durch den Pflegebedürftigen wird den Pflegediensten nicht gerecht und ist abzulehnen. Aus Sicht des Paritätischen muss eine Erweiterung der grundpflegerischen und hauswirtschaftlichen Leistungen um Leistungen der Betreuung mit einer nicht nur faktischen sondern auch tatsächlichen Wahlfreiheit verbunden sein. § 124 Abs. 3 SGB XI-PNG ist ersatzlos zu streichen. Das Gleiche gilt im Übrigen auch für die entsprechende Regelung in § 36 Abs. 1 Satz 6 SGB XI. In der Gesamtbetrachtung wiederholt der Paritätische seine Forderung nach der gesetzlichen Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs noch in dieser Legislaturperiode.**

## § 125 SGB XI-PNG

### Modellvorhaben zur Erprobung von Leistungen der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste

#### *Gesetzentwurf*

Mit dem neuen § 125 SGB XI-PNG soll Diensten im Rahmen modellhafter Zulassung ermöglicht werden, sich auf Leistungen der häuslichen Betreuung, gemäß Gesetzesbegründung insbesondere für demenziell erkrankte Pflegebedürftige, zu konzentrieren. Neben den Leistungen der häuslichen Betreuung sollen diese sogenannten Betreuungsdienste hauswirtschaftliche Versorgung anbieten können, wenn Pflegebedürftige dies wünschen. Die Modellvorhaben sind längsten auf drei Jahre zu befristeten, die Verlängerung der Zulassung der Betreuungsdienste bis zwei Jahre nach En-

de des Modellprogramms soll gemäß der Gesetzesbegründung „einen reibungslosen Übergang in die gegebenenfalls im Lichte der Ergebnisse gesetzlich zu regelnde Zulassung von Betreuungsdiensten zur Regelversorgung gewährleisten“. Durch die Namenszusätze wie „Betreuungsdienst“ soll die notwendige Orientierung und Transparenz zur Abgrenzung ambulanter Pflegedienste nach § 71 SGB XI und Betreuungsdienste nach § 125 SGB XI-PNG sichergestellt werden.

### ***Bewertung***

Die Betreuung von Menschen mit Demenz bzw. von Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz ist im Alltag eng verknüpft mit grundpflegerischen Bedürfnissen und Leistungen. Betreuung ist ein Teil pflegerischer Versorgung. Eine Herauslösung der Betreuung aus der Tätigkeit der Pflege in neu geschaffene so genannte Betreuungsdienste im ambulanten Bereich führt aus Sicht des Paritätischen zu einer weiteren Einengung der Anforderungen und damit der Attraktivität des Berufes Pflege. Auch ergeben sich Probleme bezüglich der Ersetzung der verantwortlichen Pflegefachkraft durch eine „qualifizierte, fachlich geeignete und zuverlässige Kraft mit zweijähriger Berufserfahrung im erlernten Beruf“ für diese Dienste. Aus dem Gesetzestext ist nicht erkennbar, welche Berufe hierunter fallen sollen, eine beispielhafte Aufzählung in der Gesetzesbegründung ist auch im Vergleich mit der gesetzlichen Regelung des § 71 Abs. 2 SGB XI nicht ausreichend. **Der Paritätische sieht insgesamt keine Veranlassung, zwischen den bereits existierenden niedrigschwelligen Betreuungsangeboten sowie den ambulanten Pflegediensten ambulante Dienste mit ausschließlichem Leistungsprofil der häuslichen Betreuung und hauswirtschaftlichen Versorgung einzuführen und lehnt insofern den im Gesetzentwurf vorgesehenen neuen § 125 SGB XXI-PNG.**

## **Artikel 2 – Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

### **§ 23 SGB V-PNG**

#### **Medizinische Vorsorgeleistungen**

##### ***Gesetzentwurf***

Mit der Änderung in § 23 Abs. 5 Satz 1 SGB V werden die Krankenkassen verpflichtet, bei Antragstellungen für medizinische Maßnahmen zur Vorsorge die besonderen Belange pflegender Angehöriger zu berücksichtigen. Damit soll der bereits jetzt bestehende Anspruch auf medizinische Vorsorge verstärkt werden und den besonderen Belastungen und der gesundheitlichen Situation pflegender Angehöriger Rechnung getragen werden.

##### ***Bewertung***

Der Paritätische hat sich seit Jahren dafür eingesetzt, dass für Pflegepersonen, die aufgrund ihrer Pfl egetätigkeit stark erschöpft sind, Gesundheitsstörungen oder Er-

krankungen 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 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. Es ist jedoch sinnvoll, diesen Anspruch im Gesetz stärker auszugestalten. Pflegende Angehörige sind häufig rund um die Uhr über mehrere Jahre mit der Pflege Tätigkeit befasst. Deshalb ist ihnen die Inanspruchnahme der kurativen Versorgung nur eingeschränkt möglich. Analog der Regelungen zur medizinischen Vorsorge für Mütter und Väter nach § 24 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 Vorsorgemaßnahme medizinisch notwendig und kann das mit der Maßnahme angestrebte Ziel nicht mit anderen ggf. wirtschaftlicheren Maßnahmen erreicht werden (§ 12 SGB V), 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 SGB V) in Anspruch genommen werden können. Im Rahmen der Angebote in Einrichtungen des Müttergenesungswerkes (Vorsorgeeinrichtungen für Mutter-Vater-Kind Maßnahmen) gibt es umfangreiche Erfahrungen mit spezifischen Gesundheitsmaßnahmen für pflegende Frauen. **§ 23 Absatz 5 Satz 1 SGB V neu sollte entsprechend wie folgt formuliert werden:**

**„Die Krankenkasse bestimmt nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen nach Absatz 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 Absatz 4 Satz 1 Halbsatz 1 nicht, diese Maßnahmen können in Einrichtungen mit einem Versorgungsvertrag nach § 111 oder § 111 a SGB V in Anspruch genommen werden.“**

## **§ 33 SGB V – Änderungsantrag 4 der Fraktionen CDU/CSU und FDP**

### **Hilfsmittel**

#### **Gesetzentwurf**

In dem neuen nach § 33 Abs. 5 SGB V eingefügten Abs. 5a wird mit Satz 1 eingeführt, dass eine vertragsärztliche Verordnung von Hilfsmitteln nur im Falle einer medizinisch gebotenen erstmaligen oder erneuten ärztlichen Diagnose oder Therapieentscheidung erforderlich sein soll. Nach Satz 2 können die Krankenkassen eine ver-

tragsärztliche Verordnung als Voraussetzung für die Kostenübernahme verlangen, soweit sie auf die Genehmigung der beantragten Hilfsmittelversorgung verzichtet haben.

### **Bewertung**

Die Regelung soll die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, wonach die Gewährung eines Hilfsmittels nicht grundsätzlich an die Verordnung durch einen Vertragsarzt gebunden ist, gesetzlich verankern. Vor dem Hintergrund der sich mit der gesetzlichen Regelung ergebenden Möglichkeiten einer Vereinfachung von Versorgungsprozessen im Sinne der Versicherten ist diese Regelung grundsätzlich zu begrüßen. Der Paritätische geht allerdings davon aus, dass sich aufgrund der sehr unspezifischen gesetzlichen Regelung viele Umsetzungsprobleme ergeben werden. Insofern wird eine Präzisierung der gesetzlichen Regelung vorgeschlagen, die klarstellt, dass bei Hilfsmitteln im Rahmen einer langfristigen Versorgung auf die Vorlage einer ärztlichen Verordnung verzichtet werden kann bzw. es dem Arzt erlaubt, längerfristige Verordnung auszustellen.

## **§ 40 SGB V-PNG**

### **Leistungen zur medizinischen Rehabilitation**

#### **Gesetzentwurf**

Mit der Änderung in § 40 Abs. 3 Satz 1 SGBV werden die Krankenkassen verpflichtet, bei Antragstellungen für medizinische Maßnahmen zur Rehabilitation die besonderen Belange pflegender Angehöriger zu berücksichtigen. Damit soll der bereits jetzt bestehende Anspruch auf Rehabilitation verstärkt werden und den besonderen Belastungen und der gesundheitlichen Situation pflegender Angehöriger Rechnung getragen werden.

#### **Bewertung**

Der Paritätische hat sich seit 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 § 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 Rehabilitation nach § 40 SGBV. Es ist jedoch sinnvoll, diesen Anspruch im Gesetz stärker auszugestalten. Pflegenden Angehörigen 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 Rehabilitation für Mütter und Väter nach § 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 Rehabilitationsmaßnahme medizinisch notwendig, und kann das mit der Maßnahme angestrebte Ziel nicht mit anderen, ggf. wirtschaftlicheren Maßnahmen er-

reicht werden (§ 12 SGB V), 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 SGB V) in Anspruch genommen werden können. Im Rahmen der Angebote in Einrichtungen des Müttergenesungswerkes (Rehabilitationseinrichtungen für Mutter-Vater-Kind Maßnahmen) gibt es umfangreiche Erfahrungen mit spezifischen Gesundheitsmaßnahmen für pflegende Frauen. **§ 40 Absatz 3 S. 1 SGB V sollte wie folgt gefasst werden:**

**„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 Absatz 2 Satz 1 Halbsatz 1 nicht, die Maßnahmen können in Einrichtungen mit einem Versorgungsvertrag nach § 111 oder § 111 a SGB V in Anspruch genommen werden.“**

## **§§ 87, 87a und 119b SGB V-PNG**

**Bundemanteltarif, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte; Gebührenordnung; ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen**

### **Gesetzentwurf**

Mit der Änderung der §§ 87, 87a und 119b SGB V sowie der §§ 114 Abs.1 und 115 Abs. 1a SGB XI verfolgt der Gesetzgeber das Ziel, die ärztliche, fachärztliche und zahnärztliche Versorgung sowie die Arzneimittelversorgung von Bewohner/-innen stationärer Pflegeeinrichtungen zu verbessern. Die Kassenärztliche Vereinigung hat auf Antrag der Pflegeeinrichtung zur Sicherstellung einer ausreichenden ärztlichen Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in der Pflegeeinrichtung entsprechende Verträge zu vermitteln. Als Anreiz für die Ärzte werden in den §§ 87 und 87b SGB V Mechanismen zusätzlicher Vergütungen/Zuschläge ausschließlich für nach § 119b Abs. 1 SGB V erbrachte Leistungen bzw. Koordinierungsleistungen implementiert. Die Anforderungen an eine kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen sollen von den Vertragsparteien der Verträge nach § 82 Abs. 1 und § 87 Abs. 1 SGB V im Benehmen mit den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene sowie den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene vereinbart werden.

## **Bewertung**

Ein möglichst langes selbstbestimmtes Leben im Alter kann nur gelingen, wenn neben dem erforderlichen Maß an Pflege und Unterstützung im Alltag auch eine ausreichende ärztliche Versorgung sichergestellt ist, die sowohl präventiv als auch im akuten Krankheitsfall verlässlich wirkt. Es ist belegt, dass die ärztliche Versorgung von zu Hause und von in stationären Pflegeeinrichtungen lebenden pflegebedürftigen Menschen defizitär ist. Diese Versorgungsdefizite werden zu Unrecht häufig den Pflegediensten und -einrichtungen angelastet. Hier besteht aus Sicht des Paritätischen dringender Handlungsbedarf. Zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung, wie sie in § 75 SGB V postuliert ist, gehört aus Sicht des Paritätischen auch die ärztliche Versorgung von immobilen Versicherten in ihrer eigenen Häuslichkeit sowie von Versicherten in Pflegeeinrichtungen. Mit dem § 119 b SGB XI wurde stationären Pflegeeinrichtungen 2008 die Möglichkeit eröffnet, Kooperationsverträge mit dafür geeigneten vertragsärztlichen Leistungserbringern zu schließen. Die Kassenärztliche Vereinigung hatte auf Antrag der Pflegeeinrichtung zur Sicherstellung einer ausreichenden ärztlichen Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in der Pflegeeinrichtung entsprechende Verträge anzustreben. Nunmehr sollen diese von der Kassenärztlichen Vereinigung vermittelt werden. Kommt innerhalb einer Frist von sechs Monaten nach Zugang des Antrags der Pflegeeinrichtung kein Vertrag zustande, ist die Pflegeeinrichtung vom Zulassungsausschuss zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten in der Pflegeeinrichtung mit angestellten Ärzten, die in das Arztregister eingetragen sind und geriatrisch fortgebildet sein sollen, zu ermächtigen. Nach drei Jahren der gesetzlichen Regelung des § 119b SGB V ist zu konstatieren, dass diese nicht zu dem gewünschten Ergebnis geführt hat. Auch mit der Neuregelung des § 119b SGB V ist nicht von einer grundsätzlichen Verbesserung der heimärztlichen Versorgung auszugehen. Dies liegt aus Sicht des Paritätischen u. a. daran, dass von der mit dem Paragraphen gesetzlich verankerten vertragsärztlichen Struktur abgewichen wird. Mit Unverständnis wird seitens des Paritätischen wahrgenommen, dass man den Ärzten für eine sich bereits aus dem Sicherstellungsauftrag ergebende Leistung zusätzliche Mittel zur Verfügung stellen möchte, wenn sie über Kooperationsverträge nach § 119b SGB V erbracht werden, eine Vergütung der von den stationären Pflegeeinrichtungen zu erbringenden kooperierenden und koordinierenden Leistungen dagegen nicht vorgesehen ist. Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen sind gefordert, die Ursachen zu analysieren und z. B. mit angemessenen Vergütungen eine adäquate haus-, fach- und zahnärztliche Versorgung sowohl von Bewohner/-innen stationärer Pflegeeinrichtungen als auch immobilen Patient/-innen in ihrer Häuslichkeit sicherzustellen. Dialog, Austausch und Kooperation zwischen Arzt und Pflege müssen zur Selbstverständlichkeit werden. Der Grundstein dafür muss bereits in der ärztlichen Ausbildung gelegt werden. Selbstverständlich ist der entsprechende Aufwand auf beiden Seiten in der Vergütung zu berücksichtigen. **Gesonderte Regelungen, wie sie in den §§ 87 und 87b SGB V ausschließlich im Zusammenhang mit § 119b SGB V für die heimärztliche Versorgung vorgesehen sind, sind abzulehnen.** Sowohl die haus- und fachärztliche als auch die zahnärztliche Versorgung pflegebedürftiger Versicherter in Pflegeeinrichtungen und immobiler Versicherter in ihrer Häuslichkeit sind von der in § 75 SGB V verankerten Sicherstellung der vertragsärzt-

lichen Versorgung umfasst. **Da die Sicherstellung nicht im gegebenen Maße erfolgt, bedarf es aus Sicht des Paritätischen einer gesetzlichen Klarstellung. Der Paritätische schlägt die Aufnahme eines neuen Absatzes in § 75 SGB V vor:**

***„Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben durch geeignete Maßnahmen zu gewährleisten, dass die haus- und fachärztliche sowie zahnärztliche Versorgung immobiler Versicherter in ihrer Häuslichkeit und pflegebedürftiger Versicherter in Pflegeeinrichtungen unabhängig der Regelungen in § 119 b im erforderlichen Umfang sichergestellt ist.“***

Bezogen auf die Problematik der ärztlichen, fachärztlichen und zahnärztlichen Versorgung wird seitens des Paritätischen die verstärkte Einbindung der Pflege für eine bessere flächendeckende wohnortnahe medizinische Versorgung vorgeschlagen. Einzelne Maßnahmen werden im Folgenden beschrieben:

#### **§ 28 Abs. 1 Sätze 3 und 4 SGB V**

##### **Delegation ärztlicher Leistungen**

Behandlungspflegerische Leistungen werden regelmäßig auf ärztliche Verordnung von ambulanten Pflegediensten in der Häuslichkeit der Patient/-innen bzw. auf ärztliche Anordnung in stationären Pflegeeinrichtungen erbracht. Insofern werden in diesem Bereich bereits heute ärztliche Leistungen delegiert. Parallel wurde ungeachtet der bereits bestehenden Möglichkeiten mit Modellvorhaben wie AGnES, VERAH, MoNi & Co der Versuch unternommen, Lücken der ärztlichen Versorgungssituation zu kompensieren. Dies hat, bezogen auf behandlungspflegerische Leistungen, nicht zuletzt auch wegen der restriktiven Vorgaben in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Verordnung häuslicher Krankenpflege zum Aufbau von Doppelstrukturen geführt. Auch werden gemäß § 87 Abs. 2b Satz 5 SGB V ärztlich angeordnete Hilfeleistungen anderer Personen nach § 28 Abs. 1 Satz 2 SGB V, die in der Häuslichkeit der Patienten in Abwesenheit des Arztes erbracht werden, regelmäßig besser vergütet als die von Pflegediensten zu erbringenden behandlungspflegerischen Leistungen. **Der Schaffung von Doppelstrukturen im Gesundheitswesen ist aus Sicht des Paritätischen entgegenzuwirken. Bezogen auf die Regelungen des § 28 Abs. 1 Sätze 3 und 4 SGB V sind nicht zuletzt deshalb auch die Verbände der Leistungserbringer behandlungspflegerischer Leistungen und die Berufsverbände der Pflege einzubinden. Die Vergütung der von den Pflegediensten zu erbringenden behandlungspflegerischen Leistungen ist denen gemäß § 87 Abs. 2b Satz 5 SGB V ärztlich angeordnete Hilfeleistungen anderer Personen nach § 28 Abs. 1 Satz 2 SGB V, die in der Häuslichkeit der Patienten in Abwesenheit des Arztes erbracht werden, anzugleichen.**

## § 37 Abs. 1 SGB V

### Schließung der ambulanten Versorgungslücke

Nach § 37 Abs. 1 Satz 1 SGB V besteht neben der ärztlichen Behandlung Anspruch auf häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, Krankenhausbehandlung durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt werden kann. Für diese Leistungen wurde der Begriff Krankenhausvermeidungspflege geprägt. Anders als bei der sogenannten Sicherungspflege (§ 37 Abs. 2 SGB V) umfasst die häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 Satz 3 SGB V die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung. Diese Bestandteile können entweder zusammen oder einzeln infrage kommen. Im Einzelfall hat sich der Leistungsinhalt nach dem Krankheitsbild sowie dem Hilfebedarf unter Berücksichtigung der verbliebenen Selbsthilfe und verfügbaren Hilfe von Haushaltsangehörigen zu richten.

In den letzten Jahren ist insbesondere zu beobachten, dass sich die Krankenhausaufenthalte zunehmend verkürzen, nicht zuletzt vor dem Hintergrund der rasanten medizinischen und therapeutischen Fortschritte. Aber auch die Einführung der DRG hat zu einer immer früheren Entlassung aus dem Krankenhaus beigetragen. In der Regel bedeutet die Entlassung für den betroffenen Menschen, dass er sich medizinisch nicht mehr in einer gefährdeten Situation befindet und somit aus dieser Sicht ein Krankenhausaufenthalt nicht mehr erforderlich ist (siehe hierzu auch § 39 SGB V i. V. mit den gemeinsamen Empfehlungen zum Prüfverfahren nach § 17c KHG). Unabhängig davon kann bei diesem Personenkreis ein Hilfebedarf bei der Grund- und Behandlungspflege und hauswirtschaftlichen Versorgung bestehen. Hier wäre nun davon auszugehen, dass die Leistungen des § 37 Abs. 1 SGB V greifen sollten. Dem ist in der Praxis nicht so.

Eine vergleichbare Versorgungslücke entsteht auch durch die zunehmende Verlagerung von Krankenhausbehandlung in den ambulanten Bereich. Diese Entwicklung, die im Grundsatz aus Patientensicht sehr zu begrüßen ist, führt in der Praxis dazu, dass Patient/-innen nach ambulanten Operationen nach Hause entlassen werden, sich aufgrund des Eingriffs jedoch nicht selbst pflegen und versorgen können. Vergleichbare Konstellationen treten aufgrund von aufwendigen ambulanten Behandlungen mit erheblichen Nachwirkungen, wie z. B. nach Chemotherapie, auf. Auch in diesem Fall sind die Patient/-innen in der selbstständigen Bewältigung der Alltagserfordernisse sowie in ihrer Selbstpflege erheblich eingeschränkt. Sie bedürfen der Unterstützung durch Leistungen der Grundpflege und/oder hauswirtschaftlichen Versorgung, je nach Einzelfall. Wenn die Versicherten keine entsprechende Unterstützung durch Familienangehörige, Freunde oder Nachbarn haben oder sich den Einkauf entsprechender Dienstleistungen finanziell nicht leisten können, tritt Unterversorgung ein. Diese Situation tritt vor allem bei Menschen, die in Singlehaushalten leben, ein. Betroffen sind auch ältere Menschen in Paarhaushalten, sofern der nicht in Behandlung befindliche Partner die entstandene Lücke aufgrund eigener gesundheitlicher Einschränkungen nicht kompensieren kann. **Der Paritätische schlägt als Lösung eine Erweiterung des § 37 Abs. 1 Satz 1 SGB V (Krankenhausvermeidungspflege) wie folgt vor:**

**„Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen, neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird sowie nach Krankenhausaufenthalt, nach ambulanter Operation oder nach ambulanter Krankenbehandlung, wenn dies für den Heilungs- und Genesungsprozess erforderlich ist. Die häusliche Krankenpflege umfasst die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung; erforderliche grundpflegerische und hauswirtschaftliche Leistungen werden auch ohne behandlungspflegerischen Bedarf gewährt. Die Leistung ist von einem Vertragsarzt oder Krankenhausarzt zu verordnen.“**

## **§ 90a Abs. 1 SGB V**

### **Einbindung der Pflege bei der flächendeckenden bedarfsgerechten wohnortnahen medizinischen Versorgung**

Im Zuge der demographischen Entwicklung ist der Bedarf an medizinischen Leistungen in den vergangenen Jahren stetig gestiegen. Der medizinische Fortschritt hat hierzu ebenfalls beigetragen. Bedauerlicherweise ist festzustellen, dass insbesondere im ländlichen Raum ein zunehmender Mangel an Ärzt/-innen besteht, sowohl im Bereich der Niederlassung als auch in Krankenhäusern. Die demographische Entwicklung wird den Mangel an ärztlichem und pflegerischem Personal weiter vergrößern. Dieser Entwicklung muss durch geeignete Weichenstellungen entgegengewirkt werden. Mit dem zum 01.01.2012 in Kraft getretenen Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen (GKV-Versorgungsstrukturgesetz) verfolgte die Bundesregierung insbesondere die Ziele, auch in der Zukunft eine flächendeckende wohnortnahe medizinische Versorgung sicherzustellen, die vertragsärztliche Versorgung zu flexibilisieren und zu regionalisieren, Innovationen schneller in die Praxis zu überführen sowie durch wettbewerbliche Instrumente die Qualität und Effizienz der medizinischen Versorgung weiter zu erhöhen. Der Paritätische unterstützt diese Zielsetzungen dem Grunde nach, gibt aber zu bedenken, dass eine flächendeckende bedarfsgerechte wohnortnahe medizinische Versorgung eines versorgungspolitischen Gesamtkonzeptes bedarf. Gerade die Pflege könnte aus versorgungspolitischer Sicht einen wesentlichen Beitrag zur Entlastung haus- und fachärztlicher Versorgung leisten. An dieser Stelle sei auf die bereits bestehenden Strukturen der häuslichen sowie der spezialisierten häuslichen Krankenpflege verwiesen. Die Pflege auf den engen Bereich der Delegationsmöglichkeiten zu reduzieren, ist von daher zu kurz gegriffen. **Aus Sicht des Paritätischen sollten insbesondere die Möglichkeiten der häuslichen Krankenpflege in einem versorgungspolitischen Gesamtkonzept aufgegriffen werden. Auch ist die Pflege in die medizinische und sektorübergreifende Versorgung betreffende Gremien wie z. B. das mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz nach § 90 a Abs. 1 SGB V neu geschaffene gemeinsame Lan-**

**desgremium oder den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) einzubinden.** Aus Sicht des Paritätischen betreffen medizinische und sektorenübergreifende Versorgungsfragen nicht nur den Bereich der ärztlichen Versorgung und der Krankenhausversorgung sondern auch die Leistungen sonstiger Leistungserbringer der gesetzlichen Krankenversicherung und Leistungserbringer nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch. Themen, welche diese Leistungsbereiche berühren, sind aus Sicht des Paritätischen u. a. die häusliche Krankenpflege und die ärztliche Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen. Dies sollte in den entsprechenden Gremien, welche Empfehlungen zu medizinischen und sektorenübergreifenden Versorgungsfragen abgeben sollen, abgebildet werden. Folglich sind die maßgeblichen Verbände zu beteiligen.

### **§ 92 Abs. 7 Ziffer 4 SGB V-PNG**

#### **Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses – MRSA als Regelungsgegenstand der HKP-Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V**

##### ***Gesetzentwurf***

Mit der Einfügung der Ziffer 4 in § 92 Abs. 7 SGB V wird festgelegt, dass in den HKP-Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V Näheres zur Verordnung häuslicher Krankenpflege zur Dekolonisation von Trägern mit dem Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus* (MRSA) zu regeln ist.

##### ***Bewertung***

Die gesetzliche Regelung, dass in den HKP-Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V Näheres zur Verordnung häuslicher Krankenpflege zur Dekolonisation von Trägern mit dem Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus* (MRSA) zu regeln ist, wird durch den Paritätischen begrüßt. Damit wird die Möglichkeit eröffnet, eine Dekolonisation von Trägern mit dem Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus* (MRSA) außerhalb von Krankenhäusern in der eigenen Häuslichkeit durchzuführen.

### **§ 132a Abs. 1 SGB V – Änderungsantrag 3 der Fraktionen CDU/CSU und FDP**

#### **Rahmenempfehlung zur Versorgung mit häuslicher Krankenpflege**

##### ***Gesetzentwurf***

Die Soll-Regelung über den Abschluss einer einheitlichen Rahmenempfehlung über die einheitliche Versorgung mit häuslicher Krankenpflege wird in eine Muss-Regelung überführt. Verbunden wird diese Regelung mit der Verpflichtung der Vereinbarungspartner nach § 132a Abs. 1 SGB V, die Rahmenempfehlungen bis zum 01.07.2012 abzugeben. Neu ist, dass sich die Regelungsinhalte auch auf die Inhalte des Datenträgereustausches beziehen können; hier ist die Rahmenempfehlung bei Abweichung von den Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes nach § 302 SGB V vorrangig.

### ***Bewertung***

**Aus Sicht des Paritätischen ist die Fristsetzung 01.07.2013 knapp bemessen. Auch scheint es mit Blick auf die jetzigen Erfahrungen mit den Bundesrahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V notwendig, für diesen Bereich eine Schiedsstellenregelung im Gesetz zu implementieren.** Die Regelung zum Datenträgeraustausch halten wir für sachgerecht; sie kann einen wichtigen Beitrag zur Entbürokratisierung der Abrechnung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege leisten. **Mit Blick auf die Durchsetzungskraft der Rahmenempfehlungen nach § 132 Abs. 1 SGB V in den Verträgen nach § 132a Abs. 2 SGB V regt der Paritätische an, anstelle von Empfehlungen für den Bereich der häuslichen Krankenpflege auf einen Rahmenvertrag auf Bundesebene abzustellen.** Nur so kann ansatzweise sichergestellt werden, dass die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege bundesweit, aber auch in den jeweiligen Bundesländern vergleichbar ist. Unabhängig davon sollten bestehende regionale Unterschiede in der Versorgung mit häuslicher Krankenpflege in Analogie zum Versorgungsstrukturgesetz einem Ausgleich zugeführt werden.

## **Artikel 3 – Änderungen des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch**

### **§ 3 i. V. mit § 166 SGB VI-PNG**

#### **Sonstige Versicherte, Beitragspflichtige Einnahmen sonstiger Versicherter**

##### ***Gesetzesentwurf***

Die Änderungen in § 3 Abs. 1 Ziffer 1a SGB VI-PNG und § 166 SGB V-PNG stellen eine Folgeänderung aufgrund des in § 19 SGB XI geänderten Personenkreises dar.

##### ***Bewertung***

Mit den Änderungen in § 3 Abs. 1 Ziffer 1a SGB VI-PNG und § 166 SGB V-PNG wird sichergestellt, dass der geänderte Personenkreis auch eine rentenrechtliche Anerkennung erfährt. Der Paritätische vertritt in seiner Stellungnahme zu § 19 SGB XI-PNG die Auffassung, dass der Stundenumfang, der für Pflegepersonen zu einer rentenrechtlichen Anerkennung führt von 14 auf 10,5 Stunden abzusinken ist. Entsprechend ist die Regelung in § 3 Abs. 3 Abs. 1 Ziffer 1 anzupassen.

### **III. Verstärkung der Präventions- und Rehabilitationsorientierung bei pflegerischer und medizinischer Versorgung**

Der Gesetzentwurf sieht einige Neuregelungen zur Stärkung der Rehabilitation pflegebedürftiger Menschen vor, welche vom Paritätischen begrüßt werden, aber zu kurz greifen. Im Folgenden beschreibt der Paritätische weitergehende Vorschläge, welche die Präventions- und Rehabilitationsorientierung in der pflegerischen und medizinischen Versorgung stärken:

Um Pflegebedürftigkeit zu verhindern, zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten, müssen die gesetzlich verankerten Ziele in den bestehenden Regelungen der §§ 18 Abs. 6 sowie 31 und 32 SGB XI, Prävention und Rehabilitation Vorrang zu gewähren, nachhaltig verbessert werden. Rehabilitative Leistungen wie die der medizinischen Rehabilitation (§ 40 SGB V) oder ergänzende Leistungen zur Rehabilitation (§ 43 SGB V), aber auch die Frührehabilitation, haben für die Pflegeverringerung eine große Bedeutung. Leistungsträger für die medizinische Rehabilitation ist für Erwerbstätige vorrangig die Gesetzliche Rentenversicherung. Leistungen der medizinischen Rehabilitation für nicht (mehr) Erwerbstätige, also auch ältere Menschen, werden vorrangig durch die Gesetzliche Krankenversicherung erbracht.

Für ältere Menschen hat neben der indikationsspezifischen die geriatrische Rehabilitation die größte Bedeutung, da bei bereits relativ geringfügigen zusätzlichen Gesundheitsstörungen signifikante Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit drohen, die auch das Risiko eines Umzugs in eine stationäre Pflegeeinrichtung erhöhen. Primäres Rehabilitationsziel für ältere Menschen ist die Erreichung einer maximalen Selbstständigkeit im Sinne einer Anpassung an die Umwelt. Medizinische Rehabilitation vor und bei Pflegebedürftigkeit bedeutet daher auch einen Perspektivwechsel weg von einer ausschließlichen Fokussierung auf Körper- und Funktionsstörungen und hin zu den Teilhabechancen der betroffenen pflegebedürftigen Menschen. Bei älteren Menschen geht es hier vorrangig um den Erhalt oder die Steigerung der Autonomie und der selbstständigen Lebensführung.

Trotz des gesetzlich festgelegten Vorrangs ambulanter Leistungserbringung findet die medizinische Rehabilitation immer noch vorrangig im stationären Bereich statt. Für ältere Menschen hat die mobile (geriatrische) Rehabilitation, auf die seit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz ein Rechtsanspruch besteht, eine besondere Bedeutung. Mobile Rehabilitation ist nach dem Gesetzeswortlaut zu leisten, wenn dies für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten mit medizinischen Leistungen ambulanter Rehabilitation erforderlich ist (§ 40 Abs. 1 S. 1 SGB V). Gegenwärtig fehlt es insbesondere an einem hinreichenden Angebot zur ambulanten und mobilen medizinischen Rehabilitation durch wohnortnahe Einrichtungen (durch ein ärztlich geleitetes, interdisziplinäres Team in der häuslichen Umgebung der Patient/-innen); der Ausbau erfolgt nur schleppend.

Das Antragsverfahren in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung wird von den Vertragsärzt/-innen als aufwendig empfunden. Nicht bewährt hat sich hier insbesondere das mehrstufige Verfahren (Antrag auf Zuständigkeitsklärung und Antrag auf

Rehabilitation i.e.S.), das die Verwendung zweier relativ ähnlicher und aufwendig auszufüllender Formulare (Muster 60 und Muster 61) beinhaltet. **Zum Abbau bürokratischer Hürden ist es notwendig, das zweistufige Antragsverfahren so weiterzuentwickeln, dass es nur noch eine Stufe hat und Doppeltangaben (z. B. in den Formularen 60 und 61) vermieden werden.**

**Rehabilitationsleistungen sollten vorrangig ambulant (insbesondere mit Blick auf den Personenkreis mobil in der eigenen Häuslichkeit) oder stationär erbracht werden; sie sind auch in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 72 Abs. 1 SGB XI zu erbringen (§ 40 Abs. 1 S. 2 SGB V).**

**Der Anspruch auf mobile Rehabilitation ist in § 40 Abs. 1 S. 1 SGB V dahingehend zu konkretisieren, dass diese Form der Leistungserbringung immer dann zu gewährleisten ist, wenn sie einen größeren Rehabilitationserfolg (auch bezogen auf geriatrische Rehabilitationsziele, also auch einen verbesserten Autonomieerhalt und dauerhafte Teilhabe und Verbleib in der eigenen Häuslichkeit) verspricht als die ambulante oder stationäre Rehabilitation.**

**Um die rehabilitativen Bedarfe von pflegebedürftigen Menschen zu verwirklichen, ist ein regional abgestimmtes Netz mobiler, ambulanter und stationärer, sozialraumorientierter Rehabilitationsangebote vorzuhalten.**

Um Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit, insbesondere nach Krankenhausaufenthalt, zu verhindern, bietet die Kurzzeitpflege als Zwischenglied zwischen Krankenhaus, Rehabilitationseinrichtung und Häuslichkeit ein besonders großes Potenzial. In ihr und in der teilstationären Pflege liegen auch weitere Potenziale für die Verringerung von Pflegebedürftigkeit, die gegenwärtig nicht hinreichend genutzt werden. **Die Kurzzeitpflege, die als Übergangsvorsorgung eine große Bedeutung hat, ebenso wie die teilstationäre Pflege sind weiter auszubauen. Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation in der Pflege, insbesondere auch in der Kurzzeitpflege/teilstationären Pflege, sind z. B. durch Anreize zur konzeptionellen Weiterentwicklung zu stärken.** Notwendige Leistungen zur medizinischen Rehabilitation müssen bei den betroffenen Personenkreisen in enger Kooperation mit Pflegeeinrichtungen und -diensten erbracht werden (z. B. Langzeitrehabilitation in stationären Pflegeeinrichtungen, aber auch rehabilitative Kurzzeitpflege). **Entsprechend ist Einrichtungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz der Zugang als Vertragspartner für die medizinische Rehabilitation nach dem Krankenversicherungsgesetz und damit als Vertragspartner der Krankenversicherung auch außerhalb der Integrierten Versorgung zu ermöglichen.**

#### IV. Entbürokratisierung in der Pflege

In der Begründung zum Gesetzentwurf des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes wird ausgeführt, dass viele der Maßnahmen dem Abbau der Bürokratie dienen. Dem ist bezogen auf einzelne Maßnahmen zu folgen. Demgegenüber stehen viele gesetzliche Neuregelungen, die einen umfangreichen bürokratischen Aufwand mit sich bringen. Insofern sollten aus Sicht des Paritätischen die gesetzlichen Neuregelungen nochmals bezüglich des damit verbundenen Bürokratieaufwandes überprüft werden. Zum anderen ist zu prüfen, ob es nicht in den vom Pflege-Neuausrichtungsgesetz angesprochenen Gesetzesbüchern weitere Möglichkeiten zum Abbau der Bürokratie in der Pflege gibt, welche im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zu realisieren sind. Im Folgenden werden hierfür vom Paritätischen beispielhaft einige Maßnahmen benannt:

#### Leistungen der Pflege- und Krankenversicherung für Versicherte

Antrags- und Genehmigungsverfahren auf gesetzliche Leistungen im SGB XI und im SGB V stellen insbesondere für die gesetzlich Versicherten, aber auch für die Leistungserbringer hohe bürokratische Hürden dar. Dieses Problemfeld wurde aktuell mit dem Projekt zur Messung des Erfüllungsaufwands „Antragsverfahren auf gesetzliche Leistungen für Pflegebedürftige, chronisch Kranke und akut schwer Kranke“, angesiedelt bei der Geschäftsstelle Bürokratieabbau, aufgegriffen, mit dem Ziel Einspar- und Verbesserungspotenziale aufzudecken. Unabhängig von dem Projekt werden im Folgenden Beispiele für mögliche Entbürokratisierungspotenziale in diesem Bereich dargestellt:

**§ 38 SGB XI:** Bei der Umstellung von Pflegegeld auf Kombinationsleistungen fordern die Pflegekassen von den Pflegediensten eine Information über den zeitlichen Umfang der Sachleistung, um daraus Rückschlüsse zu ziehen, ob und welchen Anspruch die Pflegeperson auf soziale Sicherungsleistungen hat. Die Information, die der Pflegedienst hier geben kann, geht nicht über die Informationen aus der Leistungsabrechnung hinaus und liegt den Kassen damit bereits vor. Darüber hinaus ist dieses Vorgehen der Pflegekassen schon allein aus datenschutzrechtlichen Gründen zu hinterfragen.

**§ 39 SGB XI:** Die Pflegekassen bauen zunehmend hohe bürokratische und sachliche Hürden bei der Inanspruchnahme von Verhinderungspflege auf, wie z.B. die Ablehnung der Abrechnung von Verhinderungspflege nach Stundensätzen bzw. fehlende Anerkennung einer stundenweisen Verhinderung und damit eine ausschließliche Abrechnung nur nach Modulen bzw. Leistungskomplexen. Hier bedarf es einer unbürokratischen Umsetzung der Zielstellung des Gesetzes und dringend einer einheitlichen Praxis.

**§ 45b SGB XI:** Die Pflegekassen geben den Versicherten keine Informationen über den Umfang der bereits abgerechneten Betreuungsleistungen, sodass unklar ist, in welchem Umfang bestehende gesetzliche Ansprüche noch ausgeschöpft werden können bzw. welche Zahlungen ggf. privat zu leisten sind. Im Ergebnis werden Leistungen nicht in Anspruch genommen oder es entsteht im Nachhinein ein hoher Ver-

rechnungsaufwand. Eine regelmäßige Information der Versicherten über den aktuellen Stand der abgerechneten Betreuungsleistungen könnte hier Abhilfe schaffen.

**§§ 37b SGB V, 132d SGB V:** Während der MDK Palliativpflege i.d.R. für einen Monat befürwortet, genehmigen die Krankenkassen diese Leistung i.d.R. für 14 Tage. Aufgrund der dadurch erforderlichen erneuten Einreichung einer ärztlichen Verordnung und der Kopie der Empfehlung des MDK entsteht den Pflegediensten unnötiger bürokratischer Aufwand. Die Krankenkassen sollten daher verpflichtet werden, ihre Genehmigungsfristen mit den Empfehlungen des MDK zu harmonisieren.

**§§ 37 Abs. 2 SGB V, 132a Abs. 2 SGB V:**

- In der Regel wird die Erstverordnung für eine Maßnahme der Häuslichen Krankenpflege auf einen Zeitraum von bis zu 14 Tagen ausgestellt oder Verordnungen, die über einen längeren Zeitraum ausgestellt sind, werden von den Krankenkassen im Rahmen des Genehmigungsverfahrens meist auf 14 Tage begrenzt. Dies gilt selbst für Patienten mit einem erwartbaren dauerhaften und relativ stabilen Versorgungsbedarf wie z.B. bei Diabetikern mit intensivierter Insulintherapie und bei Menschen mit chronischen Wunden. Würde eine Verordnung gemäß ihrer medizinischen Notwendigkeit über eine vom Arzt zu bestimmende Zeit ausgestellt und von den Krankenkassen über den ausgestellten Zeitraum genehmigt werden können, könnte eine Wiederholung dieses verwaltungsaufwändigen Procederes nach 14 Tagen in einem Großteil der Fälle vermieden werden. Der Runde Tisch Pflege AG III empfiehlt in diesem Fall, die regelhafte Begrenzung und Genehmigung der Erstverordnung bei Patienten mit einem medizinisch erwartbaren dauerhaften Behandlungsbedarf auf 14 Tage in der Richtlinie nach § 92 Abs.1 Satz 2 Ziffer 6 SGB V aufzuheben. Die Aufhebung der Begrenzung der Erstverordnung hätte darüber hinaus eine positive Nebenwirkung: Einkommensschwache Patienten würden finanziell entlastet, da für jede Verordnung in der häuslichen Krankenpflege seit der Verabschiedung des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) nach § 61 SGB V einmal pro Quartal die Praxisgebühr, pro Verordnung eine Ordnungsgebühr und für die ersten 28 Tage der Leistungserbringung eine prozentuale Zuzahlung anfällt (vgl. Empfehlung 4.2.).
- Der Runde Tisch Pflege AG III empfiehlt des Weiteren eine Überprüfung und Vereinfachung der Regelungen zur Verordnung häuslicher Krankenpflege nach § 92 SGB V im Interesse aller Beteiligten. Hierzu gehört auch, die Vorlagefrist von 3 auf 5 Tage zu erweitern (vgl. Empfehlung 4.1.).
- Regelmäßig werden im Genehmigungsverfahren von Verordnungen zur Häuslichen Krankenpflege durch die Krankenkasse von den ambulanten Pflegediensten u. a. Wunddokumentationen, Medikamentenpläne, Protokolle der Vitalfunktionen Blutdruck, Blutzucker etc. angefordert. Dies gilt sowohl für die aktuelle Verordnung als auch für Folgeverordnungen. Teilweise besteht bei der Anforderung von Wunddokumentationen die Erwartung, Farbfotografien der Wunden zu übermitteln. Nach Auffassung des Bundesdatenschutzbeauftragten ist dies widerrechtlich. Die Krankenkassen können, wenn sie Zweifel an der Richtigkeit einer ärztlichen Verordnung haben, nur nach § 275 SGB V den Medizinischen Dienst der

Krankenversicherung (MDK) mit der Einholung einer gutachtlichen Stellungnahme beim verordnenden Vertragsarzt bzw. beim Versicherten vor Ort beauftragen. Hierzu gehört nicht das Anfordern von Unterlagen beim ambulanten Dienst, der die ärztliche Verordnung ausführt. Hier bedarf es unserer Ansicht nach einer grundsätzlichen Klärung und Regelung, sowohl unter datenschutzrechtlichen als auch unter genehmigungsrechtlichen Aspekten.

### **Pflegesatzverhandlungen, Vergütungsregelungen, Versorgungsverträge etc.**

Pflegesatzverhandlungen und Vergütungsregelungen stellen einen immer wiederkehrenden bürokratischen Aufwand mit vergleichsweise geringem Nutzen dar. Der Aufwand ist daher entsprechend zu reduzieren. In diesem Zusammenhang sind folgende Sachverhalte zu benennen:

**§ 84 Abs. 5 SGB XI:** Die Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen sind Gegenstand der Pflegesatzvereinbarungen und bedürfen keiner gesonderten Regelungen. § 84 Abs. 5 SGB XI kann daher gestrichen werden.

**§ 85 Abs. 3 SGB XI:** Die Nachweis- und Begründungspflichten (S. 2: „und andere geeignete Nachweise“) sind unklar und führen in vielen Bundesländern dazu, dass sich die Plausibilitätsprüfungen in den Pflegesatzverhandlungen teilweise erheblich hinauszögern.

**§ 87a Abs. 4 SGB XI** sieht vor, dass Pflegeeinrichtungen zusätzlich den Betrag von 1.536 € erhalten, wenn der Pflegebedürftige nach Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen in eine niedrigere Pflegestufe oder von erheblicher zu nicht erheblicher Pflegebedürftigkeit zurückgestuft wurde. Die Pflegekassen verlangen genaue Nachweise darüber, welche Maßnahmen konkret zu der Rückstufung geführt haben. In der Gesetzesbegründung zu § 87a Abs. 4 SGB XI heißt es aber: "Hierbei wird unterstellt, dass die aktivierenden oder rehabilitativen Maßnahmen durch die Pflegekräfte der Einrichtung für die Herabstufung ursächlich sind, da ein konkreter Nachweis, dass die aktivierenden oder rehabilitativen Maßnahmen der entscheidende oder sogar der einzige Grund für die Herabsetzung der Pflegestufe ist, kaum möglich oder zumindest äußerst schwierig sein dürfte (BT-Drs. 16/7439)." Vor diesem Hintergrund wird eine Klarstellung im Gesetzestext im Sinne der Gesetzesbegründung gefordert, damit derartig Bürokratieaufwand verursachende Nachweisverlangen ausgeschlossen sind.

**SGB XI und SGB XII** weisen in den einschlägigen vertragsrechtlichen Bestimmungen Asynchronitäten auf, die zu Lasten der Rechtsklarheit und in Teilen zu erheblichem Verwaltungsaufwand führen. Dies wird u. a. deutlich an dem unterschiedlichen Regelungsinhalt von Vereinbarungen bei scheinbarer sprachlicher Gleichheit oder weitgehender Ähnlichkeit. Der Runde Tisch Pflege fordert deshalb u. a., die Schnittstellen zwischen SGB XI und XII so zu klären, dass insbesondere die dort verwandte Systematik und Begrifflichkeit der Verträge für die Erbringung von Sozialhilfeleistungen in zugelassenen Pflegeeinrichtungen und die Regelung der Investitionskosten (§§ 82, 85 und 89 SGB XI im Verhältnis zu §§ 75,76 SGB XII) aufeinander abgestimmt werden. (vgl. Empfehlung 4.4.)

## Dokumentationspflichten

Eine Pflegedokumentation, die den Pflegeprozess nachvollziehbar abbildet, ist fachlich und aus weiteren Gründen (z. B. haftungsrechtlich) unverzichtbar. Die Praxis zeigt allerdings, dass teilweise unnötiger Aufwand betrieben, fachlich Unwichtiges dokumentiert und dadurch erheblicher Dokumentationsaufwand für die Pflegefachkräfte verursacht wird. Diese Problematik ist auf Landes- und Bundesebene in vielfältigen Projekten aufgenommen worden (u. a. im vom MAGS NRW initiierten Referenzmodell in NRW, im BMFSFJ-Handbuch Pflegedokumentation, beim Runden Tisch Pflege – AG III), so dass inzwischen ausreichende Erkenntnisse zu einer fachlich und vom Umfang her angemessenen Pflegedokumentation vorliegen. Diese Erkenntnisse sind auch in die Neufassung der MuG nach § 113 SGB XI eingeflossen. Da bei den Prüfungen des MDK trotz allem immer noch besonderes Gewicht auf die Dokumentation gelegt wird, ist es notwendig, die Prüfungen stärker auf die tatsächliche Qualität der Leistungen im Sinne von Ergebnisqualität zu fokussieren. Hierzu sei auf das bereits oben beschriebene Projekt zur Messung des Erfüllungsaufwands „Antragsverfahren auf gesetzliche Leistungen für Pflegebedürftige, chronisch Kranke und akut schwer Kranke“ verwiesen. Eine erneute Grundsatzdiskussion über vermeintliche Einsparpotenziale bei der Pflegedokumentation wird als nicht zielführend angesehen. Isfort und Zinn (2007) haben aufgrund von Studiendaten errechnet, dass bei einer Optimierung der Pflegedokumentation bei einem 7,7-Stunden-Arbeitstag pro Pflegekraft das Einsparpotenzial ungefähr nur bei sieben Minuten liegt und haben Diskussionen um die Entbürokratisierung der Pflegedokumentation daher als „Ablenkungsmanöver“ identifiziert, um von Einsparungen, Leistungsreduktion und Personalmangel in der Pflege abzulenken.

## Leistungsabrechnungen

Das Abrechnungssystem muss entbürokratisiert und vereinfacht werden, um den Verwaltungsaufwand sowohl auf Seiten der Leistungserbringer als auch der Leistungsträger zu reduzieren. Vereinbarungen über den Datenträgeraustausch (DTA) hinaus sollten auf der Selbstverwaltungsebene erfolgen. Es sind durch die Bundesebene Anreize für den GKV-Spitzenverband zu setzen, die den flächendeckenden Einsatz des DTA für alle Kassen fördern. Die Vereinbarungen werden in der Selbstverwaltung auf Bundesebene oder über Einzelvereinbarungen auf Länderebene getroffen. Hier würde ein monetärer Anreiz für den Einsatz des DTA (schnellere Erstattung aus dem Gesundheitsfonds für die Kassen) eine Hilfe sein. Die Forderungen der Pflegekassen, dass in der Software der Kostenträger für die unterschiedlichen Leistungsbereiche des SGB XI jeweils einzeln und separat für pflegerische Leistungen, Betreuungsleistungen und Leistungen der Verhinderungspflege anzulegen sind, ist zu zurückzuweisen. Diese Abrechnungen sind einzelfallbezogen.

## V. Weitere zu ändernde gesetzliche Regelungen

Weiterhin sieht der Paritätische zur Umsetzung der mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz formulierten Ziele Änderungsbedarfe in den folgenden gesetzlichen Regelungen:

### Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch

Die Argumentation zu der vorgesehenen Gesetzesänderung in § 18 neuer Abs. 3a SGB XI, dass Pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen schnelle unbürokratische Entscheidungen über die von Ihnen beantragten Leistungen erhalten müssen, um die Pflege zeitnah planen und organisieren zu können, aufgreifend möchten wir in diesem Zusammenhang die Problematik der Sonderrechtsnachfolge nach § 19 Abs. 6 SGB XII für Menschen in ihrer Häuslichkeit vortragen und einen Lösungsvorschlag einbringen.

#### **Präzisierung des § 19 Abs. 6 SGB XII zur Sonderrechtsnachfolge zur Sicherstellung einer verlässlichen und schnellen Hilfe durch Dritte für Menschen auch in ihrer Häuslichkeit**

Nach Artikel 1 Grundgesetz (Schutz der Menschenwürde) in Verbindung mit dem in Artikel 20 GG verankerten Sozialstaatsprinzip ist der Staat in der Verantwortung, das soziokulturelle Existenzminimum für alle Bürger-/innen zu garantieren. Um eine würdige Pflege für alle sicherzustellen, besteht daher nach dem SGB XII (Sozialhilfe) ein einkommens- und vermögensabhängiger Anspruch auf Sozialleistungen („Hilfe zur Pflege“) für den Fall, dass eine pflegebedürftige Person den erforderlichen Pflegeaufwand nicht aus eigenen Mitteln bestreiten kann. Rund 392.000 Pflegebedürftige haben im Jahr 2009 Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII erhalten. Etwa 27 Prozent (107.650 Personen) davon wurden außerhalb von stationären Einrichtungen durch ambulante Pflegedienste versorgt!

Um eine schnelle und verlässliche Hilfe durch Dritte für alle Hilfeempfänger zu sichern, hat der Gesetzgeber in § 19 Abs. 6 SGB XII geregelt, dass im Falle des Todes des Leistungsberechtigten der (noch nicht beschiedene) Anspruch auf Sozialhilfe auf denjenigen übergeht, der bis zum Tode die pflegerischen Leistungen erbracht und sichergestellt hat. Diese Regelung zielt auf eine Absicherung sowohl der Hilfeempfänger als auch der Leistungserbringer: Der Hilfeempfänger soll darauf vertrauen können, dass die notwendigen pflegerischen Maßnahmen als Vorleistung erbracht werden – weil die Leistungserbringer ihrerseits im Gegenzug auf eine Kostenerstattung durch den Sozialhilfeträger vertrauen können, selbst wenn der Todesfall vor Abschluss des Bewilligungsverfahrens eintritt.

Durch die Rechtsprechung des BSG zum § 19 Abs. 6 SGB XII vom 13.07.2010 ist eine Regelungslücke entstanden, die zu einer erheblichen Verschlechterung der Hilfen zur Pflege des SGB XII führt. Die Rechtsprechung hat zur Folge, dass Bewilligungsverfahren, in denen ein Antrag auf Hilfe zur Pflege bereits gestellt, aber ein Bewilligungsbescheid noch nicht erteilt ist, mit dem Todesfall des Hilfeempfängers beendet werden müssen. Ambulanten Pflegediensten kann somit kein Bewilligungsbescheid mehr für den Zeitraum erteilt werden, in dem der Hilfeempfänger tatsächlich Leistungen der Hilfe zur Pflege von dem Pflegedienst erhalten hat. In der Konsequenz gefährdet diese Beschränkung des § 19 Abs. 6 SGB XII die Versorgungssicherheit für Hilfeempfänger grundlegend, da ambulante Pflegedienste eine wachsende Bedeutung für die Versorgungssicherheit haben und ein zentraler Garant für die verlässliche schnelle Hilfe sind.

**Der Argumentation zu der vorgesehenen Gesetzesänderung in § 18 neuer Abs. 3a SGB XI, dass Pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen schnelle unbürokratische Entscheidungen über die von Ihnen beantragten Leistungen erhalten müssen, um die Pflege zeitnah planen und organisieren zu können, folgend ist der § 19 Abs. 6 SGB XII unter expliziter Einbeziehung ambulanter Pflegedienste durch Änderung des Gesetzeswortlaut wie folgt zu präzisieren:**

***„Der Anspruch der Berechtigten auf Leistungen 1. für Einrichtungen, 2. von Einrichtungen (und damit für Erbringer ambulanter Leistungen) oder 3. auf Pflegegeld steht, soweit die Leistung dem Berechtigten erbracht worden wäre, nach ihrem Tod demjenigen zu, der die Leistung erbracht oder die Pflege geleistet hat.“***

## **Pflegezeitgesetz und Familienpflegezeitgesetz**

Der Paritätische sieht über die im Gesetzentwurf des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes enthaltenen Maßnahmen der vom Gesetzgeber benannten Schwerpunktsetzung Unterstützung und Stärkung der Pflege durch pflegende Angehörige insbesondere mit dem Fokus Erleichterung einer Auszeit für pflegende Angehörige Problemfelder, die einer Lösung zuzuführen sind. Hierzu wird im Folgenden ausgeführt:

### **Bezahlung kurzzeitiger Arbeitsverhinderung pflegender Angehöriger bei akut auftretenden Pflegesituationen (PflegeZG I. V. m. SGB XI)**

Nach § 2 Pflegezeitgesetz (PflegeZG) haben Beschäftigte das Recht, bis zu zehn Arbeitstage der Arbeit fernzubleiben, wenn dies erforderlich ist, um für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in einer akut aufgetretenen Pflegesituation eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherzustellen. Diese Möglichkeit trägt dazu bei, die Situation für die Angehörigen zu erleichtern, aber nicht jeder Angehörige kann sich die unbezahlte Freistellung leisten. **Aus Sicht des Paritätischen ist für die kurzzeitige Arbeitsverhinderung**

bei akut auftretenden Pflegesituationen sowie für die Begleitung eines sterbenden Angehörigen eine Lohnersatzleistung in Analogie zum Krankengeld bei Erkrankung des Kindes in das SGB XI aufzunehmen.

### Möglichkeit mehrmaliger Inanspruchnahme von Pflegezeit für einen Pflegebedürftigen (§ 3 Abs. 1 PflegeZG).

Das Bundesarbeitsgericht hat am 15.11.2011 im ersten Verfahren zum Pflegezeitgesetz über die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Pflegezeit entschieden. In dem Verfahren ging es um die Möglichkeit der mehrmaligen Inanspruchnahme von Pflegezeit für einen Pflegebedürftigen. Umstritten war, ob nach Inanspruchnahme unbezahlter Pflegezeit unterhalb der Höchstdauer von sechs Monaten, ein Restanspruch erhalten bleibt. In seinem Urteil vom 15.11.2011 (Az. 9 ARZ 348/10) schließt das Bundesarbeitsgericht (BAG) diese Möglichkeit aus. § 3 Abs. 1 PflegeZG gäbe dem Arbeitnehmer ein einmaliges Gestaltungsrecht, das er durch die Erklärung gegenüber dem Arbeitgeber, Pflegezeit zu nehmen, ausübt. Mit der erstmaligen Inanspruchnahme von Pflegezeit sei dieses Recht erloschen, so das Bundesarbeitsgericht. Dies gelte selbst dann, wenn die genommene Pflegezeit die Höchstdauer von sechs Monaten unterschreitet. Flexibilität stellt für pflegende Angehörige ein hohes Gut dar, um auf sich ändernde Pflegesituationen reagieren zu können. **Der Paritätische fordert daher die Verankerung der Möglichkeit einer mehrmaligen Inanspruchnahme von Pflegezeit innerhalb der Höchstdauer von sechs Monaten im Pflegezeitgesetz.**

### Finanzielle Absicherung bei Inanspruchnahme von Pflegezeit bzw. Familienpflegezeit (PflegeZG und FamPflegeZG)

Grundsätzlich leisten die mit dem Pflegezeitgesetz und dem Familienpflegezeitgesetz gesetzten Möglichkeiten einer teilweise oder vollständig unbezahlten Freistellung von bis zu sechs Monaten (§ 3 PflegeZG) bzw. einer förderfähigen Verringerung der wöchentlichen Arbeitszeit von Beschäftigten bis zu einem Mindestumfang von 15 Stunden für die Dauer von längstens 24 Monaten zur häuslichen Pflege eines pflegebedürftigen nahen Angehörigen bei gleichzeitiger Aufstockung des Arbeitsentgelts durch den Arbeitgeber (§ 3 FamPflegeZG) einen wichtigen Beitrag zur pflegerischen Versorgung. Beide gesetzliche Regelungen greifen aber aus Sicht des Paritätischen zu kurz. Schon bei Einführung der Pflegezeit hat der Paritätische ausreichende finanzielle Unterstützungen für die Pflegenden während der Inanspruchnahme gefordert. Dies ist auch weiterhin für die Pflegezeit nach § 3 PflegeZG erforderlich. **Bezogen auf die Familienpflegezeit bedarf es aus Sicht des Paritätischen eines Rechtsanspruches auf eine Familienpflegezeit mit Lohnersatzleistung. Der Paritätische hatte im September 2011 mit dem „Paritätischen Konzept für ein Familienpflegegeld“ einen entsprechenden Vorschlag zur Absicherung der Pflege vorgelegt. Das vom Paritätischen vorgeschlagene Familienpflegegeld orientiert sich am bestehenden Elterngeld und knüpft damit bewusst an bestehende sozialstaatliche Strukturen an. Unabhängig davon sind sowohl im Rahmen der**

**Pflegezeit als auch im Rahmen der Familienpflegezeit die Rentenansprüche für pflegende Angehörige in Analogie zur Elternzeit zu gestalten.**

Berlin, 16.05.2012

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e.V.

Oranienburger Straße 13-14, 10178 Berlin, <http://www.der-paritaetische.de>

Ansprechpartnerin

Ute Zentgraff, Referentin für Altenhilfe und Pflege, [altenhilfe@paritaet.org](mailto:altenhilfe@paritaet.org)