

**Stellungnahme des Deutschen Roten Kreuzes zum
Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-
Neuausrichtungsgesetz – PNG)**

A. Allgemein

B. Zum Pflege-Neuausrichtungsgesetz

Zu A: Allgemein

Die Reform des Pflegeversicherungsgesetzes wurde wesentlich aus zwei Gründen notwendig:

- Nachhaltige Finanzierung im Hinblick auf die Herausforderungen, die sich aus der demografischen Entwicklung ableiten ggf. mit Ergänzung der Pflegeversicherung um ein kapitalgedecktes Element, sowie der Möglichkeit, die Dynamisierung langfristig festzuschreiben
- Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs mit entsprechend differenzierten Begutachtungsinstrumenten sowie bedürfnisorientierter Wahlmöglichkeiten im Leistungsbereich für die Versicherten.

Darüber hinaus hält der Koalitionsvertrag der jetzigen Bundesregierung von 2009 im Rahmen des SGB XI folgende Ziele fest:

- Stärkung von Wohn- und Betreuungsformen, die den Bedürfnissen pflegebedürftiger Menschen entsprechen
- ergebnisorientierte und an den Bedürfnissen pflegebedürftiger Menschen orientierte, selbstbestimmte Pflege
- Prävention, Rehabilitation und Pflege besser aufeinander abstimmen und Stärkung des Grundsatzes Rehabilitation vor Pflege

Insgesamt sollte damit – auch aus Sicht des DRK – erreicht werden, dass den tatsächlichen Pflegesituationen besser entsprochen werden kann. Dazu gehört insbesondere die Stärkung der Prävention und Rehabilitation im Rahmen von Pflegebedürftigkeit bzw. zur Vermeidung derselben und in diesem Zusammenhang der Abbau von Barrieren, die durch unterschiedliche Sozialleistungsträgerzuständigkeiten vorhanden sind.

Finanzierung: Pflege in guter Qualität, die den Werten dieser Gesellschaft entspricht, fordert die bereits in § 8 Absatz 1 des SGB XI verankerte gesamtgesellschaftliche Verantwortung und diese schlägt sich sowohl in Engagement als auch in der Bereitschaft zur Finanzierung der notwendigen Leistungen nieder.

Das DRK ist davon überzeugt, dass eine Pflegereform in jedem Fall zu Mehreinnahmen der Pflegekassen führen muss, um spürbare Leistungsverbesserungen in allen Bereichen für pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen möglich zu machen.

Das DRK spricht sich ausdrücklich für eine langfristig nachhaltige, demografie- und krisensichere Finanzierung der Pflegeversicherung aus, die nachfolgende Generationen nicht über Gebühr belastet.

Die gesetzlichen Grundlagen müssen es den Trägern von Einrichtungen und Diensten ermöglichen, die Handlungsbedingungen der Pflege entsprechend dem aktuellen Standard zu gestalten. Dazu gehört insbesondere die Gewinnung von Mitarbeitern/innen für Pflegetätigkeiten im Wettbewerb mit anderen Branchen. Eine höhere Wertschätzung der Leistungen der Pflegenden und eine leistungsorientierte Bezahlung für Mitarbeiter/innen in der Pflege sind Voraussetzung, um die Personalsituation angemessen gestalten und damit die Qualität der Pflege und die Lebensqualität pflegebedürftiger Menschen stabil halten zu können.

Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff: Seit Einführung der Pflegeversicherung wird der Begriff der Pflegebedürftigkeit als zu eng und zu verrichtungsbezogen diskutiert. Besonders der Bedarf an allgemeiner Betreuung, Beaufsichtigung und Anleitung, der etwa bei Menschen mit Demenz häufig auftritt, wird bisher zu wenig berücksichtigt. Auch die Lebenssituation pflegebedürftiger Menschen mit Behinderungen ist nicht ausreichend berücksichtigt. Deshalb wurde im November 2006 der Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs beauftragt, konkrete und wissenschaftlich fundierte Vorschläge für einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein darauf aufbauendes Begutachtungsverfahren zu erarbeiten. Am 29. Januar 2009 hatte der Vorsitzende des Beirats, Dr. h. c. Jürgen Gohde den Bericht des Beirats an die damalige Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt übergeben. Ergänzend hat der Beirat im Mai 2009 Vorschläge zur Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs vorgelegt. Seitdem gibt es einen breiten gesellschaftlichen Konsens, den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff in der Sozialen Pflegeversicherung einzuführen. Offen sind seither weniger die technischen Fragen der Einführung als vielmehr die politischen Weichenstellungen zur Umsetzung. Vor diesem Hintergrund ist der nun vorliegende Entwurf des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes (PNG) enttäuschend. Er enthält

keinen Ansatz zu den offenen politischen Fragestellungen zur Umsetzung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Enthielt noch der Arbeitsentwurf zum PNG vom 15.12.2011 mit dem § 14a zumindest eine Absichtserklärung zur Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, wird im Rahmen des vorliegenden Gesetzesentwurf nur noch im Vorwort auf einen neuen Expertenbeirat verwiesen. Die konkreten Aufgaben dieses Beirats bleiben unklar ebenso wie eine zeitliche Agenda einer möglichen Umsetzung.

Das DRK fordert daher die Bundesregierung auf, die dringenden politischen Weichenstellungen für die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs anzugehen und einen verbindlichen politischen und zeitlichen Rahmen für die Umsetzung zu schaffen.

Alternative Wohn- und Lebensformen in der Pflege: Das DRK hält das Prinzip der Sozialraumgestaltung in der Alten- und Behindertenhilfe sowie Altenpflege für die wesentliche Zukunftsausrichtung. In diesem Zusammenhang entscheidet sich in der Lokalität die konzeptionelle Lösung. Die Rahmenbedingungen müssen dem entsprechen.

Neue Wohn- und Versorgungsformen, wie

- quartiersbezogene Versorgungsformen,
- ambulant betreute Hausgemeinschaften,
- Wohngemeinschaften in stationären Einrichtungen,
- ambulant betreutes Wohnen im SGB XI,
- an stationäre Einrichtungen angeschlossenes betreutes Wohnen,
- Außenwohngruppen von pflegebedürftigen Menschen sowie die
- Ambulantisierung der klassischen vollstationären Pflegeeinrichtungen

sollten durch entsprechende Regelungen, wie z. B. Experimentierklauseln etc. bei einer Pflege-reform berücksichtigt werden.

Die Sozialraumorientierung im Zusammenhang mit Altenhilfe/Behindertenhilfe/Pflege setzt in erster Linie darauf, alle notwendigen Unterstützungen und Hilfeleistungen im ambulanten Bereich zu stärken. Für den bedarfsentsprechenden Ausbau der Tages- und Nachtpflege müssen die Finanzierungsgrundlagen überprüft und angepasst werden. Über die Wiederaufnahme der staatlichen Investitionskostenförderung in diesem Bereich sollte nachgedacht werden.

Die Entsprechung der Bedürfnisse von pflegebedürftigen Menschen bedeutet, den Vorrang ambulant vor stationär so zu interpretieren, dass im Ergebnis der pflegebedürftige Mensch die für ihn geeignete und gewünschte Wohn- und Versorgungsform wählen kann. In diesem Zusammenhang ist es auch notwendig, stationäre Einrichtungen mittelfristig entsprechend anzupassen und ihre Gleichwertigkeit für bestimmte Pflegesituationen zu akzeptieren und damit im Leistungsrecht entsprechend zu handhaben.

Personalsituation in der Pflege: Der Fachkräftmangel wird sich weiter zur zentralen Frage der Pflege entwickeln. Mit der Zahl der zu pflegenden Menschen steigt auch der Bedarf an Pflegepersonal in der Altenpflege – allein in den Jahren zwischen 2005 und 2025 spricht das Statistische Bundesamt¹ von einem Mehrbedarf bei Pflegekräften von 27 %, also fast 1/3 mehr innerhalb von 20 Jahren.

Die Pflegebranche konkurriert im Ausbildungsbereich mit anderen Branchen um eine sinkende Zahl von Schulabgängern (zwischen 2005 und 2020 um - 17,8 %²). Um hier wettbewerbsfähig sein zu können, ist es notwendig, dass die Handlungsbedingungen für Pflegenden deutlich verbessert und in diesem Zusammenhang die mit dem SGB XI gesetzten Rahmenbedingungen für Träger zur Finanzierung von Personal den Handlungsnotwendigkeiten angepasst werden.

Der Vollständigkeit halber sei auch an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass

- die Reform der Pflegeausbildung mit Einführung der generalistischen Pflegeausbildung dringend der Umsetzung bedarf
- im Zusammenhang mit Qualität und Qualitätsprüfung und –darstellung eine zügige Umsetzung der Ergebnisse des Projektes „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ notwendig ist. Mit der Erarbeitung der Pflege-Transparenz-Vereinbarungen wurde Neuland betreten und das DRK geht – wie alle Vereinbarungspartner – davon aus, dass Weiterentwicklungen notwendig sind. Insofern stellen die Pflege-Transparenzvereinbarungen aus Sicht des DRK eine Übergangslösung dar zu einem System, das entsprechend dem Willen des Gesetzgebers stärker die Ergebnis- und Lebensqualität abbilden kann. Vergleichbare Weiterentwicklungen werden auch für die ambulante Pflege und weitere Versorgungsformen als notwendig erachtet.
- Das DRK hält es ferner für erforderlich, über einen effizienteren Einsatz der Ressourcen im Rahmen von Qualitätsprüfungen nachzudenken. Folgt man der Methodik des Projektes „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“, so erschließen sich hier auch andere Möglichkeiten.

¹ Ergebnisse der Bedarfs- und Angebotsprojektionen der Pflegevollkräfte in Prognoseeinrichtungen

² Quelle: Vortrag E.Muth, Rostocker Zentrum zur Erforschung des demografischen Wandels in DRK-Pflegeschulleitertagung 2008

B. Zum vorliegenden Gesetzesentwurf im Einzelnen:

I. Artikel I Änderungen des Elften Sozialgesetzbuches

Nummer 2 - § 7 Aufklärung, Beratung

Diese Klarstellung in § 7 Absatz 2, nach der Versicherte einen Anspruch auf Aufklärung über die Gutachten bzw. Rehabilitationsempfehlungen haben, wird begrüßt. Besser wäre es, wenn die Pflegekassen verpflichtet würden, die Gutachten des MDK und externer Prüfer von sich aus regelhaft zu übermitteln. Ein offensiveres Vorgehen der Pflegekassen würde die Wahrnehmung der Eigenverantwortung – siehe Abs. 1 - der Versicherten zumindest stärken. Dies betrifft insbesondere die Empfehlungen des MDK zu rehabilitativen Maßnahmen.

Nummer 3 - § 7b Beratungsgutscheine

Die Regelung des § 7 b wird begrüßt.

Es muss darauf geachtet werden, dass die vorhandenen Beratungsstrukturen, auch die der Träger von Einrichtungen und Diensten, eingebunden sind – vergl. dazu § 7 a Absatz 6. Dies betrifft insbesondere die Beratung in der häuslichen Umgebung. Die Träger von Einrichtungen und Diensten haben in den vergangenen Jahrzehnten dazu Kompetenzen aufgebaut, die weiterhin genutzt werden müssen – i.S. der Vermeidung einer Parallelstruktur.

Nummer 4 - § 18 Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Das DRK begrüßt die in §18 Absatz 1 neu geschaffene Möglichkeit für die Pflegekassen, auch andere Gutachter mit der Prüfung der Pflegebedürftigkeit zu beauftragen. Die Regelung, dass bei Bedarf dem Antragssteller drei Gutachter zu Auswahl zu benennen sind, ist sachgerecht.

Durch eine Änderung in § 18 Abs. 3 Satz 2 SGB XI n. F. hat laut Gesetzesbegründung die zuständige Pflegekasse nunmehr verpflichtend den Auftrag, dem Pflegebedürftigen spätestens fünf Wochen nach Eingang des Antrags die Entscheidung über die Pflegebedürftigkeit schriftlich mitzuteilen, was seitens des DRK's begrüßt wird.

Nummer 5 - §§ 18a Weiterleitung der Rehabilitationsempfehlung, Berichtspflichten und 18 b Dienstleistungsorientierung im Begutachtungsverfahren

Die vorgesehene Regelung in § 18 a, über die Erfahrungen mit der Umsetzung der Empfehlungen des MDK zur Rehabilitation jährlich zu berichten ist ein wichtiger Schritt im Rahmen der Pflegeberichterstattung.

Wir empfehlen, über die Erfassung der Anträge und der Maßnahmen hinaus auch damit zu beginnen, die Wirkung darzustellen, z.B. nach einer erfolgten Anschlussbegutachtung.

Insgesamt wird diese Richtung – Stärkung der Inanspruchnahme von Beratung und Stärkung der Rehabilitation – vom DRK als sehr wichtig angesehen.

Die vorgesehenen Regelungen im § 18 b werden im Zusammenhang mit § 53 a – und damit zur Qualitätssicherung und Dienstleistungsorientierung der Prüfung und Begutachtung – gesehen und begrüßt.

Nummer 6 - § 19 Begriff der Pflegepersonen

Die vorgesehene Ergänzung („oder mehrere Pflegebedürftige“) in § 19 ist im Sinne der Betroffenen und wird daher unterstützt. Sie ermöglicht eine rentenrechtliche Absicherung, wenn eine Pflegeperson beispielsweise beide Elternteile oder zwei Kinder zu pflegen hat, der wöchentliche Umfang der pflegerischen Tätigkeit jedoch jeweils unter 14 Stunden lag. Mit der Regelung leistet der Gesetzgeber einen Beitrag zur stärkeren gesellschaftlichen Anerkennung des hohen Wertes der pflegerischen Fürsorge durch Angehörige und andere Pflegepersonen.

Nummer 9 - § 28 Leistungsarten, Grundsätze (siehe unter Nummer 13 - § 38 a Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen)

Nummer 11 - § 37 Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen

Die Regelung, dass die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes während einer Kurzzeitpflege nach §42 und einer Verhinderungspflege nach §39 jeweils für bis zu vier Wochen je Kalenderjahr fortgewährt wird, wird begrüßt, da bislang eine Leistungslücke entstehen konnte und individuelle Härten bei den Pflegepersonen vermieden werden können.

Durch die Zahlung von Pflegegeld soll nämlich die Pflegebereitschaft der Pflegeperson gefördert und aufrechterhalten werden. Durch Kurzzeitpflege bzw. Verhinderungspflege würde die Pflege durch die Pflegeperson nur kurzfristig entweder ganz oder teilweise unterbrochen. Dennoch bestünden finanzielle Belastungen weiter, wie z.B. Lohneinbußen durch Unterbrechung oder Reduzierung der Erwerbstätigkeit der Pflegeperson oder Fahrtkosten.

Nummer 13 - § 38 a Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen

Die Richtung des § 38 a wird grundsätzlich begrüßt, d.h. die Förderung ambulant betreuter Wohngruppen, zumal die finanzielle Förderung von Pflegekräften in der Vergangenheit nicht unproblematisch war.

Auch nach dem Wortlaut des vorliegenden Gesetzesentwurfs haben jedoch nur Pflegebedürftige Anspruch auf die Leistung. Versicherte mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI, die keine Pflegestufe erreichen, wären vom Leistungsbezug ausgeschlossen. Das erscheint aus der Sicht des DRK's nicht sachgerecht, da gerade diese Personengruppe besonders vom Wohnen in einer ambulant betreuten Wohngruppe profitieren würde.

Dass auf den Kostennachweis verzichtet wird aus Gründen zu vermeidender Bürokratie, ist einerseits begrüßenswert, kann andererseits aber auch so gesehen werden, dass man sich durchaus bewusst ist, wie hoch der Zuzahlungsbetrag des einzelnen Pflegebedürftigen für die Tätigkeit der Pflegekraft sein wird.

Ob jedoch die Zahlung einer monatlichen Pauschale von 200 Euro je Bewohner in den oft kleinen selbstorganisierten Wohngruppen ausreichend ist, ist sicherlich fraglich. Solche Wohngruppen dürfen keine Ersatzlösung für eine ausreichend finanzierte bedarfsgerechte Pflege darstellen bzw. auf Einsparungen in anderen Bereichen der professionellen Pflege abzielen.

Nummer 14 - § 40 Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

Das DRK begrüßt, das die Zuschüsse der Pflegekassen für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen künftig ohne einen Eigenanteil des Pflegebedürftigen gewährt werden, da dies auch zum Bürokratieabbau beiträgt.

Durch den Wegfall der Einkommensprüfung wird auch der grundsätzliche Zugang zu wohnumfeldverbessernde Maßnahmen für den Antragsteller niedrighschwelliger.

Nummer 16 - § 42 Kurzzeitpflege

Die Änderung in § 42 Absatz 4 wird begrüßt, wonach der Anspruch auf Kurzzeitpflege auch in Einrichtungen der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation bei gleichzeitiger Unterbringung einer Pflegeperson besteht, zumal der Anspruch auf die Sachleistung Kurzzeitpflege nach § 42 erweitert wird. Die Unterbringung mit pflegenden Angehörigen und deren Pflegebedürftigen eröffnet vielfältige Synergieeffekte.

Nummer 19 – Sechster Abschnitt – Initiativprogramm zur Förderung neuer Wohnformen

§ 45 e Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulanten Wohngruppen

§ 45 f Weiterentwicklung neuer Wohnformen

Die nicht verwendeten Mittel, die für den Aufbau von Pflegestützpunkten bereit gestellt aber nicht abgerufen wurden, für dieses Initiativprogramm einzusetzen, wird für sehr sinnvoll gehalten. Die Auswertung dieses zeitlich befristeten Förderprogramms könnte wichtige Anhaltswerte für zukünftige Versorgungsformen liefern.

Die Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulanten Wohngruppen gemäß § 45e wird seitens des DRK begrüßt.

Dies gilt ebenfalls für die wissenschaftlich gestützte Weiterentwicklung und Förderung neuer Wohnformen gemäß § 45f.

Nummer 23 - § 53 b Beauftragung anderen unabhängigen Gutachtern durch die Pflegekassen im Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Grundsätzlich wird die Regelung in § 53b für sinnvoll gehalten. Die zahlenmäßige Zunahme der Pflegebedürftigen und die Verankerung von Fristenregelungen im SGB XI bedingen ein flexibleres Umgehen mit Anerkennungsverfahren i.S. von Inanspruchnahme Externer.

Nummer 24 - § 55 Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze

Es ist die Frage, ob die in § 55 Absatz 1 geregelte Beitragssatzerhöhung um 0,1 % ausreichend sein wird, oder ob es nicht sinnvoller wäre, diese bereits jetzt etwas höher anzusetzen, um im Umgehen mit den Erkenntnissen der Experten zum Pflegebedürftigkeitsbegriff flexibler sein und andererseits auch entsprechende Rücklagen bilden zu können.

Nummer 26 - § 71 Pflegeeinrichtungen

Die Änderung in § 71 Absatz 3 (Erweiterung der Rahmenfrist von fünf auf acht Jahre) trägt der Schwierigkeit Rechnung, geeignete verantwortliche Pflegefachkräfte zu finden und wird begrüßt.

Nummer 27 - § 72 Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag

Man geht davon aus, dass die Formulierungsänderung in § 72 Absatz 2, Satz 1 („örtlich und“ wurde ersetzt durch „vor Ort“) die Vereinbarung von Gesamtversorgungsverträgen erleichtern wird. Das würde allerdings voraussetzen, dass die neue gesetzlich verankerte Formulierung dann entsprechend „vor Ort“ interpretiert wird.

Daher empfehlen wir folgende Formulierung an Stelle der bisherigen in § 72, Absatz 2, Satz 1, 2. Halbsatz: „...für mehrere oder alle selbständig wirtschaftenden Einrichtungen (§ 71 Abs. 1 und 2) eines Pflegeeinrichtungsträgers, **die organisatorisch miteinander verbunden sind, eine gemeinsame Geschäftsführung haben und sich im Einzugsgebiet eines Landkreises bzw. einer kreisfreien Stadt befinden**“, kann ein einheitlicher...“

Da es sich bei der „selbständig wirtschaftende Einrichtung“ um eine buchhalterische Abgrenzung handelt, ist eine gemeinsame Geschäftsführung ist nach unserer Einschätzung dennoch möglich.

Durch die Änderung in § 72 Abs. 3 Satz 1 Ziffer 2 SGB XI n. F. soll als Zulassungsvoraussetzung die Bezahlung einer ortsüblichen Arbeitsvergütung an die Beschäftigten nur dann gelten, soweit diese nicht von einer Verordnung über Mindestentgeltsätze aufgrund des Gesetzes über zwingende Arbeitsbedingungen für grenzüberschreitend entsandte und für regelmäßig im Inland beschäftigte Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen (Arbeitnehmer-Entsendegesetz) erfasst sind, was seitens des DRK's begrüßt wird, aber nicht, wenn diese Verordnungen zu einem sog. Normlohn führen würden, was durchaus als Gefahr gesehen wird.

Jedenfalls begrüßt das DRK die grundsätzliche Orientierung an der ortsüblichen Arbeitsvergütung als wertschätzendes Zeichen für die in der Pflege tätigen Arbeitnehmer.

Nummer 28 - § 77 Häusliche Pflege durch Einzelpersonen

Die Positionierung des Gesetzgebers für die **Häusliche Pflege durch Einzelpersonen** ähnlich hohe Qualitätsmaßstäbe, wie für Pflegedienste anzulegen, wird begrüßt.

Die Verpflichtung die Qualitätsanforderungen nach §112 umzusetzen und verpflichtend Verträge über die Pflegedienstleistungen abzuschließen (vgl. §120 Absatz 1 Satz 2) ist im Sinne der betroffenen Pflegebedürftigen.

Nummer 31 - § 82b Ehrenamtliche Unterstützung

Die ursprünglich in § 84 Abs. 3 SGB XI n. F. geplante Ergänzung wurde ersatzlos gestrichen, anstatt dessen wurde § 82b ergänzt. Durch die Regelung soll klargestellt werden, dass zugelassene stationäre Pflegeeinrichtungen für ehrenamtliche Unterstützung bei allgemeinen Pflegeleistungen Aufwandsentschädigungen zahlen können.

Die vorgenommene Änderung/ Klarstellung, dass es sich bei der ehrenamtlichen Unterstützung „als ergänzendes Engagement“ und nicht als vergütungsrelevante Hilfstätigkeit handelt, wird seitens des DRK's begrüßt.

Nummer 32 - § 84 Bemessungsgrundsätze

Das DRK begrüßt, dass sich der Gesetzgeber für eine angemessene Vergütung des Pflegepersonals positioniert („Die Pflegesätze müssen einem Pflegeheim bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen seine Personalaufwendungen zu finanzieren und seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen.“)

Zusammen mit dem Leitsatz der ortsüblichen Vergütung (§ 72) und dem Leitsatz, dass Pflegeheime ihre Personalaufwendungen finanzieren müssen, werden Pflegesatzverhandlungen erleichtert. (§89 für Pflegedienste)

Nummer 33 - § 87 Unterkunft und Verpflegung

und

Nummer 34 - § 87a Berechnung und Zahlung des Heimentgelts

Inwieweit § 87 der Rechtsprechung entspricht – wie in der Begründung zum Gesetzesentwurf ausgeführt wird – sei dahingestellt, denn wenn Entgelte für Verpflegung nur für die Tage berechnet werden dürfen, an denen auch Verpflegung in Anspruch genommen wurde, müsste ab dem ersten Tag der Abwesenheit aus der Pflegeeinrichtung dementsprechend das Entgelt für Verpflegung von der Vergütung abgezogen werden.

Das Entgelt für Verpflegung beinhaltet jedoch nicht nur die Verpflegung im engeren Sinn, sondern auch Anteile für Personalkosten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Küche, Wirtschaft- und Verwaltungsbedarf, Energie, Wartung etc.

Dieser Aufwand besteht größtenteils aus **Fixkosten** und kann bei der Abwesenheit eines Bewohners nicht gemindert werden. Vor diesem Hintergrund ergibt sich durch die Abwesenheit eines Bewohners vom ersten Tag an kein wirkliches Einsparpotenzial im Bereich der Verpflegung. Dementsprechend hält das DRK die unterschiedlichen Abwahlmöglichkeiten von Mahlzeiten und Verpflegungen –aufgrund des bürokratischen Aufwandes und der trotzdem anfallenden Gemeinkosten für nicht angemessen.

Nummer 36 - § 89 Grundsätze für die Vergütungsregelung

Der Begründung zu den Änderungen in § 89 Absatz 3 ist zu entnehmen, dass ab 01.01.2013 die Vergütung auf Basis des tatsächlichen Zeitaufwandes berechnet wird. Beim Pflegeeinsatz gilt weiterhin die mögliche Berechnung nach Komplexeleistungen oder Einzelleistungen.

Die Zugrundlegung des Zeitaufwandes bei der Betreuung – und dies nicht als Pauschale – kann eine gute Basis sein. Entscheidend wird dann aber das Ergebnis der Rahmen- und Vergütungsvereinbarungen werden.

Nummer 38 - § 97d Begutachtung durch unabhängige Gutachter

§ 97 d stellt eine datenschutzrechtliche Regelungen bezogen auf unabhängige Gutachter dar, der gegenüber keine Einwände bestehen. Das DRK begrüßt die durch den vorliegenden Gesetzesentwurf vorgenommenen Präzisierungen.

Ziffer 43 - § 109 Pflegestatistiken

Die Erweiterung in § 109 Absatz 1, Satz 2, Nr.3 dient der besseren Datengrundlage im Hinblick auf den Demografiefaktor. Insofern macht die Aufnahme des Geburtsjahres Sinn. Auf den neuen Zusatz „zusätzlich bei Auszubildenden und Umschülern Art der Ausbildung“ könnte man verzichten. In der Begründung ist dazu erklärend enthalten „(Beruf, Erstausbildung oder Umschulung)“. Diese Angaben sind aber bereits vorhanden dadurch, dass in der bisherigen Fassung nach Weiterbildung oder Umschulung gefragt wird.

Nummer 42 - § 114 Qualitätsprüfungen

und

Nummer 44 - § 115 Ergebnisse von Qualitätsprüfungen

Vorgesehen ist in § 114 Absatz 1 die Ergänzung, wonach Pflegeeinrichtungen innerhalb einer vorgegebenen Frist die Landesverbände der Pflegekassen über die ärztliche, fachärztliche und zahnärztliche Versorgung der pflegebedürftigen Menschen in den Pflegeeinrichtungen zu informieren haben.

Begründet wird dies damit, dass die Art dieser Versorgung für pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen ein wichtiges Auswahlkriterium bei der Wahl der Einrichtung sei.

Diese vorgesehene Änderung bildet sich dann in § 115 Absatz 1 b bezogen auf die Darstellung von Ergebnissen von Qualitätsprüfungen ab. Hier wird die Verantwortung für Mängel in der ärztlichen, fachärztlichen und zahnärztlichen Versorgung den Pflegeeinrichtungen angelastet und nicht den Verursachern. Absehbar ist, dass Pflegeeinrichtungen gegen diese Veröffentlichungen – mit Recht – klagen werden.

Würde dieser Kabinettsentwurf in dieser Form Gesetz werden, würde der Gesetzgeber damit zum Ausdruck bringen, dass er die Klärung nicht dort vornehmen will, wo sie notwendig ist.

Begründet wird dieses Vorgehen damit, dass die Pflegekassen sicherzustellen haben, dass diese Informationen für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen entsprechend vorliegen. Dies wäre dann eine schlüssige Begründung, wenn gleichzeitig im Rahmen dieser Gesetzesände-

rung die gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet wären, darüber Auskunft zu geben, was sie ihrerseits dazu getan haben, damit die ärztliche, fachärztliche und zahnärztliche Versorgung ihrer Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen dem Standard entspricht.

Bereits im Sommer 2010 wurde das Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen eines Gespräches im Zusammenhang mit den Pflege-Transparenzvereinbarungen von der Bundesverbänden der Pflegeeinrichtungen darauf hingewiesen, dass es zahlreiche Barrieren bei der ärztlichen und fachärztlichen Versorgung in stationären Einrichtungen gibt. Diese Barrieren liegen nicht bei den Trägern der Einrichtungen, sondern haben wesentlich etwas mit der Facharzt-dichte, dem Mangel an niedergelassenen Fachärzten als Hausärzte und den Verdienstmöglichkeiten im Verhältnis zum Aufwand zu tun.

Nun sollen die Leistungserbringer in die Pflicht genommen werden und es ist zu vermuten, dass sie in der Folge die Verantwortung für dieses Systemproblem bekommen.

Das DRK weist ganz entschieden darauf hin, dass die Verantwortung für die ärztliche und fachärztlich und zahnärztliche Versorgung nicht bei den Trägern von Pflegeeinrichtungen liegt, sondern im Verhältnis Krankenkassen zu Ärzteorganisationen bzw. Ärzteschaft verortet ist und dort müssen die entsprechenden Regelungen erfolgen.

Die Pflegeeinrichtungen haben den Zugang zu gewährleisten und die entsprechenden Unterstützungen vorzunehmen.

Nummer 42 - § 114 Qualitätsprüfungen, Absatz 5, Satz 4 - Kosten der Wiederholungsprüfungen

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 länderspezifisch zu unterschiedlichen Erstattungsverfahren vor allem zu unterschiedlichen Kosten der Wiederholungsprüfungen, die zwischen ca. 500 – 5.000 € je Wiederholungsprüfung liegen. Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund e. V. (MDS) hat die Kosten einer durchschnittlichen Qualitätsprüfung selbst mit 4.500 € beziffert. Dieser Kostensatz sowie dessen Berechnungsgrundlage muss jedoch stark angezweifelt werden. In einem Urteil des Sozialgerichts Darmstadt vom 24.01.2012 wurde bereits die Rechnung einer Wiederholungsprüfung in einem ambulanten Pflegedienst in Höhe von 1.258,80 als zu hoch eingestuft.

Vor diesem Hintergrund begrüßt das DRK den Versuch des Gesetzgebers, bisherige Lücken im Gesetz zu schließen und die daraus entstehenden Probleme in der Praxis zu lösen. Es muss jedoch bezweifelt werden, dass allein das Verbot von Pauschalen und Durchschnittswert-

ten 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.

Im Übrigen verweisen wir zu diesem Punkt auch auf die Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW).

Nummer 43 - § 114a Durchführung der Qualitätsprüfungen

Die vorgesehene Änderung in § 114a Absatz 1 trägt der Praxis Rechnung und wird begrüßt. Die Mehrheit der MDK' kündigen im ambulanten Bereich ihren Besuch an, um sicherstellen zu lassen, dass die entsprechenden Ansprechpartner erreichbar sind.

Die Präzisierung des Erfordernisses der Schriftform bei der Einwilligung des pflegebedürftigen Menschen im Rahmen von Qualitätsprüfungen in § 114a Absatz 3a wird zwar seitens des DRK's begrüßt, wenngleich die Gefahr des bürokratischen Aufwands gesehen wird.

Im Übrigen verweisen wir zu diesem Punkt auch auf die Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW).

Nummer 45 - § 117 Zusammenarbeit mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden

Die Klarstellung in § 117 Absatz 1 Nr.1, wonach die unterschiedlichen Prüfinstitutionen durch nun regelmäßige Information und Beratung ihre Aufgaben wirksam aufeinander abstimmen sollen, wird begrüßt, da die Prüfinstitutionen gefordert sind, ihre Zusammenarbeit zu intensivieren. Gerade im Hinblick auf die Vermeidung von Mehrfachprüfungen auch z.T. desselben Tatbestandes mit unterschiedlicher Bewertung ist dies dringend angeraten. Bleibt zu hoffen, dass die Regelungen in den Bundesländern entsprechend angepasst werden.

Die Änderung in Absatz 2 sieht Modellvorhaben mit dem Ziel „eine einheitlichen Vorgehensweise bei der Prüfung der Qualität von Pflegeeinrichtungen nach diesem Buch und nach heimrechtlichen Vorschriften zu vereinbaren.“ Bei einem derartigen Modellvorhaben wären die Vertreter der Pflegeeinrichtungen zu beteiligen. Der Hinweis darauf, dass dabei von den Richtlinien nach 114 a Abs. 7 und nach 115 Absatz 1a abgewichen werden kann, weist darauf hin, dass es für diese Grundlagen auch um neue Erkenntniswerte gehen kann, die in späteren Verhandlungen Gegenstand werden können.

Im Übrigen verweisen wir zu diesem Punkt auch auf die Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW).

Ziffer 46 - § 118 Beteiligung von Interessenvertretungen

Die Beteiligung und die Beteiligungsform von Interessensvertretungen waren bisher im SGB XI uneinheitlich und gingen über ein so genanntes qualifiziertes Beteiligungsverfahren nicht hinaus.

Das DRK begrüßt das Ziel des Gesetzes, die Betroffenenperspektive in den Bereichen der Begutachtung und der Qualität durch eine Ausweitung der Beteiligungsrechte der entsprechenden Organisationen, zu stärken. Diese stärkere Einbeziehung wirft allerdings auch die Frage der konkreten Umsetzung sowie der Ausgestaltung der Selbstverwaltung in der Pflegeversicherung auf.

Im Übrigen verweisen wir zu diesem Punkt auch auf die Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW).

Nummer 47 - § 120 Pflegevertrag bei häuslicher Pflege

Die Neuregelung in § 120 Absatz 2 ist nachvollziehbar, da es in der Vergangenheit dazu entsprechende Rechtsprechung gab.

Bei § 120 Absatz 3 schlägt das DRK vor, an Stelle des neuen Satzes 5 folgende Formulierung zu wählen: „***In einem Anhang zum Pflegevertrag ist die Entscheidung zu dokumentieren.***“ Es müsste sonst immer der komplette Vertrag neu gefasst werden, was einen erheblichen administrativen Aufwand auslöst. Der Anhang kann zum Bestandteil des Vertrages erklärt werden.

Nummer 48 (§§ 123 bis 125)

Seitens des DRK wird begrüßt dass die im Referentenentwurf angedachten Änderungen zum Thema **Betreuung/häusliche Betreuung** wieder zurückgenommen wurden und in den Übergangsregelungen: Verbesserte Pflegeleistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz in den §§ 123 ff. SGB XI. n. F. verankert wurden.

Zu den Änderungen zählen auch die Regelungen zu den ambulanten Betreuungsdiensten. Diese sollen nicht grundsätzlich neben den ambulanten Pflegediensten eingeführt werden, sondern zunächst in Modellversuchen erprobt werden. Die Ergebnisse der Modellvorhaben

können aus Sicht des DRK dazu beitragen, die Entscheidung des Gesetzgebers über eine regelhafte Zulassung von häuslichen Betreuungsdiensten für einen Zeitpunkt nach Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs durch Praxiserfahrungen zu erleichtern.

Nicht im Gesetzesentwurf enthalten – vom DRK geforderte Änderung

§ 114 a Absatz 7:

Obwohl bereits im Zusammenhang mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz eingefordert und mit der Stellungnahme zum Infektionsschutzgesetz erneuert, blieb es auch im Gesetzesentwurf im Absatz 7 des § 114 a bei der Gleichstellung der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege mit den einzelnen Bundesverbänden der privaten Anbieter.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege 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. Jede Positionierung der BAGFW wird vorab über die Bundesverbände der Freien Wohlfahrtspflege mit deren Mitgliedsorganisationen abgestimmt.

Daher fordert das DRK den Gesetzgeber auf, endlich die Formulierung im Absatz 7 des § 114 a der Wirklichkeit anzupassen und statt von der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege von den Bundesverbänden der Freien Wohlfahrtspflege zu sprechen.

§ 82 Finanzierung der Pflegeeinrichtungen Absatz 3 und 4

Bezüglich des § 82 Abs. 3 und 4 SGB XI verweisen wir auf die ausführliche Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW), die wir als deren Mitglied unterstützen und auch hinsichtlich der Verbesserungsvorschläge zu juristischen Detailregelungen mittragen.

II. Artikel 2 Änderungen des Dritten Sozialgesetzbuches

Das DRK begrüßt die durch **§ 28a (Versicherungspflichtverhältnis auf Antrag)** des SGB III vorgenommene Sicherstellung, dass Pflegepersonen ein Versicherungspflichtverhältnis auf Antrag auch dann begründen können, wenn sich die dafür erforderliche Mindeststundenzahl erst durch die Zusammenrechnung der Pflegezeiten für mehrere pflegebedürftige Angehörige ergibt.

III. Artikel 2 Änderungen des Fünften Sozialgesetzbuches

Nummer 1 - § 23 Medizinische Vorsorgeleistungen

Die Erweiterung des § 23 Absatz 5 SGB V um die Vorgabe, dass die Krankenkasse bei Ihrer Entscheidung über die Gewährung medizinischer Vorsorgeleistungen die besonderen Belange pflegender Angehöriger berücksichtigt, wird begrüßt.

Nummer 2 - § 40 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Die Erweiterung in § 40 Absatz 3 SGB V, wonach die Krankenkasse bei Ihrer Entscheidung über die Leistungsgewährung bei der medizinischen Rehabilitation die besonderen Belange pflegender Angehöriger berücksichtigt, wird begrüßt.

Nummer 3 - § 87 Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

In der Neuregelung des § 87 Absatz 2j SGB V erfolgt die Verknüpfung zu den Kooperationsverträgen, die Pflegeeinrichtungen nach § 119 b Absatz 1 SGB V mit vertragsärztlichen Leistungserbringern schließen können. Damit verbunden wird ein Anreiz durch eine über die in Absatz 2 i geregelte hinausgehende Leistung für den Zahnarzt, damit dieser sich auf eine entsprechende Kooperationsvereinbarung einlässt.

Fraglich ist, ob der gewünschte Effekt damit eintritt. In diesem Zusammenhang wäre es wichtig, die Gründe der Zahnärzte und Fachärzte zu erfassen, die zur Unterversorgung der Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen geführt haben.

Begrüßt wird jedenfalls die mit dem Kabinettsentwurf vorgenommene Ergänzung, auch bei Versicherten mit dauerhaft erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (ohne Pflegestufe) die zusätzliche Vergütung im einheitlichen Bewertungsmaßstab zu ermöglichen, denn es ist wichtig, die Rahmenbedingungen für die ärztliche Versorgung in den Heimen so zu gestalten, dass die erforderliche Versorgung durch Zahnärzte und Ärzte in den Heimen gewährleistet ist.

Nummer 4 - § 87a Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten

und

Nummer 6§ - 119b Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen

Da die Regelungen darauf abzielen, dauerhaft die medizinische Versorgung in Pflegeheimen zu stärken werden diese seitens des DRK's begrüßt. Im Hinblick auf ggf. eintretende Einsparungen in anderen Leistungsbereichen wird die Möglichkeit, Zuschläge zu vereinbaren, zwar

zunächst befristet, aber die Ergebnisse der Evaluierung bilden später die Grundlage für die Entscheidung über eine Fortführung.

Nummer 5 - § 92 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

Das DRK begrüßt die Neuregelung. In vielen Fällen bestehen derzeit für die Ärzte Unsicherheiten, inwieweit entsprechende Maßnahmen zur Dekolonisation von Trägern mit dem Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus* (MRSA) im Rahmen der häuslichen Krankenpflege verordnet werden können. Durch eine entsprechende Richtlinie des G-BA kann entsprechende Rechtssicherheit geschaffen werden.

IV. Artikel 4 Änderung des Sechsten Sozialgesetzbuches

Nummer 1 § 3 Sonstige Versicherte

und

Nummer 2 § 166 Beitragspflichtige Einnahmen sonstiger Versicherter

Durch die Ergänzung der Nummer 1a wird eine Änderung für den Bereich der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung nachvollzogen, die seitens des DRK's begrüßt wird, zumal die Mindeststundenzahl von 14 Wochenstunden künftig auch durch Zusammenrechnung der Pflege mehrerer pflegebedürftiger Personen erfüllt werden kann, wenn die pflegebedürftigen Personen Leistungen aus der Pflegeversicherung erhalten.