

Deutscher Bundestag

Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

18(14)0131(30)

gel VB zur öAnhörung am 30.09.

2015_PSGII

29.09.2015



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

Stellungnahme zum

**Gesetzentwurf der Bundesregierung
Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen
Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften
(Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II)
Bundestags-Drucksache 18/5926**

**Antrag der Abgeordneten Pia Zimmermann, Harald Weinberg, Sabi-
ne Zimmermann (Zwickau), weiterer Abgeordneter und der Fraktion
DIE LINKE.**

**Bürgerinnen- und Bürgerversicherung in der Pflege –
Solidarische Pflegeversicherung einführen
Bundestags-Drucksache 18/5110**

**Antrag der Abgeordneten Elisabeth Scharfenberg, Katja Dörner,
Kordula Schulz-Asche, weiterer Abgeordneter und der Fraktion
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
Gute Pflege braucht sichere und
zukunfts feste Rahmenbedingungen
Bundestags-Drucksache 18/6066**

Berlin, 28. September 2015

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung	4
I.) Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II	4
Zusammenfassung	4
Art und Umfang der Leistungen – § 4 Abs. 1 SGB XI	7
Aufklärung, Auskunft – § 7 Abs. 2 und 3 SGB XI	8
Pflegeberatung – § 7 a SGB XI	11
Verhältnis der Pflegeversicherung zu anderen Sozialleistungen – § 13 SGB XI	13
Begriff der Pflegebedürftigkeit – § 14 SGB XI	15
Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument – § 15 SGB XI	18
Richtlinien der Pflegekassen – § 17 SGB XI	21
Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit – § 18 SGB XI	25
Begleitung der Umstellung der Pflegebedürftigkeit – § 18c SGB XI	30
Leistungen bei Pflegegrad 1 – § 28a SGB XI	33
Dynamisierung – § 30 SGB XI	34
Pflegesachleistung – § 36 SGB XI	36
Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfen – § 37 Abs. 3 SGB XI	40
Kombinationsleistungen – § 38 SGB XI	43
Zusätzliche Leistungen in ambulant betreuten Wohngruppen – § 38 a SGB XI	44
Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson – § 39 SGB XI	50
Tages- und Nachtpflege – § 41 SGB XI	51
Kurzzeitpflege – § 42 SGB XI	52
Stationäre Pflege – § 43 SGB XI	53
Pflegebedürftige in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe – § 43 a SGB XI	58
Zusätzliche Betreuung/ Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen – § 43 b SGB XI	60
Pflegekurse – § 45 SGB XI	62
Angebote zur Unterstützung im Alltag, Umwandlungsanspruch – § 45a SGB XI	64
Entlastungsbetrag – § 45b SGB XI	68
Richtlinien zusätzlicher Betreuungskräfte – § 53 c SGB XI	69
Pflegeeinrichtungen/Versorgungsvertrag – §§ 71, 72 SGB XI	71
Rahmenverträge – § 75 SGB XI	73
Finanzierung der Pflegeeinrichtungen – § 82 SGB XI	76
Bemessungsgrundsätze – § 84 SGB XI	77
Pflegesatzverfahren – § 85 SGB XI	79
Berechnung und Zahlung des Heimentgelts – § 87a SGB XI	83
Kostenerstattung – § 91 SGB XI	85
Neuverhandlung der Pflegesätze – § 92c SGB XI	88
Alternative Überleitung der Pflegesätze – § 92d SGB XI	90
Verfahren für die Umrechnung – § 92e SGB XI	92
Pflichten der Beteiligten – § 92f SGB XI	95
Pflegestatistiken – § 109 SGB XI	97
Maßstäbe und Grundsätze der Pflegequalität – § 113 SGB XI	98

Qualitätsausschuss – § 113b SGB XI	100
Personalbemessung in Pflegeheimen – § 113c SGB XI	107
Qualitätsprüfungen – § 114 SGB XI	109
Durchführung von Qualitätsprüfungen – § 114a SGB XI	112
Ergebnisse von Qualitätsprüfungen, Qualitätsdarstellung – § 115 SGB XI	114
Beteiligung von Interessenvertretungen – § 118 SGB XI	116
Modellvorhaben Betreuungsdienste – § 125 SGB XI	117
Überleitung in die Pflegegrade – § 140 SGB XI	118
Besitzstandsschutz – § 141 SGB XI	120
Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren – § 142 SGB XI	122
Überleitungs- und Übergangsregelungen – § 144 SGB XI	124
Hilfsmittel – § 33 SGB V	126
Häusliche Krankenpflege – Artikel 5, § 37 SGB V	127
Fiktiver Vermögensverbrauch – neu – Artikel 6a, SGB XII	129
II.) Stellungnahme zum Antrag der Fraktion DIE LINKE. Bürgerinnen- und Bürgerversicherung in der Pflege – Solidarische Pflege- versicherung einführen	131
III.) Stellungnahme zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN Gute Pflege braucht sichere und zukunftsfeste Rahmenbedingungen	133

Vorbemerkung

Der **Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)** bildet mit mehr als 8.500 aktiven Mitgliedseinrichtungen die größte Interessenvertretung privater Anbieter sozialer Dienstleistungen in Deutschland. Einrichtungen der ambulanten und (teil-) stationären Pflege, der Behindertenhilfe und der Kinder- und Jugendhilfe in privater Trägerschaft sind im bpa organisiert. Die Mitglieder des bpa tragen die Verantwortung für rund 260.000 Arbeitsplätze und ca. 20.000 Ausbildungsplätze. Mit rund 4.250 Pflegediensten, die ca. 195.000 Patienten betreuen, und 4.250 stationären Pflegeeinrichtungen mit etwa 280.000 Plätzen vertritt der bpa mehr als jede dritte Pflegeeinrichtung bundesweit. Vor diesem Hintergrund nimmt der bpa wie folgt Stellung.

I.) Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung – Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II

Zusammenfassung

Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz wird die größte und tiefgreifendste Reform der Pflegeversicherung seit ihrer Einführung realisiert. Insbesondere die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist ein Meilenstein, der nach intensiven Diskussionen jetzt umgesetzt wird. Dieses begrüßt und würdigt der bpa. Aus Sicht des bpa ist darüber hinaus auf folgende Punkte besonders hinzuweisen:

- Die neuen **ambulanten Sachleistungsbeträge** sind angemessen (siehe Seite 36).
- Die **Überleitung von den Pflegestufen in die Pflegegrade** wird begrüßt (siehe Seite 118).
- Der bpa fordert einen **Bestandsschutz für die personelle Ausstattung in den Pflegeheimen**. Denn es drohen Personal- und Budgetkürzungen in erheblichem Umfang. Die Pflegeheime wie die Pflegekräfte brauchen eine verlässliche Regelung, die zumindest eine finanzielle und personelle Verschlechterung auch nach der Umstellungsphase ausschließt. Der Gesetzgeber darf nicht nur großzügige Bestandsschutzregelungen gegenüber den Versicherten abgeben, sondern muss mindestens auch die Personalausstattung in den Pflegeheimen garantieren (siehe Seite 120).
- Der bpa hat sich im Vorfeld der Reform nachdrücklich dafür ausgesprochen, dass die bisher bestehenden Leistungen für Men-

schen mit eingeschränkter Alltagskompetenz erhalten bleiben. Dieses hat der Gesetzgeber aufgegriffen. Sowohl die Regelung des **Entlastungsbetrags** bei häuslicher Pflege als auch die **zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen** werden begrüßt (siehe Seite 60).

- Auf scharfe Kritik des bpa stoßen dagegen die **Sachleistungsbeiträge in der stationären Pflege**. Hier drohen Leistungsabsenkungen von bis zu 300 Euro bzw. 28 % im Monat. Der bpa fordert den Gesetzgeber dringend auf, diese Beträge noch anzuheben, um eine zunehmende Sozialhilfebedürftigkeit zu vermeiden (siehe Seite 53).
- Nicht akzeptabel sind für den bpa auch die Verschärfungen für **ambulant betreute Wohngruppen**. Hier droht die Gefahr, dass durch zusätzliche Regulierungen und Prüfungen sowie unzulässige Verrechnungen der sozial- und pflegepolitisch erwünschte Ausbau dieser neuen Versorgungsform ausgebremst wird. Die entsprechenden Vorschriften sind deswegen wieder zu streichen (siehe Seite 44).
- Als Beitrag zu einer flächendeckenden Versorgungsstruktur auch bei der **Tagespflege** fordert der bpa, den Auftrag der Pflegeheime entsprechend zu erweitern. Hier wird ein verlässliches Angebot vorgehalten, welches auch für ambulant versorgte pflegebedürftige Menschen nutzbar sein muss (siehe Seite 71).
- Der bpa begrüßt es, dass in Pflegeheimen **einrichtungseinheitliche Eigenanteile** ermittelt werden. Dadurch bleibt auch bei einem höheren Pflegegrad die Zuzahlung für den Pflegebedürftigen gleich. Dieses wird zu einer leistungsgerechten Einstufungspraxis beitragen, die einen wichtigen Beitrag zu einer dem Unterstützungsbedarf folgenden personellen Ausstattung bewirken wird (siehe Seite 77).
- Die **verpflichtende Prüfung der Abrechnung** bei jeder Qualitätskontrolle ambulanter Dienste lehnt der bpa entschieden ab. Die Kostenträger haben bereits jetzt, sofern ein Verdacht vorliegt, die Möglichkeit einer Abrechnungskontrolle. Insofern führt eine Verpflichtung nur zu unnötiger Bürokratie und trägt nichts zu einer besseren Rechtsumsetzung bei (siehe Seite 109).
- Der bpa begrüßt, dass endlich alle rechtlichen Voraussetzungen geschaffen werden, um das sog. **Indikatorenmodell** einzuführen (siehe Seite 98).
- Bei der Gestaltung des neuen **Qualitätsausschusses** sieht der bpa dringenden Korrekturbedarf. Insbesondere die herausgehobene Stellung des Bundesministeriums für Gesundheit führt faktisch zu einer Entmachtung der Selbstverwaltung, weil die letztliche Entscheidung immer beim Ministerium liegt (siehe Seite 100). Zudem hält es der bpa für kritisch, wenn der Gesetzgeber einerseits die Dynamik der Selbstverwaltung kritisiert, aber andererseits diverse,

für die Umsetzung nicht verantwortliche oder unzureichend legitimierte Akteure als zu Beteiligende deklariert.

- Die mit der Einführung des neuen Begriffs der Pflegebedürftigkeit verbundenen leistungsrechtlichen Änderungen im SGB XI sind zur Vermeidung neuer Abgrenzungsschwierigkeiten insbesondere im Verhältnis zu den Leistungen der Hilfe zur Pflege im SGB XII nachzuvollziehen. Aus Sicht des bpa ist dafür Sorge zu tragen, dass **der Pflegebedürftigkeitsbegriff des SGB XI auch in das SGB XII übernommen wird**, die Ermittlung des pflegerischen Hilfebedarfs und der zu gewährenden Leistungen für beide Leistungsbereiche auf gleicher Grundlage erfolgt und die leistungs- und leistungserbringungsrechtlich notwendig klare Zuordnung sämtlicher Pflegesachleistungen nach dem SGB XI zu den Leistungen der Hilfe zur Pflegen nach dem SGB XII sichergestellt wird.

Zu den Vorschriften im Einzelnen:

Art und Umfang der Leistungen – § 4 Abs. 1 SGB XI

Artikel 2, Nr. 3

A) Beabsichtigte Neuregelung

Anstelle von Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung werden jetzt neu körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung als Leistungsarten verankert.

B) Stellungnahme

Der bpa sieht hier Präzisierungsbedarf. Es fehlt an einer Definition in der Begründung dieser offensichtlich summarischen Leistungsbeschreibungen. Es fehlt außerdem an einer hinreichenden Beschreibung, welche Leistungen bei körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung hinterlegt sind. Hieraus resultierende Missverständnisse, Fehlinterpretationen und juristische wie pflegewissenschaftliche Auseinandersetzungen wären vermeidbar, wenn auf die in § 14 Abs. 2 SGB XI – und bezüglich der Haushaltshilfen auf die in § 14 Abs. 3 SGB XI – genannten Module und deren beschriebenen Aktivitäten und Fähigkeiten rekurriert würde.

C) Änderungsvorschlag

Um Umsetzungsschwierigkeiten zu vermeiden und Rechtssicherheit herzustellen, sollte den drei Begriffen im Gesetz die jeweilige Nummer der Aktivitäten der Module nach § 14 Abs. 2 SGB XI zugeordnet werden. Zumindest sollte allerdings in der Begründung durch eine Zuordnung von körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung zu den Modulen in § 14 Abs. 2 und 3 SGB XI erfolgen. Zwar wird der Begriff der Grundpflege im SGB XI gestrichen, aber im SGB V bleibt er bestehen. Daher drohen hier Abgrenzungsschwierigkeiten, die ebenso durch eine entsprechende Klarstellung vermieden werden können. Auch hierzu bedarf es in der Begründung der Klarstellung, wie sie an anderer Stelle bereits erfolgt ist.

Aufklärung, Auskunft – § 7 Abs. 2 und 3 SGB XI

Artikel 1, Nr. 3

A) Neuregelung

Die Pflegekasse muss den Pflegebedürftigen unmittelbar nach Eingang seines Antrags auf Leistungen über seine Ansprüche informieren und ihm auf Anforderung eine Vergleichsliste vorlegen, die auch Angebote der Träger von Leistungen der Eingliederungshilfe enthalten soll.

B) Stellungnahme

Der bpa begrüßt die Klarstellung zu § 7 SGB XI. Hier wird nunmehr die Leistung – in Abgrenzung zu § 7a SGB XI – als Aufklärung und Auskunft bezeichnet. Bei der Auflistung der Ansprüche des Pflegebedürftigen (Absatz 2) hält der bpa einen Verweis auf die Pflegekurse und individuelle Schulungen für zielführend. Dieser sollte ergänzt werden. Der Gesetzentwurf sieht explizit eine Stärkung von pflegenden Angehörigen vor; dazu sollen u.a. die Pflegekurse nach § 45 SGB XI verpflichtend werden. Um diesen Ansatz konsequent umzusetzen, sollte deshalb auch in der ersten Information der Pflegebedürftigen gem. § 7 SGB XI ein Verweis auf diese Leistungen erfolgen, um eine stärkere Inanspruchnahme der Pflegekurse und individuellen Schulungen zu erreichen.

Bei der Vergleichsliste (Absatz 3) werden die zugelassenen Pflegeeinrichtungen und die Angebote nach § 45 a SGB XI in engem Zusammenhang genannt. Diese sollten nicht miteinander vermischt werden, da es sich um völlig unterschiedliche Angebote handelt, die nicht miteinander verglichen werden können. Die zugelassenen, qualitätskontrollierten ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen nach § 71 SGB XI, die Leistungen mit Fachkräften und anderem qualifizierten Personal sowie mit der entsprechenden Struktur- und Prozessqualität erbringen, sind nicht vergleichbar mit entweder überwiegend ehrenamtlich erbrachten Leistungen oder denen von anerkannten Leistungen nach § 45 a SGB XI, die mit völlig anderen Anforderungen, einer anderen Qualität und anderen Voraussetzungen diese Leistungen erbringen.

Sowohl in Abs. 3 als auch in Abs. 4 des § 7 SGB XI wird in Bezug auf die Vergleichsliste die Terminologie „Kosten“ der Leistungen verwendet. Diese Begrifflichkeit ist hier aber offensichtlich weder gemeint noch relevant, denn hier geht es um die Preise für die jeweilige Leistung. Die Kosten sind

im Rahmen der Verhandlungen nach § 89 SGB XI im Zusammenhang mit der Vereinbarung von Vergütungen relevant. Dort bezeichnen sie im betriebswirtschaftlichen Sinne die notwendigen Ausgaben zur Durchführung bzw. Erbringung der Dienstleistung. Diese sind relevant für die Preisfindung bei den Vergütungsverhandlungen, allerdings nicht Gegenstand des Vergleiches. Es geht für den Versicherten nicht um die Kosten, die bei der Leistungserbringung entstehen, sondern um die Preise für die Leistungen, die er in Anspruch nimmt. Demzufolge wäre hier eine Korrektur angezeigt.

Kritisch bewertet der bpa das Vorhaben, dass auch Leistungen der Eingliederungshilfe in die Vergleichslisten aufgenommen werden sollen. Das ist eine sachfremde Regelung und wird bei den Versicherten zu Missverständnissen führen, weil unterschiedliche Leistungen in einer Liste gemeinsam angeführt werden.

C) Änderungsvorschläge

§ 7 Abs. 2 Satz 4 wird wie folgt gefasst:

Die zuständige Pflegekasse informiert die Pflegebedürftigen unverzüglich nach Eingang eines Antrags auf Leistungen nach diesem Buch insbesondere über ihren Anspruch auf die unentgeltliche Pflegeberatung nach § 7a, den nächstgelegenen Pflegestützpunkt nach § 7c, **die Pflegekurse nach § 45** sowie die Leistungs- und Preisvergleichsliste nach Absatz 3.

§ 7 Abs. 3 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

Zur Unterstützung des Pflegebedürftigen bei der Ausübung seines Wahlrechts nach § 2 Abs. 2 sowie zur Förderung des Wettbewerbs und der Überschaubarkeit des vorhandenen Angebotes hat die zuständige Pflegekasse dem Antragsteller auf Anforderung eine Vergleichsliste über die Leistungen und Vergütungen der zugelassenen Pflegeeinrichtungen nach § 71 sowie **eine gesonderte Vergleichsliste über die jeweiligen Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45 a sowie der Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a** dieses Buches, in deren Einzugsbereich die pflegerische Versorgung und Betreuung gewährleistet werden soll, unverzüglich und in geeigneter Form zu übermitteln (Leistungs- und Preisvergleichsliste).

§ 7 Abs. 3 Satz 3 wird wie folgt gefasst:

Die Liste hat zumindest die jeweils geltenden Festlegungen der Vergütungsvereinbarungen nach dem Achten Kapitel **und getrennt hiervon sowie** die im Rahmen der Vereinbarungen nach Absatz 4 Satz 1 und Satz 2 übermittelten Angaben zu Art, Inhalt und Umfang einschließlich **Kosten**

Preisen in einer Form zu enthalten, die einen Vergleich von **gleichartigen** Angeboten und **Kosten Preisen** und der regionalen Verfügbarkeit, **getrennt nach Angeboten zugelassener Leistungserbringer nach § 71 und den übrigen Anbietern**, ermöglicht.

In § 7 Abs. 4 SGB XI wird Satz 3 gestrichen:

Die Landesverbände der Pflegekassen vereinbaren gemeinsam mit den nach Landesrecht zuständigen Stellen für die Anerkennung der Angebote für niedrigschwellige Betreuung und Entlastung nach den Vorschriften dieses Buches das Nähere zur Übermittlung von Angaben im Wege elektronischer Datenübertragung insbesondere zu Art, Inhalt und Umfang der Angebote, **Preise** und regionaler Verfügbarkeit dieser Angebote einschließlich der Finanzierung des Verfahrens für die Übermittlung. Träger weiterer Angebote, in denen Leistungen zur medizinischen Vorsorge und Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben oder Leben in der Gemeinschaft, zur schulischen Ausbildung oder Erziehung kranker oder behinderter Kinder, zur Alltagsunterstützung und zum Wohnen im Vordergrund stehen, können an Vereinbarungen nach Satz 1 beteiligt werden, falls sie insbesondere die Angaben nach Satz 1 im Wege der von den Parteien nach Satz 1 vorgesehenen Form der elektronischen Datenübertragung unentgeltlich bereitstellen. ~~Dazu gehören auch Angebote der Träger von Leistungen der Eingliederungshilfe, soweit diese in der vorgesehenen Form der elektronischen Datenübermittlung kostenfrei bereitgestellt werden.~~ Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gibt Empfehlungen für einen bundesweit einheitlichen technischen Standard zur elektronischen Datenübermittlung ab.

Pflegeberatung – § 7 a SGB XI

Artikel 1, Nr. 6

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bei der Pflegeberatung durch die Pflegekassen sollen auch die Ergebnisse des Beratungseinsatzes bei den Pflegegeldbeziehern nach § 37 Abs. 3 SGB XI einbezogen werden.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit alle drei Jahre einen Bericht vorzulegen, der auch über die Wirkung der Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI Auskunft geben soll.

Über die Zusammenarbeit in der Beratung sollen Rahmenverträge geschlossen werden.

B) Stellungnahme

Der bpa begrüßt es, dass auf der Grundlage der Ergebnisse der Beratungseinsätze die Pflegeberater auf eine Genehmigung von Maßnahmen hinwirken sollen. Wenn aber die Ergebnisse der Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI in die Pflegeberatung einbezogen werden sollen, stellt sich die Frage, ob sich daraus zusätzliche Anforderungen an die Pflegedienste ergeben. Das wäre im Gesetz und in der Begründung zu präzisieren.

Wenn der Spitzenverband Bund der Pflegekassen einen Bericht über die Wirkung der Beratungseinsätze vorlegt, sollte er sich vorher mit den maßgeblichen Verbänden der Pflegedienste auf Bundesebene ins Benehmen setzen. Die Pflegedienste sind überwiegend diejenigen, die die Leistung nach § 37 Abs. 3 SGB XI erbringen. Insofern sollte es selbstverständlich sein, dass die maßgeblichen Verbände der Pflegedienste auf Bundesebene auch bei dem entsprechenden Bericht mit einbezogen sind.

Die Aufgabe der Pflegeberatung ist es u.a., einen individuellen Versorgungsplan zu erstellen. Grundlage für diesen Versorgungsplan ist das Gutachten im Rahmen der Einstufung, das gemäß der Neuregelung in § 17a SGB XI „maßgebliche“ Bedeutung hat. Der bpa weist darauf hin, dass durch die „maßgebliche“ Bedeutung des Gutachtens für den Versorgungsplan trotzdem das Wunsch- und Wahlrecht des Versicherten gilt und keinesfalls eingeschränkt werden darf.

Über die Zusammenarbeit in der Beratung sollen Rahmenverträge von den Landesverbänden der Pflegekassen mit den Kommunen, der privaten Pflegeversicherung und weiteren Institutionen geschlossen werden. Eine Beteiligung der Verbände der Pflegeeinrichtungen, die auch Beratungsleistungen erbringen, ist bisher nicht vorgesehen. Das kritisiert der bpa. Da nach § 37 Abs. 3 SGB XI und nach § 45 SGB XI die Pflegeberatung die Aufgabe der Pflegeeinrichtungen ist, müssen deren maßgebliche Trägervereinigungen auf Bundesebene auch einbezogen werden. Das ist besonders auch deswegen wichtig, weil das Gesetz ausdrücklich vorschreibt, dass die Informationen aus den Beratungseinsätzen nach § 37 Abs. 3 SGB XI für die Pflegeberatung genutzt werden sollen.

C) Änderungsvorschlag

§ 7a Abs. 7 SGB XI wird wie folgt geändert:

Die Landesverbände der Pflegekassen vereinbaren gemeinsam und einheitlich mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V., den nach Landesrecht bestimmten Stellen für die wohnortnahe Betreuung im Rahmen der örtlichen Altenhilfe, **den maßgeblichen Verbänden der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene** und den zuständigen Trägern der Sozialhilfe sowie mit den kommunalen Spitzenverbänden auf Landesebene Rahmenverträge über die Zusammenarbeit in der Beratung. **Zu den Verträgen nach Satz 1 sind die Verbände der Träger weiterer nicht gewerblicher Beratungsstellen auf Landesebene anzuhören, die für die Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen von Bedeutung sind.**

§ 7a Abs. 9 SGB XI wird wie folgt geändert:

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt dem Bundesministerium für Gesundheit alle drei Jahre, erstmals zum 30. Juni 2020, einen unter wissenschaftlicher Begleitung zu erstellenden Bericht über

1. die Erfahrungen und Weiterentwicklung der Pflegeberatung und Pflegeberatungsstrukturen nach Absatz 1 bis 5, 7 und 8, § 7b Absatz 1 und 2 und § 7c und
2. die Durchführung, Ergebnisse und Wirkungen der Beratung in der eigenen Häuslichkeit sowie die Fortentwicklung der Beratungsstrukturen nach § 37 Absatz 3 bis 8 vor.

Er kann hierfür Mittel nach § 8 Absatz 3 einsetzen. **Für den Bericht nach Ziffer 2 hat er sich mit den maßgeblichen Spitzenverbänden der Pflegedienste auf Bundesebene ins Benehmen zu setzen.**

Verhältnis der Pflegeversicherung zu anderen Sozialleistungen – § 13 SGB XI

Artikel 2, Nr. 6

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es wird klargestellt, dass bei der Leistungserbringung durch die Pflegeversicherung die Leistungen der häuslichen Krankenpflege unberührt bleiben. Dies gilt auch für krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen.

B) Stellungnahme

Krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen:

Der bpa begrüßt die im Gesetzentwurf vorgesehene Klarstellung nachdrücklich!

Zu den krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen hat es jahrelange rechtliche Auseinandersetzungen gegeben. Sie wurden erst beendet, nachdem sowohl im SGB V als auch im SGB XI klargestellt worden ist, dass krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen als Leistungen der häuslichen Krankenpflege sind, auch wenn diese im Rahmen der Einstufung der Pflegeversicherung berücksichtigt worden sind.

Zur Rechtssicherheit ist es daher notwendig, diese Klarstellung auch weiterhin im SGB XI zu verankern. Der bpa unterstützt daher ausdrücklich die hier in § 13 SGB XI und in § 15 Abs. 5 SGB XI vorgesehene Regelungen zu den krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen. Darüber hinaus ist allerdings eine entsprechende Regelung auch in § 37 SGB V erforderlich (s. Seite 127).

Klarstellung zu den Leistungen nach § 38a SGB XI:

Der bpa schlägt darüber hinaus vor, dass in § 13 Abs. 3a SGB XI geregelt wird, dass auch Leistungen nach § 38a SGB XI beim gleichzeitigen Sozialhilfebezug nach SGB XII unberücksichtigt bleiben. In Berlin hat die Einführung des § 38a SGB XI effektiv zu einer Kürzung der Fürsorgeleistungen nach den §§ 61 SGB XI ff. geführt. Die Bezirksämter als zuständige Sozialhilfeträger verweisen regelmäßig auf § 38a SGB XI, der gemäß § 13 Abs. 3 S. 1 Nr. 1 SGB XI vorrangig gegenüber ihren individuellen Fürsorgeleistungen sei, und kürzen ihre Leistungsbescheide entsprechend in

Höhe des Wohngruppenzuschlages, obwohl es sich bei den durch den Wohngruppenzuschlag finanzierten Präsenzkraftleistungen ausdrücklich nicht um individuelle Pflegeleistungen handelt. Dies wird von den Berliner Bezirksämtern als zuständige Sozialhilfeträger jedoch regelmäßig, unter anderem mit Hinweis auf die vereinbarten Leistungen, ignoriert. Die gegenwärtig vorliegenden rechtlichen Entscheidungen in Berlin berücksichtigen jedoch nicht ausreichend den gesetzgeberischen Willen zu § 38a SGB XI als eine zusätzliche Leistung in Wohngemeinschaften für gemeinschaftliche Bedarfe neben den individuellen Pflegeleistungen. Diese Entscheidungen sind mithin abzulehnen und zur Verhinderung der Versagung von Rechtsansprüchen ist eine gesetzliche Klarstellung erforderlich.

Daher bedarf es nach Ansicht des bpa dringend einer gesetzlichen Klarstellung im § 13 Abs. 3a SGB XI, dass der Wohngruppenzuschlag nach § 38a SGB XI nicht auf die Hilfe zur Pflege angerechnet werden darf. Denn im Endeffekt führt die Kürzungspraxis, z. B. der Berliner Bezirksämter, dazu, dass der Wohngruppenzuschlag der Pflegekassen nicht bei den Pflegebedürftigen ankommt, sondern die Bezirksämter erhebliche Beträge in Millionenhöhe zu Lasten der gesetzlichen Pflegeversicherung einsparen, ohne dass dies zusätzliche Leistungen für die Pflegebedürftigen gebracht hat. In anderen Bundesländern besteht die Problematik dagegen so nicht, da dort keine Leistungskomplexe speziell für Bewohner von Wohngemeinschaften existieren und somit auch keine Kürzung der Leistungskomplexe erfolgen kann. Vielmehr werden dort auch für die Bewohner von Wohngemeinschaften die üblichen individuellen Leistungskomplexe erbracht. Der § 38a SGB XI bleibt dort unberührt.

C) Änderungsvorschlag

§ 13 Abs. 3a SGB XI wird wie folgt gefasst:

Die Leistungen nach **§ 38a und § 45b** finden bei den Fürsorgeleistungen zur Pflege nach Absatz 3 Satz 1 keine Berücksichtigung.

Begriff der Pflegebedürftigkeit – § 14 SGB XI

Artikel 1, Nr. 13

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 14 SGB XI wird Begriff der Pflegebedürftigkeit neu definiert. Er orientiert sich künftig an Beeinträchtigungen der Selbständigkeit und Fähigkeitsstörungen.

Die Anleitung soll Bestandteil der jeweiligen Leistung werden.

B) Stellungnahme

Grundsätzlich befürwortet der bpa die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. In diesem Zusammenhang hat der bpa allerdings auch immer deutlich darauf hingewiesen, dass für die pflegebedürftigen Menschen entscheidend ist, ob und welche Leistungen diese zukünftig bekommen. Maßstab sind dabei die diversen Leistungen, die bereits vor dem PSG II und dem neuen Begriff für Menschen mit dementiellen Erkrankungen und kognitiven Beeinträchtigungen in der Pflegeversicherung zur Verfügung standen.

Es ist dem bpa gerade im Zusammenhang mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wichtig, darauf hinzuweisen, dass Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (z.B. Demenz) auch bisher schon erheblich von der Pflegeversicherung profitiert haben. Es gibt auch jetzt schon eine Fülle von Leistungen für diese Personengruppe, die zudem meist zusätzlich gewährt werden. Hier sei nur erinnert an die zusätzlichen Betreuungskräfte im Pflegeheim und in der Tagespflege, an die zusätzlichen Betreuungsleistungen zur Unterstützung der häuslichen Pflege und Betreuung oder auch an das mit der Leistungsausweitung durch das Pflege-Neuausrichtungsgesetz und das Erste Pflegestärkungsgesetz (PSG I) deutlich gestärkte Angebot in der Tagespflege. Die erheblichen Leistungsverbesserungen, die mit dem PSG I verwirklicht worden sind, hat der bpa ausdrücklich begrüßt. Insofern ist es die besondere Herausforderung für den Gesetzgeber, dass mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff die bereits bestehenden Leistungen gerade für die Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz gesichert sowie erweitert werden müssen und dass es im Vergleich zum Status quo zu einer spürbaren Verbesserung für alle Leistungsbezieher kommt. Gerade für die Pflegebedürftigen, die künftig stationärer Pflege bedürften, gelingt dieses leider nicht (s. dazu die Aus-

fürungen zu § 43 SGB XI, Seite 53).

Der Gesetzentwurf setzt die Ergebnisse des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, an dem der bpa intensiv mitgearbeitet hat, um. Das begrüßt der bpa.

Zugleich weist der bpa darauf hin, dass die sog. **Minutenpflege** mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff nicht beendet sein wird. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff ändert etwas am Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung, er ändert nichts an der Leistungserbringung. Nur weil es eine andere Grundlage für die Begutachtung gibt, wird die sog. Minutenpflege nicht abgeschafft. Wenn der Zeitdruck in der Pflege reduziert werden soll, braucht man mehr Personal und Personalanhaltszahlen, die dem Versorgungsaufwand gerecht werden und bundesweit transparent sind. Hierfür werden höhere Sachleistungsbeträge und Pflegesätze benötigt, damit das erforderliche zusätzliche Personal finanziert werden kann.

Klarstellungsbedarf sieht der bpa in § 14 Abs. 2 Nr. 4. Bei den dort genannten Beeinträchtigungen im Bereich der Selbstversorgung bittet der bpa den Gesetzgeber um Prüfung, ob auch die **Reinigung von Prothesen** beim „Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare“ enthalten ist. Die Reinigung der Prothesen ist in der Pflegepraxis von großer Bedeutung. Um Rechtsunsicherheiten bei der Umsetzung des Gesetzes zu vermeiden, sollte sie deshalb hier mit aufgeführt werden.

Der bpa begrüßt es, dass in der Begründung zu § 14 Abs. 2 SGB XI ausdrücklich auch die **Anleitung als Bestandteil der Leistung** genannt wird. Um sicherzustellen, dass die Anleitung beim Pflegebedürftigen auch erbracht werden kann, sollte deshalb in § 36 SGB XI ein Rechtsanspruch des Versicherten auf Anleitung und Beratung verankert werden. Dazu unterbreitet der bpa in den Ausführungen zu § 36 SGB XI einen konkreten Gesetzesvorschlag (s. Seite 36).

C) Änderungsvorschläge

§ 14 Abs. 2 Nr. 4 wird wie folgt gefasst:

Selbstversorgung: Waschen des vorderen Oberkörpers, Körperpflege im Bereich des Kopfes, Waschen des Intimbereichs, Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare **und Reinigung der Prothesen**, An- und Auskleiden des Oberkörpers, An- und Auskleiden des Unterkörpers, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Ein-gießen von Getränken, Essen, Trinken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls, Bewältigen der Folgen einer Harninkon-

tinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma, Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma, Besonderheiten bei Sondenernährung, Besonderheiten bei parenteraler Ernährung, Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen;

Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument – § 15 SGB XI

Artikel 1, Nr. 14

A) Beabsichtigte Neuregelungen

Künftig soll bei der Begutachtung anhand von sechs Modulen beurteilt werden, ob Pflegebedürftigkeit vorliegt. Auf der Grundlage der dabei ermittelten Gesamtpunktwerte werden die Versicherten dann insgesamt fünf Pflegegraden zugeordnet.

Die in § 15 SGB XI enthaltenen Klarstellungen zu den krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen, die laut Referentenentwurf gestrichen werden sollten, sind im Gesetzentwurf wieder enthalten.

B) Stellungnahme

Zum neuen Begutachtungsverfahren:

Das neue System der Begutachtung ist sehr komplex. **Module, Einzelpunkte, Punktbereiche, und Gesamtpunkte verknüpft mit Algorithmen beschreiben, wie die Pflegegrade ermittelt werden. Deswegen begrüßt der bpa ausdrücklich, dass die Verständlichkeit und die Nachvollziehbarkeit im Gesetzentwurf im Vergleich zum Referentenentwurf deutlich verbessert wurden.** Das Verfahren wird dadurch transparenter und nachvollziehbarer. Damit ermöglicht der Gesetzentwurf den Versicherten und Angehörigen, dass sie erkennen können, wie die Zuordnung zu einem Pflegegrad erfolgt. Der Gesetzgeber hat damit die Kritik des bpa, die dieser in seiner Stellungnahme zum Referentenentwurf dargelegt hat, aufgegriffen und die Transparenz und Nachvollziehbarkeit deutlich erhöht. Insbesondere begrüßt der bpa, dass jetzt in den Anlagen zu § 15 SGB XI die Einzelpunkte für die Module festgelegt sind und diese nicht mehr, wie im Referentenentwurf noch vorgesehen, vom Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales durch Rechtsverordnung festgelegt werden.

Ist das heutige System der Zuordnung in Pflegestufen für die Betroffenen noch leicht verständlich und z.B. mit Unterstützung eines Pflegetagebuches auch einschätzbar, wäre die heutige Transparenz künftig der Macht der Logarithmen untergeordnet. Diese weisen den abstrakten Wert des Grades der Selbständigkeit aus, der ausdrücklich nichts mit dem benötig-

ten individuellen zeitlichen Aufwand des pflegebedürftigen Menschen zu tun haben muss.

Daher fordert der bpa, dass der Einstufungsbescheid, der an den Versicherten verschickt wird, auch größtmögliche **Transparenz** über das Verfahren bei der Berechnung der Pflegegrade herstellt. Der Bescheid muss so detailliert sein, dass die Entscheidung für den jeweiligen Pflegegrad für den Versicherten tatsächlich nachvollziehbar ist.

Die Algorithmen, die hinter dem Berechnungsverfahren stehen, sollten veröffentlicht werden. Der Gesetzgeber hat sich schließlich auch an anderer Stelle nicht gescheut, eine Formel ins Gesetz zu schreiben (siehe das Verfahren für die Umrechnung der Pflegesätze, §§ 92c ff. SGB XI).

Der bpa weist darauf hin, dass die Funktionalität des neuen Begutachtungsverfahrens für den ambulanten Bereich nicht hinreichend getestet wurde. Es gab keinen Pretest zum Abgleich der Auswirkungen des neuen und des alten Systems wie im stationären Bereich, um zu prüfen, ob und wie das neue Begutachtungsverfahren im ambulanten Bereich funktioniert und ob und wie es mit dem pflegerischen Aufwand korrespondiert.

Zu den krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen:

Der bpa begrüßt es außerordentlich, dass die im Referentenentwurf vorgesehene Streichung der Regelung zu den krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen in § 15 Abs. 3 Satz 2 SGB XI zurückgenommen wurde und dass der Gesetzgeber die notwendige Klarstellung in den Gesetzestext wieder aufgenommen hat. Der Kritik des bpa wurde damit Rechnung getragen. Damit wird eine Verunsicherung des betroffenen Personenkreises, vorrangig schwerstpflegebedürftige Menschen, verhindert, wenn auch noch in Artikel 5 die erweiterte Regelung zu den krankheitsspezifischen Maßnahmen in § 37 SGB V aufgenommen wird.

Der bpa teilt ausdrücklich die Einschätzung des Gesetzgebers zu den krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen in § 15 Abs. 5 SGB XI. Dort heißt es in der Begründung: „Absatz 5 stellt klar, dass bei der Begutachtung auch solche Kriterien zu berücksichtigen sind, die zu einem Hilfsbedarf führen, für den Leistungen des SGB V vorgesehen sind. Dies gilt auch und insbesondere für sogenannte krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen.“ Damit ist klar, dass der Gesetzgeber die derzeit bestehende Klarstellung auch mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs fortsetzen möchte. Das begrüßt der bpa nachdrücklich. Allerdings ist die entsprechende Regelung hier in § 15 SGB XI nicht ausreichend, weil es einer konkretisierenden Regelung auch in § 37 SGB V bedarf.

Verordnungsermächtigung – § 16 SGB XI

Artikel 2, Nr. 7

A) Beabsichtigte Neuregelung

Das Bundesministerium für Gesundheit kann durch Rechtsverordnung Vorschriften zur pflegfachlichen Konkretisierung der Inhalte des Begutachtungsinstruments nach § 15 sowie zum Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach § 18 zu erlassen.

B) Stellungnahme

Der bpa bewertet diese Ermächtigung kritisch. Damit erhält die Exekutive die Möglichkeit, in die Grundlagen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs einzugreifen. Aus Sicht des bpa sollte diese Regelung wieder gestrichen werden.

Richtlinien der Pflegekassen – § 17 SGB XI

Artikel 2, Nr. 8

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird verpflichtet, auf der Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs neue Begutachtungsrichtlinien sowie Richtlinien zur Durchführung der Pflegeberatung zu erarbeiten. Die Bundesverbände der privaten Alten- und Pflegeheime sowie die Verbände der ambulanten Dienste sind an den Richtlinien zu beteiligen.

B) Stellungnahme

Zu den neuen Begutachtungsrichtlinien:

Im Grundsatz begrüßt der bpa das Vorhaben. Um die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs frühzeitig vorzubereiten und sicherzustellen, ist es richtig, schnellstmöglich die Erarbeitung entsprechend angepasster **Begutachtungsrichtlinien** zu beauftragen. Der bpa weist aber in aller Deutlichkeit darauf hin, dass eine alleinige Anpassung der Begutachtungsrichtlinien nicht dazu führen wird, dass der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff reibungslos eingeführt werden kann. Nur weil der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) in der Lage ist, Begutachtungen nach der Systematik des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs durchzuführen, heißt das noch lange nicht, dass der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff vollständig umgesetzt werden kann. Der bpa weist in aller Deutlichkeit darauf hin, dass die vollständige Anpassung der vertraglichen Grundlagen der pflegerischen Infrastruktur inklusive der Personalbemessung, die durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff erforderlich ist, eine weitaus größere Aufgabe als die Anpassung der Begutachtungsrichtlinien ist. Der bpa appelliert daher nachdrücklich an den Gesetzgeber, ausreichend Zeit zur Umsetzung der erforderlichen Anpassungsmaßnahmen durch die Trägerverbände, die Pflegeheime und die Pflegedienste vorzusehen. Denn wenn es anstatt der drei Pflegestufen künftig fünf Pflegegrade gibt, bedeutet dieses, dass alle bestehenden Verträge in der Pflegeversicherung umgestellt werden müssen:

- Für nahezu 800.000 Heimbewohner müssen die Heimverträge angepasst werden. Die Umstellung der personellen Ausstattung von der heute relevanten Koppelung an die Pflegestufen an künftige Pflegegrade bei wechselnden Bezugsgrößen birgt das Risiko einer

erheblichen Verschlechterung der Versorgungsqualität für sämtliche Heimbewohner.

- Für die 616.000 durch Pflegedienste versorgten Pflegebedürftige müssen die Patientenverträge angepasst werden.
- Für die 25.700 Pflegedienste und Pflegeheime müssen die Vergütungs- bzw. Pflegesatzvereinbarungen geändert werden.
- Neben der Bundesrahmenempfehlung sind in allen 16 Bundesländern die Rahmenvereinbarungen nach § 75 SGB XI für die ambulante, die teilstationäre und die stationäre Pflege anzupassen.

Dieses bedeutet für die Pflegebedürftigen eine Umstellung, aber insbesondere für die Pflegeeinrichtungen und die Selbstverwaltung gleicht dieses einer Mammutaufgabe. Der bpa schlägt deswegen vor, dass der Gesetzgeber die Selbstverwaltung beauftragt, in den Bundesrahmenempfehlungen nach § 75 Abs. 6 SGB XI Vorgaben hinsichtlich der Auswirkungen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs auf die notwendige Personalausstattung, die Pflegesätze und die Entgeltvereinbarungen zu beschließen, damit es nicht in allen 16 Bundesländern zu einer unterschiedlichen Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs kommt.

Zur Beteiligung der Trägerverbände:

Der bpa begrüßt die Beteiligung der „Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene“ an der Erarbeitung der Begutachtungsrichtlinie nach Abs. 1 und an der Pflegeberatungs-Richtlinie nach Abs. 1a grundsätzlich.

Über die bisher im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen hinaus setzt sich der bpa dafür ein, künftig in § 17 SGB XI sowie an weiteren Stellen **nur die „maßgeblichen“ Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene an den Richtlinien und Vereinbarungen des SGB XI zu beteiligen sind.** Die Kriterien hierfür sind

- die durch den Trägerverband vertretene Anzahl von Pflegeeinrichtungen bezogen auf die jeweiligen Versorgungsformen (ambulant/stationär) und
- die Verteilung dieser Einrichtungen und Dienste auf mindestens zwei Drittel der Bundesländer.

Begründung:

In der deutschen Pflegelandschaft gibt es eine Vielzahl verschieden strukturierter Interessengruppen, deren Zielsetzung, Mitgliederaufkommen und Organisationsgrad sehr unterschiedlich stark ausgeprägt sind. Nicht wenige dieser Vereinigungen sind rein regionale Interessenvertretungen. An-

dere Verbände repräsentieren gezielt nur Anbieter bestimmter Versorgungsbereiche, etwa nur ambulante Pflegedienste oder aber lediglich Träger stationärer Pflegeeinrichtungen. Vereinsrechtlich ist es jeder noch so kleinen Vereinigung frei gestellt, sich satzungsmäßig als Bundesverband darzustellen – unabhängig davon, in welchem tatsächlichen Ausmaß sie Mitglieder über das gesamte Bundesgebiet vertritt.

Diese Rechtslage birgt beim gegenwärtigen Wortlaut von § 17 SGB XI die Gefahr einer latenten Rechtsunsicherheit in Bezug auf das rechtmäßige Zustandekommen der zu entwickelnden Richtlinien, da während der Entwicklung und auch noch danach kleine und regionale Verbände über eine entsprechend gestaltete Satzung eine Bundesvertretung für sich reklamieren könnten und mit Anzeige ihrer fehlenden Beteiligung am Entwicklungsprozess die Rechtmäßigkeit zustande gekommener Richtlinien in Frage stellen könnten. Zudem lässt sich bisher nicht verhindern, dass Trägerverbände eine Beteiligung bei Vereinbarungen über einzelne Leistungsbereiche reklamieren, ohne in der jeweiligen Versorgungsform überhaupt Mitgliedseinrichtungen zu vertreten.

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

Mit einer Repräsentanz in zwei Drittel aller Bundesländer wird sichergestellt, dass nicht begrenzte, sektorale Interessen vertreten werden, sondern eine übergeordnete, auf die Verhältnisse der Mehrzahl aller Pflegeanbieter im Bundesgebiet angepasste Vertretung erfolgt.

Über die vertretene Anzahl von Pflegeeinrichtungen bezogen auf die jeweiligen Versorgungsformen wird in quantitativer Hinsicht einerseits ein Mindestmaß an Interessenwahrnehmung sichergestellt und andererseits auch kleineren Vereinigungen neben größeren Verbänden mit deutlich mehr Mitgliedern bei gleichem Stimmgewicht die Teilnahme auf Bundesebene ermöglicht.

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

Für Verbände, die die Voraussetzungen einer maßgeblichen Trägerverei-

nigung nicht erfüllen, schlägt der bpa ein Beteiligungsrecht vor.

C) Änderungsvorschläge

§ 17 Abs. 1 Satz 2 SGB XI wird wie folgt gefasst:

(1) Er hat dabei die **maßgeblichen** Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, den Verband der Privaten Krankenversicherung e. V., die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene zu beteiligen.

§ 17 Abs. 1 a Satz 2 SGB XI wird wie folgt gefasst:

(1a) An den Richtlinien nach Satz 1 sind die Länder, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege sowie die **maßgeblichen** Verbände der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene zu beteiligen.

Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit – § 18 SGB XI

Artikel 1 Nr. 13 und Artikel 2, Nr. 10

A) Neuregelung

Das Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit wird an den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff angepasst.

Der Antragsteller ist auf die „maßgebliche“ Bedeutung des Gutachtens für den Versorgungsplan hinzuweisen; ihm wird das Gutachten zugesendet, sofern er dem nicht widerspricht.

Der bpa schlägt vor, neu in § 18 Abs. 3 c SGB XI eine Frist für den Widerspruchsbekanntmachung zu verankern.

Der bisher im Gesetz enthaltene „Strafbetrag“ in Höhe von 70 Euro, den die Pflegekasse zu zahlen hat, wenn der Bescheid über die Pflegestufe nicht fünf Wochen nach Eingang des Antrags ergeht, wird im Jahr 2017 ausgesetzt.

Im Rahmen der Begutachtung sind auch Beeinträchtigungen der Selbständigkeit in den Bereichen außerhäusliche Aktivitäten und Haushaltsführung zu erfassen (Abs. 5a), obwohl sie nicht in die Ermittlung des Pflegegrades eingehen.

Die Feststellungen der Gutachter zur medizinischen Rehabilitation sollen künftig auf der Grundlage eines bundeseinheitlichen strukturierten Verfahrens erfolgen (Abs. 6).

Bei der Begutachtung soll der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) über die Menge und Art der Hilfsmittel entscheiden, ohne dass es dafür einer ärztlichen Verordnung bedarf (Abs. 6a).

B) Stellungnahme

Maßgebliche Bedeutung des Versorgungsplans:

Wie bereits zu § 7a SGB XI ausgeführt, darf die „maßgebliche“ Bedeutung des Versorgungsplans nicht dazu führen, dass das Wunsch- und Wahlrecht des Versicherten eingeschränkt wird. Die Erstellung des Versorgungsplans ist eine wichtige Hilfe für den Versicherten. Gleichwohl muss klar sein: Es gilt das Wunsch- und Wahlrecht des Versicherten und nicht ein mögliches „Diktat“ des Versorgungsplans, der ihm bei der individuellen Zusammen-

stellung seiner Hilfeleistungen keinen Entscheidungsspielraum mehr lässt.

Zusendung des Gutachtens:

Der bpa begrüßt es ausdrücklich, dass das Gutachten dem Versicherten regelhaft zugesendet wird, sofern er dem nicht ausdrücklich widerspricht. Gerade weil dem Gutachten laut Gesetzentwurf so eine wichtige Rolle zugemessen wird, ist es wichtig, dass es auch der Versicherte erhält. Der bpa begrüßt darüber hinaus auch, dass das Ergebnis des Gutachtens transparent dargestellt werden und verständlich erläutert werden soll. Das dient der Nachvollziehbarkeit und findet deshalb die Zustimmung des bpa.

Frist für den Widerspruchsbescheid:

In der Praxis hat sich gezeigt, dass Versicherte, die Widerspruch gegen den Bescheid über ihre Pflegestufe einlegen, oft Monate warten müssen, bis darüber entschieden wird. Anwälte berichten von Fällen, in denen der Widerspruchsbescheid erst nach neun Monaten ergeht und Sozialgerichte aufgrund ihrer Überlastung nicht reagieren. Deshalb fordert der bpa, dass für Widerspruchsbescheide die gleiche Frist gelten soll wie für den Leistungsbescheid der Pflegekasse.

Aussetzung des „Strafbetrags“:

Die Aussetzung des „Strafbetrags“ bei verspätetem Bescheid (Abs. 3b Satz 5) lehnt der bpa ab. Auch Versicherte, die im Jahr 2017 eingestuft werden, haben einen Anspruch darauf, dass ihr Antrag auf Einstufung zügig bearbeitet wird. Durch die Aussetzung des Strafbetrags gibt der Gesetzgeber ein falsches Signal. Da Verzögerungen bei der Begutachtungen und bei der Erteilung des Bescheids nicht mehr sanktioniert werden, kann dieses für Versicherte, die im Jahr 2017 einen Antrag auf Leistungen aus der Pflegeversicherung stellen, zu einem erheblichen Nachteil werden.

Bereiche außerhäusliche Aktivitäten und Haushaltsführung:

Hier erschließt sich nicht, warum bei der Begutachtung in zusätzlichen Bereichen die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit erfasst, aber nicht bei der Begutachtung berücksichtigt werden. Warum soll ein Bedarf erhoben werden, der dann aber bei der Leistungsgewährung keine Rolle spielt? Wenn der Gesetzgeber hier in der Begründung schreibt, dass diese Bedarfe „von großer Bedeutung für die Bewältigung der Pflegesituation, die Verbesserung der häuslichen Versorgung und damit die Stärkung der Selbst-

ständigkeit der Pflegebedürftigen“ sind, wäre es angezeigt, diese Bereiche in die Aufzählung nach § 14 Abs. 2 SGB XI mit einzubeziehen.

Feststellungen zur Rehabilitation:

Der Gesetzgeber hat bereits mehrfach die Regelungen zur Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen durch Pflegebedürftige angepasst. Das Ziel dabei ist, dass Pflegebedürftige früher und konsequenter Leistungen der Rehabilitation in Anspruch nehmen. Der Grundsatz „Reha vor Pflege“ soll damit umgesetzt werden. Das begrüßt der bpa nachdrücklich. Der bpa teilt die Einschätzung des Gesetzgebers, dass deutlich mehr Rehabilitationsempfehlungen ausgesprochen werden müssen. Die Gesetzesbegründung verweist darauf, dass bei 1,3 Millionen Gutachten nur 5.300 Rehabilitationsempfehlungen ausgesprochen wurden, was einem Anteil von 0,4 % entspricht. Die Gesetzesbegründung verweist auf eine Studie, wonach es bis zu 6,3 % Rehabilitationsempfehlungen geben müsste. Diese Lücke gilt es zu schließen. Dass der Gesetzentwurf für die Rehabilitationsempfehlungen bundeseinheitliche strukturierte Vorgaben vorsieht, begrüßt der bpa.

MDK-Entscheidung über Art und Menge der Hilfsmittel:

Um Versicherte und Angehörige von bürokratischen Verfahren zu entlasten und den Pflegebedürftigen schneller mit Hilfsmitteln zu versorgen, sollen künftig die Empfehlungen des MDK zu den Hilfsmitteln unmittelbar als Antrag gelten, ohne dass es einer weiteren ärztlichen Verordnung nach § 33 SGB V bedarf. Den Ansatz dieses Vorhabens begrüßt der bpa, er sieht allerdings auch dringenden Korrekturbedarf. Denn letzten Endes bedeutet diese Regelung, dass der MDK alleine über Art und Menge der erforderlichen Hilfsmittel zum Zeitpunkt der Begutachtung entscheidet. Der bpa bittet den Gesetzgeber hier nachdrücklich um Klarstellung, dass unabhängig von der Empfehlung des MDK seitens des Versicherten weitere oder andere Hilfsmittel durch einen Arzt verordnet oder beantragt werden können. **Die Empfehlung des MDK muss im Zweifelsfall auf Veranlassung des Pflegebedürftigen durch den Arzt überprüft und verändert werden können. Die MDK-Empfehlung darf nicht als abschließende Entscheidung über sämtliche Hilfsmittel gelten!** Insbesondere die Menge der Hilfsmittel kann der MDK bei der ersten Begutachtung keinesfalls abschließend einschätzen, sondern diese zeigt sich erst im Laufe des Pflegeprozesses. Deutlich wird dieses beispielsweise an einem Hilfsmittel wie Inkontinenzhosen.

Auch bisher schon hat sich die Pflegefachkraft des Pflegeheims oder des Pflegedienstes, die im täglichen Kontakt mit dem Pflegebedürftigen ist und dessen Versorgungssituation genau einschätzen kann, um die notwendi-

gen Hilfsmittel gekümmert. Das muss auch weiterhin möglich sein genauso wie die Verordnungsmöglichkeit des Arztes durch diese Regelung nicht eingeschränkt werden darf.

In der Begründung heißt es zu dieser Regelung, dass sie wegen des Verzichts auf eine ärztliche Einbindung nur für solche Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel gilt, die den Zielen von § 40 SGB XI entsprechen. Daran anschließend erfolgt eine beispielhafte Aufzählung von diversen Hilfsmitteln. Diese Aufzählung entspricht aber nicht der bisherigen Abgrenzung von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln, vielmehr handelt es sich bei dieser beispielhaften Aufzählung um eine einseitige und reduzierte Auswahl des Hilfsmittelverzeichnisses. Die Erfahrungen aus der Praxis zeigen häufig, dass trotz des beispielhaften Charakters den Versicherten in solchen Fällen auch nur die genannten Hilfsmittel gewährt werden, aber keine sonstigen. Das würde bedeuten, dass der Anspruch des Versicherten auf Hilfsmittel eingeschränkt würde. Wenn man sich schon am Hilfsmittelverzeichnis orientiert, sollte direkt auf alle im Verzeichnis genannten Produktgruppen verwiesen werden.

Besonders kritisch bewertet der bpa schließlich die Formulierung der „unmittelbar alltagsrelevanten“ Hilfsmittel in der Begründung des Gesetzentwurfs. Eine solche Formulierung steht nicht im Hilfsmittelkatalog und würde deshalb zu erheblichen Rechtsunsicherheiten führen, da unklar wäre, wer über die „unmittelbare Alltagsrelevanz“ eines Hilfsmittels entscheidet.

C) Änderungsvorschläge

In § 18 Abs. 3b SGB XI wird Satz 5 gestrichen:

~~Die Sätze 1 bis 3 finden vom 1. Januar 2017 bis 31. Dezember 2017 keine Anwendung.~~

§ 18 SGB XI wird um einen neuen Absatz 3c wie folgt ergänzt:

(3c) Legt der Versicherte Widerspruch gegen die Entscheidung der Pflegekasse auf seinen Antrag zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit nach Absatz 3 ein, ist dem Versicherten spätestens fünf Wochen nach Eingang des Widerspruchs bei der zuständigen Pflegekasse der Bescheid schriftlich mitzuteilen; ansonsten muss die Pflegekasse den Widerspruch gegen sich gelten lassen.

§ 18 Abs. 5a SGB XI wird gestrichen. Die zusätzlichen Bereiche außerhalb häusliche Aktivitäten und Haushaltsführung sollten stattdessen in § 14 SGB XI, zumindest in den Absatz 3 als Erweiterung der Haushaltsführung, inte-

griert werden.

Nach § 18 Abs. 6a Satz 4 SGB XI wird folgender Satz neu eingefügt:

Die Ansprüche des Versicherten auf weitere Hilfsmittel nach § 33 des Fünften Buches sowie auf weitere Pflegehilfsmittel nach § 40 bleiben unberührt.

Die Begründung ist entsprechend der Ausführungen oben anzupassen.

Fachliche und wissenschaftliche Begleitung der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit – § 18c SGB XI

Artikel 1, Nr. 15

A) Beabsichtigte Neuregelungen

Das BMG richtet ein Begleitgremium ein, das u.a. die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene bei der Vorbereitung der Umstellung auf die neuen Pflegegrade zu unterstützen.

B) Stellungnahme

Der bpa begrüßt die Einrichtung des Begleitgremiums. Allerdings sollte auch hier klargestellt werden, dass nur die maßgeblichen Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene gemeint sind (siehe hierzu die Definition und die Begründung zu § 17 SGB XI, Seite 22).

Nach Auffassung des bpa müssen die Aufträge und Kompetenzen des Begleitgremiums dringend konkretisiert werden. Bereits jetzt sind Auswirkungen des Gesetzentwurfs für die Zeit ab 2017 absehbar, die von dem Begleitgremium untersucht werden müssen.

Der Gesetzgeber betont, dass durch den vorliegenden Gesetzentwurf niemand Nachteile haben wird. Dabei tritt in den Hintergrund, dass es für die Heimbewohner wahrscheinlich keinerlei Verbesserungen geben wird. Nach der Umstellung werden die Pflegeheime mit dem gleichen Budget und mit der gleichen Zahl an Mitarbeitern die Versorgung sichern müssen. Ein neues Begutachtungsverfahren zwingt zwar dazu, sämtliche Vereinbarungen, Verträge und Abrechnungen ändern zu müssen, bewirkt aber weder schlechtere noch bessere Pflege und Betreuung. Vielmehr wird der Bestandsschutz für die derzeitigen Pflegebedürftigen und die Umwandlung der Pflegestufen in Pflegesätze (einfacher bzw. doppelter Stufenprung) dazu führen, dass es zunächst in den Pflegeheimen viele Pflegebedürftige mit relativ hohen Pflegegraden geben wird. Durch die Studie von Prof. Dr. Rothgang ist belegt, dass die Neueinstufungen in die Pflegegrade ab 2017 aber zu deutlich niedrigeren Pflegegraden als zum Zeitpunkt der Umstellung führen werden. Da an die Anzahl der Pflegebedürftigen in den jeweiligen Pflegegraden auch die personelle Ausstattung geknüpft ist und da es keinen Bestandsschutz für die personelle Ausstattung gibt, drohen nach der Umstellung in den Pflegeheimen Personal- und Budgetkürzungen in erheblichem Umfang. Diese sich bereits jetzt ab-

zeichnende Problematik muss Gegenstand des Begleitgremiums werden. Das Begleitgremium sollte zudem ermächtigt werden, zu dieser Frage auch die erforderlichen Daten zu erheben.

Darüber hinaus setzt der vorliegende Gesetzentwurf Anreize, die Unterstützung im Pflegeheim noch später als heute in Anspruch zu nehmen, auch wenn die sichere Versorgung häufig durchaus früher sinnvoll wäre. Den Pflegeheimen wird damit die Aufgabe der Versorgung in der letzten Phase des Lebens und der Betreuung schwerst dementiell erkrankter Menschen zugeschrieben. Den pflegebedürftigen Menschen wird damit bevormundend vorgeschrieben, was für sie gut sein soll und was für sie weniger gut sein soll. Auch diese Auswirkungen müssen vom Begleitgremium geprüft werden.

Die alternative Überleitung der Pflegesätze nach § 92d und § 92e SGB XI ist ein sehr komplexes Verfahren. Deshalb müssen nach Auffassung des bpa die Auswirkungen dieser Überleitungsregelungen unbedingt auch vom Begleitgremium geprüft werden. Hierbei sollte ausdrücklich die Umsetzung für die teilstationären Pflegeeinrichtungen, insbesondere die der Tagespflege, mit einbezogen werden.

Aus Sicht des bpa ist es erforderlich, dass die vom Begleitgremium erfassten Fehlentwicklungen anschließend auch in konkrete gesetzgeberische Maßnahmen umgesetzt werden müssen.

C) Änderungsvorschlag

§ 18 c Abs. 1 SGB XI wird wie folgt gefasst:

Das Bundesministerium für Gesundheit richtet im Benehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales und dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend ein Begleitgremium ein, das die Vorbereitung der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14, 15 und 18 Absatz 5a in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung mit pflegefachlicher und wissenschaftlicher Kompetenz unterstützt. Aufgabe des Begleitgremiums ist, das Bundesministerium für Gesundheit bei der Klärung fachlicher Fragen zu beraten und den Spitzenverband Bund der Pflegekassen, den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sowie die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene bei der Vorbereitung der Umstellung zu unterstützen. Dem Begleitgremium wird ab dem 1. Januar 2017 zusätzlich die Aufgabe übertragen, das Bundesministerium für Gesundheit bei der Klärung fachlicher Fragen zu beraten, die nach der Umstellung im Zuge der Umsetzung auftreten. **Das Begleitgremium hat**

insbesondere die Aufgabe die durch die Umstellung auf die Pflegegrade nach § 14 entstehenden Auswirkungen auf die personelle Ausstattung der Pflegeeinrichtungen nach § 71, unter gesonderter Berücksichtigung der Regelungen zum teilstationären Bereich und der alternativen Überleitungsregelung, zu prüfen. Notwendige Datenerhebungen soll das Gremium selbst durchführen oder beauftragen.

Leistungen bei Pflegegrad 1 – § 28a SGB XI

Artikel 2, Nr. 14

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 28a SGB XI werden die Leistungen bei Pflegegrad 1 definiert.

B) Stellungnahme

Der bpa fordert, dass bei Pflegegrad 1 auch Leistungen der Verhinderungspflege gewährt werden. Dieses würde die pflegenden Angehörigen entlasten und die Versorgung der Pflegebedürftigen besser sicherstellen.

C) Änderungsvorschläge

In § 28a SGB XI wird folgende Nummer 8 neu hinzugefügt:

8. Verhinderungspflege gemäß § 39.

Dynamisierung – § 30 SGB XI

Artikel 1, Nr. 16

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die für das Jahr 2017 vorgesehene Dynamisierung der Leistungsbeträge soll bereits in die Leistungsbeträge des vorliegenden Gesetzes integriert sein. Die nächste Dynamisierung würde dann erst 2020 erfolgen.

B) Stellungnahme

Der bpa sieht diese Argumentation sehr kritisch, weil sie nicht nachprüfbar ist. Denn weder im Gesetz noch in der Begründung finden sich Angaben darüber, wie die Höhe der Leistungsbeträge zustande gekommen und in welcher Höhe die für 2017 vorgesehene Dynamisierung in die Leistungsbeträge eingeflossen ist. Für den ambulanten Bereich entsprechen die Leistungen des Pflegegrades 2 exakt den Leistungen der Pflegestufe I plus der Leistungen nach § 123 SGB XI. Der Personenkreis, der zukünftig entsprechend eingestuft wird, erhält dann 2017 die gleichen Leistungen wie 2015, eine Dynamisierung ist nicht zu erkennen.

Die für den Fall der Nichteinigung der Vertragspartner vorgesehene Umrechnungsformel für die Pflegesätze im stationären und teilstationären Bereich (siehe Seite **Fehler! Textmarke nicht definiert.**) verzichtet vollständig auf jede Dynamisierung, sondern führt automatisch zu einer budgetneutralen Umsetzung. Damit verbundene Erwartungen an eine Leistungsverbesserung müssten in diesem Falle enttäuscht werden. Der bpa fühlt sich durch dieses Vorgehen darin bestärkt, weiterhin eine regelgebundene Dynamisierung zu fordern.

Denn die inflationsbedingte Entwertung der Leistungen und der damit einhergehende Akzeptanzverlust der Versicherten sind nur durch eine regelmäßige, an die Inflation gebundene Dynamisierung zu verhindern. Der bpa ist sich bewusst, dass die regelmäßige Dynamisierung entsprechende Kostensteigerungen bedingt. Nichtsdestotrotz ist es sachgerecht, einen automatischen regelhaften Inflationsausgleich zu schaffen, ohne dass es jeweils einer Rechtsverordnung der Bundesregierung bedarf. Denn die bisherige Dynamisierung muss viele Hürden überwinden:

- Eine Prüfung der Notwendigkeit erfolgt nur alle drei Jahre.
- Es gibt einen generellen Vorbehalt in Form der Berücksichtigung der „gesamtwirtschaftlichen Rahmenbedingungen“.

- Es bedarf eines Berichts der Bundesregierung über die Notwendigkeit der Dynamisierung.
- Die Bundesregierung muss mit Zustimmung des Bundesrates eine Verordnung erlassen.

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

Die Begründung verweist darauf, dass die Dynamisierung u.a. dazu verwendet wird, „im stationären Bereich einer finanziellen Überforderung der Pflegebedürftigen insbesondere in hohen Pflegegraden besser entgegenzuwirken.“ Der bpa begrüßt diese Aussage nachdrücklich, kann aber angesichts der gewährten Leistungsbeträge in § 43 SGB XI nicht erkennen, dass sie auch tatsächlich umgesetzt wurde. Auf die Überforderung der stationär versorgten Pflegebedürftigen wird näher in den Ausführungen zu § 43 SGB XI eingegangen (siehe Seite 53).

C) Änderungsvorschlag

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

Die Leistungsbeträge sowie die in § 37 Absatz 3 festgelegten Vergütungen sind jeweils zum 1. Januar eines Kalenderjahres, erstmals mit Wirkung zum 1. Januar 2018 entsprechend der vom Statistischen Bundesamt festgestellten Steigerung der durchschnittlichen Verbraucherpreise des Vorjahres zu erhöhen. Die nach Satz 1 erhöhten Leistungsbeträge sind kaufmännisch zu runden.

Pflegesachleistung – § 36 SGB XI

Artikel 2, Nr. 17

A) Neuregelung

Auf der Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs werden die ambulanten Sachleistungen definiert. Statt Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung – wie bisher – sollen künftig im Rahmen der häuslichen Pflegehilfe körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerischer Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung gewährt werden.

Der im Referentenentwurf vorgesehene Ausschluss der Hilfen in bestimmten Bereichen wie Schule und bei der Krankenbehandlung wurde gestrichen.

Der Gesetzentwurf bestimmt die Höhe der ambulanten Sachleistungen.

Der bpa schlägt vor, in § 36 SGB XI einen Verweis auf die Pflegekurse nach § 45 SGB XI aufzunehmen.

Beratungsleistungen sollten nach Auffassung des bpa als Gegenstand der ambulanten Sachleistungen in § 36 SGB XI zusätzlich verankert werden.

B) Stellungnahme

Ausschluss von bestimmten Hilfen:

Im Referentenentwurf war noch vorgesehen, dass Sachleistungen als Hilfen in den Bereichen Kindergarten, Schule, Ausbildung, Beruf, Krankenbehandlung und Rehabilitation ausgeschlossen seien. Dieses hatte der bpa in seiner Stellungnahme zum Referentenentwurf kritisiert, da diese Regelung in der Praxis zu der Versagung von Leistungsansprüchen an der Nahtstelle von SGB XI und SGB XII geführt hätte. Der bpa begrüßt es, dass hier seinem Vorschlag gefolgt wurde.

Im Vergleich zum Referentenentwurf wurde allerdings auch eine Regelung zur Abgrenzung zu Leistungen der Eingliederungshilfe gestrichen. Im Referentenentwurf hieß es noch:

„Zudem dürfen pflegerische Betreuungsmaßnahmen nicht zulasten der Pflegekassen in Anspruch genommen werden, wenn diese Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach dem Zwölften Buch, durch den zuständigen Träger der Eingliederungshilfe

nach dem Achten Buch oder nach dem Bundesversorgungsgesetz finanziert werden.“

Aus Sicht des bpa bedarf es hier einer Klarstellung, dass Leistungen der Eingliederungshilfe nicht mit Verweis auf Leistungen nach dem SGB XI verweigert werden dürfen. Hier wäre durch einen Hinweis im Gesetzestext sicherzustellen, dass jegliche Leistungseinschränkungen und Leistungsverchiebungen ausgeschlossen sind.

Zu der Höhe der Sachleistungsbeträge:

Der bpa anerkennt die neu in § 36 SGB XI ausgestalteten Sachleistungsbeträge. Im Vergleich mit der bisherigen Höhe ist zu berücksichtigen, dass sie sowohl die Beträge nach § 36 als auch die nach § 123 SGB XI umfassen. Der bpa begrüßt im Zusammenhang mit den ambulanten Sachleistungsbeträgen insbesondere auch die Übergangsregelung nach Artikel 2. Wie bereits ausgeführt, ist aber die fehlende Dynamisierung insbesondere für den bisher nach § 45a SGB XI eingestuftem Personenkreis mit Leistungen nach § 123 SGB XI ohne Übergangsregelung nicht zu erkennen. Unklar ist, wie sich das neue Begutachtungsverfahren nach der Überleitungsregelung auf erstmals ab 2017 neu eingestufte pflegebedürftige Personen bei ambulantem Pflegesachleistungsbezug auswirkt. Hier fehlen, anders als im stationären Bereich, jegliche wissenschaftlich erhobene Vergleichswerte zur Einstufung nach neuem und parallel nach jetzigem Recht. Erst dieser Vergleich ermöglicht eine Bewertung der Auswirkungen auf die zukünftig Pflegebedürftigen, um einschätzen zu können, was diese dann tatsächlich an Leistungen bekommen.

Verknüpfung mit den Pflegekursen nach § 45 SGB XI:

Die Leistungen nach § 45 SGB XI sind für die Pflegebedürftigen und die Angehörigen sehr hilfreich. Denn im Zuge der Leistungen nach § 45 SGB XI werden Angehörige geschult und entlastet. Der Verbleib in der Häuslichkeit wird nachdrücklich unterstützt. Allerdings kennen viele Versicherte diese Leistungen gar nicht und eine verbesserte Inanspruchnahme wäre wünschenswert. Die Leistungen nach § 45 SGB XI sollten daher mit den Pflegesachleistungen durch ambulante Pflegedienste (§ 36 SGB XI) verknüpft werden.

Beratungsleistung als Gegenstand der Sachleistung:

Der bpa plädiert dafür, in § 36 SGB XI die Beratungsleistung als Gegenstand der Sachleistung zu verankern.

Schon in der Begründung zu § 14 SGB XI verweist der Gesetzgeber auf die besondere Bedeutung der Beratung und Anleitung im Zusammenhang mit der Leistungserbringung:

„Insgesamt werden ... zukünftig Kriterien berücksichtigt, die einen Hilfebedarf im Bereich der Anleitung, Motivation und Schulung nach sich ziehen und dadurch die Selbständigkeit und Fähigkeiten der Pflegebedürftigen stärken.“ (Bundestags-Drucksache 18/5926 [Vorabfassung], S. 107 letzter Absatz)

Der Gesetzgeber anerkennt damit die Notwendigkeit und die Bedeutung der Beratung und Anleitung. Viele Hilfemaßnahmen stehen im engen Zusammenhang mit Beratung, Anleitung der Pflegebedürftigen oder deren Angehörigen. Die Pflegefachkraft muss vor Ort die Pflegesituation einschätzen, den Versicherten und seine Angehörigen aufklären, Hinweise zu einzelnen Leistungen und auf Schulungen (s. § 45 SGB XI) geben, bevor die direkte Leistungserbringung selbst sinnvollerweise beginnen kann. Sehr häufig besteht ein enger Zusammenhang zwischen der erforderlichen Aufklärung, der Verhinderung von Folgeerkrankungen sowie der Verhütung der Verschlimmerung – hier kommen die Pflegekräfte regelmäßig an ihre Grenzen. Bisher sind diese Leistungen der Beratung und Anleitung nicht Gegenstand der Sachleistungsansprüche nach § 36 SGB XI. Damit die Beratungsleistung von den Pflegediensten vereinbart und von den Pflegefachkräften erbracht werden kann, ist daher die Verankerung in § 36 SGB XI erforderlich. Nur so erhalten die pflegebedürftigen Menschen einen Rechtsanspruch auf diese Leistungen im Rahmen der Erbringung der Sachleistungen. In Folge können die Pflegedienste die erforderliche Beratung und Anleitung in der Häuslichkeit gewährleisten. Dazu unterbreitet der bpa einen konkreten Gesetzesvorschlag (s. unten).

C) Änderungsvorschläge

In § 36 Abs.1 SGB XI werden Satz 1 und 2 neu gefasst:

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben bei häuslicher Pflege Anspruch auf körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie auf Hilfen bei der Haushaltsführung **und auf Beratungsleistungen** als Sachleistungen (häusliche Pflegehilfe). Der Anspruch umfasst pflegerische Maßnahmen in den in § 14 Abs. 2 und 3 genannten Bereichen Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen sowie Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte.

In § 36 Abs. 2 SGB XI wird Satz 2 wie folgt gefasst:

Häusliche Pflegehilfe wird erbracht, um Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten des Pflegebedürftigen so weit wie möglich durch pflegerische Maßnahmen zu beseitigen oder zu mindern und eine Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit zu verhindern. **Zudem dürfen pflegerische Betreuungsmaßnahmen nicht zulasten der Pflegekas- sen in Anspruch genommen werden, wenn diese Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach dem Zwölften Buch, durch den zuständigen Träger der Eingliederungshilfe nach dem Achten Buch oder nach dem Bundesversorgungsgesetz finanziert werden.**

§ 36 Absatz 5 (neu) SGB XI:

Pflegebedürftige, die häusliche Pflege nach Absatz 1 erhalten, und deren Angehörige sind auf ihren Anspruch auf Pflegekurse nach § 45 hinzuweisen.

Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfen – § 37 Abs. 3 SGB XI

Artikel 2, Nr. 18

A) Beabsichtigte Neuregelungen

Die Vergütung für die Beratungseinsätze erhöht sich von 22 Euro auf 23 Euro (in den Pflegegraden 2 und 3) bzw. von 32 Euro auf 33 Euro (in den Pflegegraden 4 und 5).

Sachleistungsempfänger sollen auch Beratungsbesuche in Anspruch nehmen können.

Bis 1. Januar 2018 müssen Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche abgeschlossen werden.

Der bpa schlägt vor, dass in § 37 SGB XI – neu – festgelegt wird, dass Pflegebedürftige, die Pflegegeld beziehen, im Zuge der Beratung nach § 37 Abs. 3 SGB XI auf die Leistungen nach § 45 SGB XI hingewiesen werden und dass diese beiden Leistungen miteinander kombiniert werden können.

B) Stellungnahme

Vergütung:

Die Beratung der Pflegebedürftigen soll durch den vorliegenden Gesetzesentwurf gestärkt werden – auch durch die Erweiterung der Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI für Sachleistungsbezieher sowie durch die beabsichtigte Aufwertung und Qualitätssicherung der Beratungsbesuche. Der bpa anerkennt dieses Ansinnen. Die vorgesehene minimale Erhöhung der Vergütung für die Beratungseinsätze um einen Euro steht allerdings in keinem Verhältnis zu der angestrebten inhaltlichen Aufwertung und der angestrebten zukünftigen Bedeutung. Der Gesetzesentwurf bezeichnet diese Anpassung als „Dynamisierung“ (s. Begründung, A. Allgemeiner Teil, Ziffer VI, 3.3 Soziale Pflegeversicherung, Seite 64). Sofern ernsthaft die Absicht zur Qualitätsverbesserung und Aufwertung der Beratung besteht, ist der Zusammenhang zum Inhalt der Beratung, dessen Dauer und zur Qualifikation der eingesetzten Fachkräfte herzustellen. Diese Komponenten bilden dann den Rahmen für die erforderlichen Vergütungen der Besuche. Ansonsten ist diese Leistung nicht wirtschaftlich zu erbringen, insbesondere wenn von der Vergütung auch noch An- und

Abfahrt zum Pflegebedürftigen umfasst sein müssen.

Die vorgesehene Vergütung ist daher in keiner Weise auskömmlich und gefährdet die notwendige Beratung. Auf der Grundlage der genannten Parameter sollten Pflegekassen und die Verbände der Pflegedienste die Vergütung gem. § 89 SGB XI zukünftig verhandeln können – wie es auch sonst für die Sachleistungen üblich ist.

Der bpa begrüßt in dem Zusammenhang, dass für die Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI einheitliche Standards entwickelt und diese wissenschaftlich fundiert werden sollen. Ein entsprechender Auftrag kann von den Vertragsparteien nach § 113 SGB XI gem. § 113 b Absatz 4 erteilt werden. Nach Ansicht des bpa sind auf der Grundlage der entwickelten Qualitätsstandards dann die Anforderungen an das Personal und die dafür notwendige Vergütung zu verankern.

Beratungsbesuche für Sachleistungsempfänger:

Der bpa begrüßt es ausdrücklich, dass künftig auch Sachleistungsempfänger einen Beratungsbesuch nach § 37 Abs. 3 SGB XI in Anspruch nehmen können. Dieses ist ein weiterer Baustein, um die Beratung für Pflegebedürftige auszubauen und pflegende Angehörige stärker zu unterstützen. Die Ausdehnung der Beratungseinsätze auch auf Sachleistungsempfänger macht die oben geforderte Änderung bei den Vergütungen umso dringlicher. Der bpa schlägt darüber hinaus vor, dass auch Pflegebedürftigen, die Leistungen der Tagespflege kombiniert mit Geldleistungen erhalten, ein Anspruch auf die Beratungsbesuche eingeräumt wird.

Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche:

Der bpa teilt die Einschätzung des Gesetzgebers, dass die Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche eine wichtige Funktion für die Gewährleistung der Beratungsqualität haben. Die bisherigen Verhandlungen waren dabei durchaus erfolgreich, auch wenn sie nicht vollständig abgeschlossen werden konnten. Allerdings konnte in der Vergangenheit bereits Einvernehmen hinsichtlich der Struktur- und der Prozessqualität hergestellt werden. Es bestand allerdings auch Einigkeit, dass eine Verbesserung der Qualität bei den derzeitigen geringen Vergütungen nicht möglich ist. Über diesen Stand wurde das BMG von den Vereinbarungspartnern auch schriftlich in Kenntnis gesetzt.

Verknüpfung der Beratungseinsätze mit den Pflegekursen:

Der bpa schlägt vor, die Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI mit den Pflegekursen nach § 45 SGB XI zu verknüpfen, um eine stärkere Inanspruchnahme der Pflegekurse zu erreichen. In § 37 SGB XI sollte festgelegt werden, dass Pflegebedürftige, die Pflegegeld beziehen, im Zuge der Beratung nach § 37 Abs. 3 SGB XI auf den Anspruch auf Leistungen nach § 45 SGB XI ausdrücklich hingewiesen werden und diese Leistungen kombiniert werden können. Dabei müssen die Leistungen nicht zusammen erbracht werden. Wichtig ist, dass im Zuge der Beratung nach § 37 Abs. 3 SGB XI die Leistungen nach § 45 SGB XI angesprochen und ausdrücklich angeboten werden.

C) Änderungsvorschläge

§ 37 Abs. 3 Sätze 2 bis 4 SGB XI werden wie folgt gefasst:

Die Beratung dient der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegefachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden; **bei der Beratung ist auf den Anspruch nach § 45 hinzuweisen und auf eine Inanspruchnahme hinzuwirken.** Die Vergütung für die Beratung ist von der zuständigen Pflegekasse, bei privat Pflegeversicherten von dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen zu tragen, im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von den Beihilfefestsetzungsstellen. Sie **wird gem. § 89 vereinbart; dabei sind für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 und 3 mindestens eine Stunde, für Pflegebedürftige der Pflegegrade 4 und 5 mindestens anderthalb Stunden Beratungszeit zugrunde zu legen. beträgt in den Pflegestufen I und II bis zu 22 Euro in den Pflegegraden 2 und 3 bis zu 23 Euro und in der Pflegestufe III bis zu 32 Euro in den Pflegegraden 4 und 5 bis zu 33 Euro.**

In § 37 Abs. 3 wird folgender Satz 7 angefügt:

Beziehen Pflegebedürftige teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege nach § 41, können sie ebenfalls halbjährlich einmal einen Beratungsbesuch in Anspruch nehmen; für die Vergütung der Beratung gelten Satz 3 bis 5.

Kombinationsleistungen – § 38 SGB XI

– Neu –

A) Neuregelung – Vorschlag des bpa

Die Leistungen nach § 45 SGB XI sind für die Pflegebedürftigen und die Angehörigen sehr hilfreich. Denn im Zuge der Leistungen nach § 45 SGB XI werden Angehörige geschult und entlastet. Der Verbleib in der Häuslichkeit wird nachdrücklich unterstützt. Allerdings kennen viele Versicherte diese Leistungen gar nicht und eine verbesserte Inanspruchnahme wäre wünschenswert. Die Leistungen nach § 45 SGB XI sollten daher mit den Kombinationsleistungen (§ 38 SGB XI) verknüpft werden.

B) Änderungsvorschlag

In § 38 SGB XI wird folgender Satz 6 neu eingefügt:

Pflegebedürftige, die Kombinationsleistungen nach Satz 1 in Anspruch nehmen, sind auf ihren Anspruch auf Pflegekurse nach § 45 hinzuweisen.

Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen – § 38 a SGB XI

Artikel 2, Nr. 20

A) Beabsichtigte Neuregelungen

Der Gesetzentwurf verschärft die Vorschriften für ambulant betreute Wohngruppen. Anbieterverantwortete Wohngruppen müssen sich deutlich von vollstationärer Versorgung unterscheiden; sie dürfen keine Versorgungsform von teilstationärer Pflege sein.

Leistungen der Tagespflege können in ambulant betreuten Wohngruppen nur noch in Anspruch genommen werden, wenn deren Notwendigkeit durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) nachgewiesen wurde.

B) Stellungnahme

Der bpa lehnt die Änderungen entschieden ab.

Anbieterverantwortete Wohngruppen:

Der Gesetzentwurf kritisiert ambulant betreute Wohngruppen, die von Anbietern verantwortet werden (im Gegensatz zu Wohngruppen, die von Pflegebedürftigen selbst verantwortet werden). Der bpa nimmt dieses mit Verwunderung zur Kenntnis. Angesichts des demografischen Wandels und der politischen Vorgaben werden immer mehr ambulant betreute Wohngruppen geschaffen. Sie sind der sozial- und pflegepolitische Hoffnungsträger, ihr Angebot soll sich vergrößern. Soll dieses gelingen, ist es wenig hilfreich, wenn die bürokratischen Anforderungen vergrößert werden und es unterstellt wird, sie müssten in besonderer Weise reguliert werden.

Die Leistungen in den anbieterverantworteten Wohngruppen sollen sich einerseits strikt von denen in vollstationären Pflegeeinrichtungen unterscheiden und andererseits dürfen sie keine Versorgungsform teilstationärer Pflege sein.

Dabei stellt die Begründung des Gesetzentwurfs einen irreführenden Zusammenhang her. Es wird suggeriert, dass die Präsenzkraft in Wohngruppen die gleichen Leistungen erbringen würde wie eine Pflegefachkraft in einer stationären Pflegeeinrichtung. Dabei hat das Erste Pflegestär-

kungsgesetz (PSG I) die Anforderungen an die Präsenzkräfte in ambulant betreuten Wohngruppen klar definiert: „eine Person von den Mitgliedern der Wohngruppe gemeinschaftlich beauftragt ist, unabhängig von der individuellen pflegerischen Versorgung allgemeine organisatorische, verwaltende, betreuende oder das Gemeinschaftsleben fördernde Tätigkeiten zu verrichten oder hauswirtschaftliche Unterstützung zu leisten“ (§ 38a Abs. 1 Nr. 3 SGB XI). Damit ist deutlich, dass die Präsenzkräfte in Wohngruppen andere Aufgaben haben als Pflegefachkräfte in Pflegeheimen. Zudem halten ambulant betreute Wohngruppen erkennbar andere Angebote als stationäre Pflegeeinrichtungen vor. Schließlich bleibt der Gesetzentwurf mit seiner Vorgabe im Ungefähren: Aus der Gesamtschau bzw. dem Gesamtkonzept soll sich ergeben, dass sich das Angebot der ambulant betreuten Wohngruppe von vollstationärer Pflege unterscheidet. Gefordert sind hier die Möglichkeit der Mitwirkung und die Beteiligung der Angehörigen. Besonders kritisch ist aus Sicht des bpa, dass bei dieser Gesamtschau laut Gesetzesbegründung selbst Leistungsangebote „Dritter“ mit einbezogen werden sollen. Hier wird massiv in die Wahlfreiheit des Versicherten eingegriffen. Dieses gefährdet erheblich die Attraktivität der gerade erst eingeführten Leistungen nach § 38a SGB XI und damit auch den politisch gewollten Grundsatz „ambulant vor stationär“. Der Gesetzgeber sollte sich bewusst sein, dass zunehmende bürokratische Anforderungen und Regulierungen den politisch gewünschten Ausbau dieser Versorgungsform erheblich erschweren und deren Erfolg letzten Endes zunichtemachen können.

Dass bei ambulant betreuten Wohngruppen keine teilstationäre Versorgungsform vorliegen darf, ist nicht nachvollziehbar. Dieser Ausschluss führt zu keiner Klärung. Eine ambulant betreute Wohngruppe ist ein Angebot, das der häuslichen Pflege bzw. ambulanten Versorgungsform zuzurechnen ist. Teilstationäre Versorgung ist davon ebenso wie vollstationäre Versorgung getrennt zu betrachten. Weil eine ambulant betreute Wohngruppe Teil der ambulanten Versorgung der Pflegeversicherung ist, besteht auch ein Anspruch auf die vollständigen Leistungen, die das SGB XI bei ambulanter Pflege vorsieht. Dazu gehört auch die Tagespflege. Es darf nicht zu einer Diskriminierung bzw. Leistungsbegrenzung von Versicherten kommen, nur weil sie das in ambulant betreuten Wohngruppen leben.

Inanspruchnahme von Leistungen der Tagespflege durch Bewohner von ambulant betreuten Wohngruppen:

Insbesondere durch diese neu beabsichtigte Regelung wird die Widersprüchlichkeit des Gesetzgebers eklatant deutlich. Mit den beiden letzten Gesetzesänderungen hat der Gesetzgeber ausdrücklich erhebliche zusätzliche Leistungen für potentielle Tagespflegebesucher, als gleichsam

„verlängerte“ häusliche Pflege, zur Verfügung gestellt. Diese Leistungen hatten gleichzeitig eine Strukturbildung zum Ziel: der flächendeckende Aufbau von Tagespflegeeinrichtungen sollte angereizt werden und Betreiber sollten zu Investitionen motiviert werden, um die potentiell sich aufbauenden Bedarfe zu decken. Nunmehr werden Träger, die diesen gesetzlichen Anreizen gefolgt sind und in Einrichtungen der Tagespflege und/oder in Wohngruppen investiert haben, mit unsachlichen und falschen Anschuldigungen konfrontiert und sehen sich durch das Gesetz in Frage gestellt sehen. In der Begründung heißt es:

„Es wird immer wieder beklagt, dass Anbieter Leistungen für Mitglieder von ambulant betreuten Wohngruppen mit Angeboten der teilstationären Pflege in einer Weise verknüpfen, die nicht der Zwecksetzung des Gesetzgebers entspreche. Primäre Zielsetzung sei dabei, alle möglichen Leistungstatbestände zu kombinieren, ohne dass damit ein erkennbarer Zusatznutzen in der pflegerischen Versorgung erreicht werde.“

Leider bleibt der Gesetzentwurf eine Erklärung schuldig, von wem diese „Klage“ erhoben wird. Auch finden sich keinerlei Belege für diese Behauptung. Es erstaunt sehr, dass der Gesetzgeber ganz offensichtlich nicht aufgrund eigener Erkenntnisse und Überzeugung, sondern nur aufgrund nicht näher belegter Behauptungen Dritter die Leistungserbringung für die wichtigen ambulant betreuten Wohngruppen erschweren will. Wenn hier suggeriert wird, die Leistungen der Präsenzkräfte nach § 38a SGB XI in einer Wohngemeinschaft sind für die gleichen Aufgaben vorgesehen wie die umfassenden Leistungen einer Einrichtung in der Tagespflege, dann kann dieses ausweislich der oben zitierten Gesetzesbegründung nur zurückgewiesen werden. Tagespflege und Präsenzkraft verfolgen unterschiedliche Zwecke und Ziele. Auf einer derartig leicht widerlegbaren Basis Trägern, die dem Willen des Gesetzgebers gefolgt sind, die Planungs- und Handlungssicherheit vollständig zu entziehen, ist verantwortungslos. Und pflegebedürftigen Menschen in einer Wohngruppe ohne substantielle Begründung – zudem durch ein beliebiges Verfahren – im Zweifel die Leistung zu versagen, ist weder rechtlich noch ansonsten nachvollziehbar. Der bpa anerkennt andererseits, dass bei Gruppenwohnformen mit vergleichbarem Leistungsversprechen vergleichbare Leistungen der Pflegeversicherung zur Verfügung stehen sollen. Wird ein vergleichbarer Anspruch – heimähnliche Versorgungsdichte – in anderen Wohnformen formuliert, sind faire und vergleichbare Wettbewerbs- und Rahmenbedingungen einzufordern. Dies betrifft auch die Differenzierung der Kosten unter Einbeziehung der Krankenversicherung als Kostenträger.

Der Gesetzentwurf selbst verweist auf die notwendige Ausdifferenzierung des Leistungsangebots:

„Die Ausgestaltung des Leistungsrechts in der Pflegeversicherung wird eine noch differenziertere Leistungs- und Angebotspalette ermöglichen, die eine wohnortnahe Pflege sowohl für Menschen mit körperlichen Einschränkungen, als auch für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen unterstützt.“ (Begründung, Bundestags-Drucksache 18/5926 [Vorabfassung], Seite 59, dritter Absatz)

Mit den hier vorgenommenen Einschränkungen wird diese Differenzierung allerdings unnötig erschwert.

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass Leistungen der Tagespflege in ambulant betreuten Wohngruppen nur noch erbracht werden können, wenn der MDK nachweist, dass die Pflege in der ambulant betreuten Wohngruppe ohne teilstationäre Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann. Das ist auch ein Verstoß gegen das Wunsch- und Wahlrecht des Versicherten. Wenn ein Versicherter in einer ambulant betreuten Wohngruppe auch Leistungen der Tagespflege in Anspruch nehmen möchte, darf ihm dieses nicht verwehrt werden. Auch Pflegebedürftige in einer ambulant betreuten Wohngruppe haben einen Anspruch auf die Leistungen der Tagespflege außerhalb der Wohngruppe, soweit für sie dadurch ein Zusatznutzen in den Bereichen Pflege und Betreuung entsteht. Schließlich stellt sich die Frage, anhand welcher Kriterien der MDK überprüfen soll, dass die Pflege in ambulant betreuten Wohngruppen ohne teilstationäre Pflege nicht ausreichend sichergestellt werden kann. Der bpa befürchtet hier erhebliche Rechtsunsicherheiten für die Pflegebedürftigen in den Wohngruppen und die Anbieter. Zudem stellt sich die Frage, ob der MDK angesichts der großen Herausforderungen bei der Umstellung der Begutachtung ausreichend Kapazitäten hat, um jetzt auch noch Pflegebedürftige in Wohngruppen zu überprüfen.

Abgrenzung zu vollstationären Versorgungsformen:

Des Weiteren berufen sich derzeit insbesondere in Mecklenburg-Vorpommern einige Pflegekassen – dort die AOK Nordost und die Barmer GEK – für ihre verbreiteten Leistungsablehnungen zum Wohngruppenschlag systematisch auf das Ausschlusskriterium bei quasi vollstationären Versorgungsformen nach § 38a Abs. 1 Nr. 4 SGB XI. Dabei verweigern sie ihren Versicherten den Wohngruppenschlag mit dem Argument, dass durch die Präsenzkraftbeauftragung in Kombination mit den ambulanten Pflegeleistungen nach § 36 SGB XI eine quasistationäre Vollversorgung stattfände und eigene Beiträge der Bewohner und ihres sozialen Umfelds nicht mehr vorgesehen seien. Dieser Ablehnungsgrund widerspricht jedoch den tatsächlichen Gegebenheiten, da die Bewohner sich jederzeit selbst in die Gestaltung ihrer Wohngruppe einbringen können und auch die Angehörigen hierzu einbezogen werden, wie etwa bei der Organisation von Festen und Ausflügen, bei Fragen über den Einzug von

neuen Mitbewohnern oder der nötigen Begleitung bei Arztbesuchen. Diese verbreitete und rechtswidrige Ablehnungspraxis einiger Pflegekassen bei § 38a SGB XI stellt die vom Gesetzgeber gewünschte Förderung der ambulant betreuten Wohngruppen grundlegend in Frage und schränkt das Wahlrecht der Versicherten hinsichtlich der gewünschten Wohnform in nicht hinnehmbarer Weise ein.

Hier ist daher dringend eine gesetzliche Klarstellung dahingehend erforderlich, dass allein durch den gleichzeitigen Einsatz von ambulanter Pflege und Präsenzkraften – auch wenn diese rund um die Uhr anwesend sind – in der Wohngruppe keine vollstationäre Versorgung im Sinne des § 38a Abs. 1 Nr. 3 SGB XI vorliegt.

Beauftragung von Pflegediensten mit Präsenzkraftstellung:

Ein ebenfalls häufig von den Pflegekassen genannter Ablehnungsgrund ist die Tatsache, dass keine Präsenzkraft mit den Präsenzkraftleistungen nach § 38a Abs. 1 Nr. 3 SGB XI beauftragt ist, sondern ein ambulanter Pflegedienst, der Präsenzkräfte beschäftigt und diese Leistungen anbietet. Die Beauftragung eines Pflegedienstes mit den Präsenzkraftleistungen ist typisch und entspricht auch der erforderlichen Praxis in den ambulant betreuten Wohngruppen. Denn weder wollen die Bewohner gemeinsam als Arbeitgeber einzelner Präsenzkräfte auftreten, noch wollen die Präsenzkräfte selbst mit den Wohngruppen einzelne Aufträge abschließen. Beide Seiten wollen ausschließlich ein Tätigwerden über einen Pflegedienst, der insoweit die organisatorische Rolle über die Präsenzkräfte einnimmt und die Präsenzzeiten in der Wohngruppe optimal gestalten kann. Notwendig ist daher eine gesetzliche Klarstellung, dass die Beauftragung von Präsenzkraften auch über einen Pflegedienst erfolgen kann.

C) Änderungsvorschläge

Die inhaltlichen Änderungen des Gesetzentwurfs in § 38a Abs. 1 Nr. 4 sind zu streichen.

Der derzeit gültige Gesetzestext zu § 38a Abs. 1 sollte außerdem wie folgt ergänzt werden:

(1) Pflegebedürftige haben Anspruch auf einen pauschalen Zuschlag in Höhe von 205 Euro monatlich, wenn

1. sie mit mindestens zwei und höchstens elf weiteren Personen in einer ambulant betreuten Wohngruppe in einer gemeinsamen Wohnung zum Zweck der gemeinschaftlich organisierten pflegeri-

schen Versorgung leben und davon mindestens zwei weitere Personen pflegebedürftig im Sinne der §§ 14, 15 sind oder eine erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz nach § 45a bei ihnen festgestellt wurde,

2. sie Leistungen nach den §§ 36, 37, 38, 45b oder § 123 beziehen,
3. eine Person **oder ein Pflegedienst** von den Mitgliedern der Wohngruppe gemeinschaftlich beauftragt ist, unabhängig von der individuellen pflegerischen Versorgung allgemeine organisatorische, verwaltende, betreuende oder das Gemeinschaftsleben fördernde Tätigkeiten zu verrichten oder hauswirtschaftliche Unterstützung zu leisten, und
4. keine Versorgungsform vorliegt, in der der Anbieter der Wohngruppe oder ein Dritter den Pflegebedürftigen Leistungen anbietet oder gewährleistet, die dem im jeweiligen Rahmenvertrag nach § 75 Absatz 1 für vollstationäre Pflege vereinbarten Leistungsumfang weitgehend entsprechen; der Anbieter einer ambulant betreuten Wohngruppe hat die Pflegebedürftigen vor deren Einzug in die Wohngruppe in geeigneter Weise darauf hinzuweisen, dass dieser Leistungsumfang von ihm oder einem Dritten in der Wohngruppe nicht erbracht wird, sondern die Versorgung auch durch die aktive Einbindung ihrer eigenen Ressourcen und ihres sozialen Umfeldes sichergestellt werden kann. **Alleine durch den gleichzeitigen Einsatz von ambulanter Pflege und die Erbringung von Leistungen nach Nr. 3 – auch wenn dazu Personen ständig in der Wohngruppe anwesend sind – liegt keine der vollstationären Versorgung weitgehend entsprechende Pflege vor.**

Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson – § 39 SGB XI

Artikel 1, Nr. 20 und Artikel 2, Nr. 21

A) Beabsichtigte Neuregelungen

Die Verhinderungspflege wird an den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff angepasst. Voraussetzung für die Leistung ist mindestens Pflegegrad 2. Die Vorpflegezeit von sechs Monaten bleibt bestehen.

B) Stellungnahme

Der bpa schlägt vor, die Verhinderungspflege auch bereits für Pflegebedürftige im Pflegegrad 1 zu gewähren. Zur Begründung wird auf die Ausführungen zu § 28a SGB XI verwiesen (s. Seite 33).

Der bpa fordert, die Vorpflegezeit von sechs Monaten zu streichen. Das wäre ein wichtiges Signal an die pflegenden Angehörigen. Die Notwendigkeit dessen verdeutlicht das folgende Beispiel: Ein 85-jähriger Ehemann erleidet einen Schlaganfall und kommt ins Krankenhaus. Dort wird u.a. der Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung gestellt. Die 83-jährige Ehefrau versucht sich nach besten Kräften um die Versorgung zu kümmern. Aber nachdem der Ehemann nach dem Krankenhausaufenthalt und einer Rehabilitation zurück nach Hause kommt, ist die Ehefrau nicht mehr in der Lage, ihren Mann dort auch noch zu versorgen. Sie benötigt eine Auszeit und möchte Verhinderungspflege in Anspruch nehmen. Das kann sie aber nach der derzeitigen Gesetzeslage nicht. Deswegen sollte die Vorversicherungszeit in § 39 SGB XI gestrichen werden.

C) Änderungsvorschläge

In § 39 Abs. 1 SGB XI ist Satz 2 wie folgt zu fassen:

Voraussetzung ist, dass der Pflegebedürftige mindestens in Pflegegrad 1 eingestuft ist ~~und die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat.~~

Tages- und Nachtpflege – § 41 SGB XI

Artikel 2, Nr. 22

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Tages- und Nachtpflege wird an den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff angepasst. Die medizinische Behandlungspflege bleibt Bestandteil der Leistungen der Tagespflege.

B) Stellungnahme

Durch die Umwandlung von Pflegestufen in Pflegegrade kommen Versicherte der Pflegestufe 0 mit eingeschränkter Alltagskompetenz in den Pflegegrad 2 und können damit auch Leistungen der Tagespflege in Anspruch nehmen. Das begrüßt der bpa.

Der bpa fordert, dass die Leistungen der Behandlungspflege in der Tagespflege von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden. Zur Begründung wird auf die entsprechenden Ausführungen zu § 43 SGB XI verwiesen (siehe Seite 53).

Darüber hinaus schlägt der bpa vor, dass künftig auch Pflegeheime teilstationäre Versorgung anbieten können und sollen. Dazu unterbreitet er einen konkreten Änderungsvorschlag zu §§ 71, 72 SGB XI (s. Seite 71).

C) Änderungsvorschlag

§ 41 Abs. 2 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

Die Pflegekasse übernimmt im Rahmen der Leistungsbeträge nach Satz 2 die pflegebedingten Aufwendungen der teilstationären Pflege einschließlich der Aufwendungen für Betreuung ~~und die Aufwendungen für die in der Einrichtung notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege.~~

Kurzzeitpflege – § 42 SGB XI

Artikel 1, Nr. 21 und Artikel 2, Nr. 23

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Kurzzeitpflege wird an den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff angepasst.

B) Stellungnahme

Der bpa schlägt – neu – vor, dass im Rahmen der Kurzzeitpflege auch nicht ausgeschöpfte Leistungsbeträge der Tagespflege verwendet werden können.

C) Änderungsvorschlag

In § 42 Abs. 2 wird folgender Satz 4 neu eingefügt:

Der Leistungsbetrag nach Satz 2 kann je nach Pflegegrad um den Betrag nach § 41 Abs. 2 aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Tages- oder Nachtpflege erhöht werden.

Stationäre Pflege – § 43 SGB XI

Artikel 2, Nr. 24

A) Beabsichtigte Neuregelungen

Die Kosten der medizinischen Behandlungspflege sollen weiterhin von der Pflegeversicherung getragen werden.

Der Gesetzentwurf bestimmt die Höhe der stationären Sachleistungen.

Pflegebedürftige in Pflegegrad 1 erhalten einen Zuschuss in Höhe von 125 Euro monatlich.

Wählen Pflegebedürftige stationäre Pflege, obwohl sie laut Pflegekasse nicht erforderlich ist, erhalten sie 80 % des stationären Sachleistungsbetrags.

B) Stellungnahme

Medizinische Behandlungspflege:

Mittlerweile herrscht eine gewisse Gewöhnung an eine systematische Ungleichbehandlung zu Lasten der Bewohnerinnen und Bewohner der Pflegeheime. Während die Krankenkassen selbstverständlich die Kosten der medizinischen Behandlungspflege für alle Versicherten außer für die Bewohnerinnen und Bewohner der Pflegeheime übernehmen, wird diesen zugemutet, die Kosten neben den Beiträgen zur Krankenversicherung und den Heimentgelten dauerhaft aus eigener Tasche zu zahlen. Der bpa kritisiert diese strukturelle Ungleichbehandlung erneut. Die Untätigkeit der Verbraucherverbände oder der Sozialhilfeträger verwundert insofern.

Die Leistungen der Pflegeversicherung decken seit vielen Jahren schon die Kosten der Pflege im Pflegeheim nicht mehr, erst recht nicht die Kosten für die medizinische Behandlungspflege. Mit Einführung der Pflegeversicherung war die Zuordnung dieser Kosten zur Pflegeversicherung nur übergangsweise vorgesehen und sollte dann abgelöst werden durch die systemgerechte Zuweisung zur Krankenversicherung. Die Folgen dieser Übergangslösung gelten zum finanziellen Schaden der Bewohnerinnen und Bewohner bis heute fort, da sie mehrfach vom Gesetzgeber verlängert wurden und letztlich in einer benachteiligenden Dauerregelung mündeten.

Bereits 2005 wurden die durchschnittlichen Kosten auf monatlich etwa € 177 geschätzt und machen somit eine erhebliche systemwidrige Mehrbelastung nicht

nur der Bewohnerinnen und Bewohner, sondern auch der Sozialhilfeträger aus. Mittlerweile zeigt sich diese Mehrbelastung der Bewohnerinnen und Bewohner in der deutlich steigenden Abhängigkeit von Leistungen der Sozialhilfe; so ist mittlerweile etwa ein Drittel wieder angewiesen auf die Sozialhilfe.

Diese systematische Ungleichbehandlung muss aufhören. Wie bei allen anderen Versicherten auch muss die Krankenversicherung die Kosten der medizinischen Behandlungspflege tragen. Denkbar wäre sowohl eine pauschale Regelung als auch eine aufwandsgerechte Lösung, wonach wie in der häuslichen Versorgung die tatsächlichen Einzelleistungen abgerechnet würden und damit – was ein positiver Nebeneffekt wäre – die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflegeheime wirksam vor einer Überforderungssituation geschützt würden, welche momentan mit der deutlichen Zunahme des Anteils der Behandlungspflegeleistungen z.B. nach einem Krankenhausaufenthalt einhergeht.

Der bpa bedauert es daher, dass es der Gesetzgeber hinsichtlich der medizinischen Behandlungspflege für Heimbewohner, aber auch für Gäste der teilstationären Einrichtungen, bei der systemwidrigen Zuordnung zur Pflegeversicherung belässt. Die systematische Schlechterstellung der Heimbewohner bei der Krankenversicherung muss endgültig beendet werden. Gerade mit Blick auf die steigende Sozialhilfeabhängigkeit von Pflegebedürftigen ist die Zuordnung der behandlungspflegerischen Leistungen zur Krankenversicherung erforderlich. Dadurch würden die finanziellen Belastungen für Heimbewohner und Sozialhilfeträger sinken, da die Heimkosten systemfremd belastet werden und somit direkte wettbewerbliche Auswirkungen bewirken.

In der Diskussion um die Pflegereform droht der durch die tatsächliche Pflegesituation seit 20 Jahren bestätigte Leitsatz "ambulant vor stationär" jetzt umgedeutet zu werden, dabei aber die Lebenswirklichkeit vieler schwer pflegebedürftiger Menschen und deren pflegender Angehörigen zu ignorieren. Bei nüchterner Betrachtung der tatsächlich notwendigen Versorgungsdichte wird klar, dass es hier nicht um ein Verhältnis von Vorrang und Nachrang gehen kann, sondern sehr häufig schlicht um die zeitliche Reihenfolge eines bedarfsgerechten Angebots gehen muss, auf welches sich die pflegebedürftigen Menschen auch künftig verlassen können müssen.

Höhe der stationären Sachleistungsbeträge:

Der bpa bedauert es, dass die Gesetzesreform nicht dazu genutzt wurde, die stationären Sachleistungsbeträge im notwendigen Umfang zu erhöhen. Die stationär versorgten Pflegebedürftigen ohne eingeschränkte Alltagskompetenz sind die eindeutigen Verlierer des Pflegestärkungsgesetzes II. Pflegebedürftigen drohen z. T. massive Leistungsabsenkungen, wenn man die stationären Sachleistungen im Jahr 2017 mit den Leistungen für Pflegebedürftige ohne eingeschränkte Alltagskompetenz im Jahr 2015 vergleicht (siehe dazu die nachfolgende Ta-

belle). **Es droht eine Absenkung von fast 300 Euro im Monat, was einem Minus von 28 % entspricht!** Der bpa fordert daher den Gesetzgeber auf, die stationären Sachleistungsbeträge im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens noch einmal deutlich anzuheben. Die unangemessene Ausstattung der stationären Sachleistungsbeträge wird auch deutlich im Vergleich zu den Sachleistungsbeträgen in der Tagespflege. Im Pflegegrad 3 erhält der Versicherte mehr Leistungen in der Tagespflege als bei vollstationärer Versorgung, obwohl er im Rahmen der Tagespflege höchstens acht Stunden betreut wird, während er in der vollstationären Versorgung eine Rund-um-die-Uhr-Versorgung erhält (s. Tabelle).

Vergleich der Sachleistungsbeträge stationär bisher und ab 2017

	Sachleistungen nach § 43 SGB XI bisher	Ab 2017	Veränderung absolut	Veränderung prozentual	Tagespflege ab 2017
Pflegestufe I ohne eingeschränkte Alltagskompetenz	1.064 €	Pflegegrad 2: 770 €	- 294 €	- 28 %	Pflegegrad 2: 689 €
Pflegestufe II ohne eingeschränkte Alltagskompetenz	1.330 €	Pflegegrad 3: 1.262 €	- 68 €	- 5 %	Pflegegrad 3: 1.298 €
Pflegestufe III ohne eingeschränkte Alltagskompetenz	1.612 €	Pflegegrad 4: 1.775 €	+ 163 €	+ 10%	Pflegegrad 4: 1.612 €
Pflegestufe III und Härtefall ohne eingeschränkte Alltagskompetenz	1.995 €	Pflegegrad 5: 2.005 €	+ 10 €	+ 0,5%	Pflegegrad 5: 1.995 €

Damit setzt der Gesetzentwurf in diesem Punkt nicht die Beschlüssen des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs um. Die Beiratsempfehlung war an dieser Stelle eindeutig und forderte, dass es um eine wirksame Entlastung bei hohem Bedarf gehen muss.

Da bisher die meisten Heimbewohner in Pflegestufe I eingestuft sind (rund 40 %), droht diesen, wenn sie keine eingeschränkte Alltagskompetenz haben, nicht nur ein deutlicher Verlust an Leistungen, sondern damit auch der Sozialhilfebezug aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit. **Nach Hochrechnungen des bpa dürften damit deutlich über 100.000 der künftigen Pflegeheimbewohner schlechter gestellt werden!**

Dabei wurde seit Einführung der Pflegeversicherung das Ziel verfolgt, eine Ab-

hängigkeit von Leistungen der Sozialhilfe nur wegen der Pflegebedürftigkeit möglichst zu vermeiden. Umso erfreulicher war die klare Festlegung im Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, dass die Abwendung pflegebedürftiger Sozialhilfebedürftigkeit auch künftig eines der zentralen Ziele der Pflegeversicherung bleiben muss. Insofern hat der in den letzten Jahren zu verzeichnende erhebliche Anstieg der Sozialhilfeabhängigkeit bei stationärer Pflege zu Korrekturen bei der Leistungshöhe aufgefordert. Leider wurde das bei der Gestaltung der stationären Sachleistungsbeträge im PSG II nicht konsequent berücksichtigt.

Der bpa verweist in diesem Zusammenhang auch noch einmal auf die Begründung zur Dynamisierung in § 30 SGB XI:

„Dabei wird das auf die Leistungsdynamisierung entfallende Finanzvolumen gezielt verwendet, um ... **im stationären Bereich einer finanziellen Überforderung der Pflegebedürftigen** insbesondere in hohen Pflegegraden besser **entgegenzuwirken**.“

Der bpa fordert den Gesetzgeber auf, diesen Anspruch auch für Pflegebedürftige in den Pflegegraden 2 und 3 umzusetzen. Denn gute Pflege braucht mehr Zeit, auch in den Pflegegraden 2 und 3.

Zuschuss in Pflegegrad 1:

Eine erhebliche finanzielle Mehrbelastung des Versicherten als direkte Folge guter Pflege und Betreuung im Pflegeheim kann nicht Ziel dieser Regelung sein. Der Gesetzentwurf sieht vor, dass Pflegebedürftige in Pflegegrad 1 in Pflegeheimen lediglich einen Zuschuss in Höhe von 125 Euro monatlich erhalten. Das ist durchaus problematisch. Wenn jemand ab 2017 z.B. als Pflegebedürftiger im Pflegegrad 2 im Pflegeheim lebt und er aufgrund der sehr verlässlichen Pflege und Betreuung eine deutliche Verbesserung seines Pflege- und Gesundheitszustandes erfahren darf, aber bei erneuter Begutachtung in den Pflegegrad 1 eingestuft wird, steigt sein Eigenanteil exponentiell. Denn die in § 84 Abs. 2 SGB XI vorgesehenen einrichtungseinheitlichen Eigenanteile gelten nur für die Pflegegrade 2 bis 5. Die Beträge für den Pflegegrad 1 sollten bei stationärer Versorgung deutlich angehoben werden, auch um die Distanz zum Pflegegrad 2 mit einem Sachleistungsvolumen von 770 Euro zu verringern.

80%-Regelung:

Wählen Pflegebedürftige stationäre Pflege, obwohl sie laut Pflegekasse nicht erforderlich ist, erhalten sie 80 % des stationären Sachleistungsbetrags.

Mit dieser Regelung soll erreicht werden, dass Pflegebedürftige nicht ohne Notwendigkeit stationäre Pflege in Anspruch nehmen. Aus Sicht des bpa ist diese

Regelung unbegründet, da schon die vom Versicherten zu tragenden Kosten eine unreflektierte Entscheidung pro Pflegeheim wirksam verhindern. Die Höhe der zu leistenden Zuzahlung hat auch in der Vergangenheit die Folge gehabt, dass es nie finanzielle Anreize zur Versorgung im Pflegeheim statt in der Häuslichkeit gab. Zudem sind die Leistungshöhen zwischen ambulanten und stationären Sachleistungsbeträgen nahezu identisch. Wenn in der Begründung auf die unterschiedlichen Leistungshöhen hingewiesen wird, begründen diese keineswegs einen Unterschied von 20 % der Leistungsbeträge. Ferner muss auch hier die Entscheidung des Pflegebedürftigen gelten, ohne dass er einen zusätzlichen finanziellen Nachteil erfährt, wenn er sich im Einzelfall für ein Pflegeheim entscheidet.

Der bpa schlägt vor, dass Pflegebedürftige, die stationäre Pflege wählen, obwohl sie laut Pflegekasse nicht erforderlich ist, den jeweils niedrigeren ambulanten oder stationären Sachleistungsbetrag in ihrem Pflegegrad erhalten. Im Pflegegrad 2 wäre dieses der ambulante Sachleistungsbetrag (689 €) – der stationäre Sachleistungsbetrag ist höher (770 €). Im Pflegegrad 3 wäre es der stationäre Sachleistungsbetrag (1.262 €) – der ambulante Sachleistungsbetrag ist höher (1.298 €).

C) Änderungsvorschläge

Die Aufwendungen für die medizinische Behandlungspflege in teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen werden von der Krankenkasse übernommen. Die diesbezüglichen Regelungen des SGB XI und SGB V werden entsprechend geändert.

Die stationären Sachleistungsbeträge in den Pflegegraden 2 und 3 sowie der Zuschuss in Pflegegrad 1 werden deutlich angehoben.

Pflegebedürftige, die stationäre Pflege wählen, obwohl sie laut Pflegekasse nicht erforderlich ist, erhalten den jeweils niedrigeren ambulanten oder stationären Sachleistungsbetrag im jeweiligen Pflegegrad.

Pflegebedürftige in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe – § 43 a SGB XI

Artikel 2, Nr. 25

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung zu den Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe wird an den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff angepasst.

B) Stellungnahme

Aus Sicht des bpa ist dringend klarzustellen, dass Versicherte in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe einen eigenständigen Anspruch auf häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V in Form der medizinischen Behandlungspflege haben, dem auch die pauschale Abgeltung der Pflegeleistungen nach § 43 a SGB XI nicht entgegensteht.

Seit Änderung des § 37 SGB V, mit welcher der Anspruch auf häusliche Krankenpflege über den Haushalt hinaus auf sonstige geeignete Orte ausgedehnt wurde, wird darüber gestritten, ob auch stationäre Behindertenhilfeeinrichtungen solche geeigneten Orte sind. Nachdem der überwiegende Teil der hierzu ergangenen Urteile dies bejaht, lehnen die Krankenkassen nunmehr unabhängig hiervon Anträge auf Leistungen der häuslichen Krankenpflege für pflegebedürftige Versicherte in stationären Behindertenhilfeeinrichtungen verstärkt mit dem Argument ab, dass mit dem Pauschalbetrag von 266 € auch jedwede behandlungspflegerische Leistung bereits abgegolten sei, da § 43 a SGB XI ohne Einschränkung auf die in § 43 Abs. 2 SGB XI genannten Aufwendungen verweise.

Bereits im Jahr 2005 hatte das Bundessozialgericht (BSG) entschieden, die in § 43 Abs. 2 SGB XI normierte – zum damaligen Zeitpunkt noch als vorläufig vorgesehene – Übernahme von Leistungen der medizinischen Behandlungspflege durch die Pflegekasse gelte für die Einrichtungen der Behindertenhilfe nicht; deshalb seien Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich auch beim Aufenthalt in einer Einrichtung nach §§ 71 Abs. 4, 43 a SGB XI zu gewähren. Die pauschale Abgeltung der Pflegeleistungen nach § 43 a SGB XI stehe dem Anspruch eines krankenversicherten Pflegebedürftigen auf Leistungen der häuslichen Krankenpflege gemäß § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V nicht entgegen (B 3 KR 19/04 R). Durch die systemwidrige dauerhafte Verlagerung der Leistungen der Krankenversicherung in die Pflegeversicherung – zumal unter Beibehaltung des seit 1996 beinahe unveränderten Betrages – hat sich hieran

nichts geändert. Gleichwohl verweigern die Krankenkassen den Versicherten mit Behinderung den Anspruch auf häusliche Krankenpflege unter Berufung auf die pauschale Abgeltung nach § 43 a SGB XI ohne Berücksichtigung der grundlegend anders ausgerichteten fachlichen Konzeption der Einrichtungen der Behindertenhilfe. Zur Vermeidung weiterer langjähriger Rechtsstreitigkeiten auf dem Rücken der betroffenen Versicherten und Einrichtungen ist hier dringend eine Klarstellung geboten.

Zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen – § 43 b SGB XI

Artikel 2, Nr. 26

A) Beabsichtigte Neuregelung

Pflegebedürftige in stationären Pflegeeinrichtungen erhalten einen individuellen Rechtsanspruch auf Maßnahmen der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung. Diese Regelung ersetzt die bisherige in § 87 b SGB XI.

B) Stellungnahme

Der bpa begrüßt diese Regelung ausdrücklich! Damit wird einer der zentralen Forderungen des bpa im Zusammenhang mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs Genüge getan. Insbesondere die eigenständige Finanzierung dieser wichtigen Leistung ist jetzt gegeben.

Gute Pflege braucht mehr Zeit! Auf diese einfache, aber richtige Feststellung hat die Politik reagiert mit der sehr hilfreichen Einführung der zusätzlichen Betreuungskräfte. Galt diese Regelung zunächst nur für die Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, profitieren mittlerweile alle pflegebedürftigen Menschen im Pflegeheim, in der Kurzzeitpflege und in der Tagespflege davon, dass spürbar mehr Mitarbeiter Entlastung und Begleitung bieten. Mehr Zeit durch nachweislich mehr Mitarbeiter kommt dabei den Bewohnern selbstverständlich zu Gute. Um diese zusätzlichen Stellen überhaupt schaffen zu können, musste gegenüber den Sozialhilfeträgern versichert werden, dass diese – wie die Bewohner und deren Angehörige auch – nicht mit zusätzlichen Kosten belastet werden. In der Betreuungskräfteleitlinie wurden dann die Aufgaben beschrieben. Dort wurde also geregelt, wie mit der zusätzliche Zeit für pflegebedürftige Menschen umgegangen werden muss.

Typisch für das System Deutschland ist, dass wir nun die Aufmerksamkeit nicht auf das tatsächliche Plus an Betreuungszeit legen, sondern Regularien und Nachweisverfahren zur künstlichen Abgrenzung suchen, obwohl gar kein Zweifel besteht, dass die grundlegenden pflegerischen Aufgaben selbstverständlich geleistet wurden und werden. So entwickelte sich das Ungetüm der sog. „Betreuungsdokumentation“, welche für externe Dritte sichern soll, dass es hier nicht zu Überschneidungen der Aufgaben kommen soll. Der in diesem Zusammenhang in jüngster Vergangenheit geäußerte Vorwurf ist konstruiert. Selbstverständlich steht mit zusätzlichen Betreuungskräften mehr Zeit zur Verfügung, jetzt sogar für alle Bewohner.

Dies zeigt sich natürlich in der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung. Wer hier zusätzliche Dokumentationsanforderungen ins Spiel bringt und diese dann auch noch schärfer kontrolliert sehen will, stärkt einen Mechanismus ohne jeden Vorteil für Bewohner. Deswegen sollte in der Begründung der entsprechende Satz gestrichen werden. Damit werden Abgrenzungsprobleme und erhöhte Dokumentationsanforderungen vermieden.

C) Änderungsvorschlag

In der Begründung zu § 43 b SGB XI wird der folgende Satz gestrichen:

~~Die regelhaft zu erbringenden Leistungen der Betreuung nach den §§ 41 bis 43 (bisher soziale Betreuung) bleiben davon unberührt und werden nicht auf die zusätzlichen Betreuungskräfte verlagert.~~

Pflegekurse – § 45 SGB XI

Artikel 1, Nr. 23

A) Beabsichtigte Neuregelung

Für die Pflegekassen wird es zur Pflicht, Pflegekurse und individuelle Schulungen anzubieten.

B) Stellungnahme

Die Neuregelung wird ausdrücklich begrüßt! Die Pflegekurse und individuellen Schulungen sind ein wichtiges Instrumentarium, um pflegende Angehörige zu unterstützen. Der Verbleib in der Häuslichkeit wird so gesichert und eine drohende Pflegebedürftigkeit der Pflegeperson kann zumindest abgemindert werden.

Diese Leistungen haben sich in der Praxis bewährt und werden jeden Tag vielfach erbracht. Die Verpflichtung der Pflegekassen, Pflegekurse und individuelle Schulungen zu erbringen sind daher richtige Maßnahmen, um für eine stärkere Inanspruchnahme dieser Leistungen zu sorgen.

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

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

Vor dem Hintergrund dieser umfassenden Erfahrungen setzt sich der bpa dafür ein, dass auch im Rahmen der ambulanten Sachleistung nach § 36

SGB XI, beim Beratungsbesuch nach § 37 Abs. 3 SGB XI und bei der Kombinationsleistung nach § 38 SGB XI auf die Pflegekurse und individuellen Schulungen hingewiesen und hingewirkt wird. Um diese Verknüpfung im Gesetz zu verankern, hat der bpa entsprechende Vorschläge in dieser Stellungnahme unterbreitet (siehe zu § 36 SGB XI Seite 36, zu § 37 Abs. 3 SGB XI Seite 40 und zu § 38 SGB XI Seite 43).

C) Änderungsvorschläge

Keine.

Angebote zur Unterstützung im Alltag, Umwandlungsanspruch, Verordnungsermächtigung – § 45a SGB XI

Artikel 2, Nr. 29

A) Beabsichtigte Neuregelung

Zur Unterstützung im Alltag für Pflegebedürftige werden drei verschiedene Angebotsformen (Betreuungsangebote, Angebote zur Entlastung von Pflegebedürftigen und Angebote zur Entlastung im Alltag) beschrieben. Die Angebote sollen über ein Konzept zur Qualitätssicherung verfügen und Angaben über ihre Kosten enthalten.

Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Anerkennung der Angebote zur Unterstützung im Alltag zu bestimmen.

Pflegebedürftige können für Angebote zur Unterstützung im Alltag 40 % des ambulanten Sachleistungsbetrags verwenden, sofern dieser nicht für die Sachleistungen verbraucht wurde.

B) Stellungnahme

Agenturen zur Vermittlung:

Der bpa lehnt die Einbeziehung von „Agenturen zur Vermittlung“ von Angeboten zur Unterstützung im Alltag in den Kreis der anzuerkennenden Angebote nach § 45 a SGB XI nachdrücklich ab – es sei denn, diese beschränken sich auf die Vermittlung von Ehrenamtlichen. Bei der Einbeziehung derartiger Agenturen werden sich, wie es sich bereits im Internet abzeichnet, insbesondere osteuropäische Vermittlungsagenturen trotz fragwürdiger Angebote und Arbeitsbedingungen anerkennen lassen und sich hiermit ein seriöses Erscheinungsbild verschaffen. Die Angebote nach § 45 a SGB XI müssen bestimmte Qualitätsanforderungen erfüllen und es muss eine persönliche Kontinuität gewährleistet sein, was diesen Agenturen regelhaft nicht unterstellt wird. Daher wird ausschließlich die Aufnahme von Agenturen zur Vermittlung von Ehrenamtlichen befürwortet.

Kosten:

In § 45 a Abs. 2 SGB XI ist im Zusammenhang mit den Angeboten nicht von „Kosten“, sondern von „Preisen“ zu sprechen. Entscheidend für den

Pflegebedürftigen ist das, was ihm in Rechnung gestellt wird, aber nicht das, was als Kosten kalkuliert wird.

Rechtsverordnung:

Aus Sicht des bpa sind die Anforderungen an die Rechtsverordnungen der Länder nicht ausreichend. Die Bundesländer müssen verpflichtet werden, die Qualität der Leistungserbringer zu kontrollieren, beispielsweise über die Heimaufsicht. Vergleichbare Leistungen im SGB XI müssen auch hinsichtlich der Qualität vergleichbar zugelassen und kontrolliert werden.

Umwandlungsbetrag:

Der bpa lehnt den Umwandlungsbetrag ab. Die entsprechende Regelung sollte gestrichen werden. Hiermit wird ein großer Anteil des Sachleistungsbudgets freigegeben, um Leistungen außerhalb der sonst gültigen Maßstäbe auf Kosten der Pflegeversicherung zu erbringen. Die im Verhältnis zur gegenwärtigen Gesetzeslage vorgesehene deutliche Erleichterung der Leistungsinanspruchnahme sowie die damit verbundenen Konsequenzen lehnt der bpa entschieden ab. Gegenwärtig müssen, wenn bei den pflegebedürftigen Menschen die Sachleistung in Erstattungsleistungen umgewandelt werden soll, die Grundpflege und die Hauswirtschaft sichergestellt sein. Nur wenn dieses gewährleistet ist, dürfen bisher bis zu 40 % der Sachleistung in Erstattungsleistungen umgewandelt werden. Diese Regelung soll jetzt wegfallen. Zukünftig kann der Pflegebedürftige unabhängig davon, ob seine vorrangigen Pflegebedarfe erfüllt sind, Betreuungsangebote über Erstattungsleistungen beanspruchen. Er kann nach seinem Belieben die Erstattungsleistung bei einem nicht zugelassenen Anbieter für anerkannte Angebote wählen. Insbesondere der Sozialhilfeträger kann somit nicht mehr auf die vorrangig zu befriedigenden Bedarfe verweisen und muss ggf. als Ausfallbürge die erforderlichen, insbesondere Grundpflegebedarfe gewähren.

Insgesamt stehen für die Erstattungsleistungen, inklusive der Verhinderungspflege und des Entlastungsbetrages, monatlich bis nahezu 1.000 Euro monatlich zur Verfügung, ohne dass die für zugelassene Pflegedienste nötigen Zulassungsvoraussetzungen und Qualitätsanforderungen erfüllt werden müssen. Hier wird Sub-Anbietern mit nunmehr noch erleichterten Möglichkeiten der Zugang zu einem nahezu unkontrollierten Markt eröffnet. Was sonst im SGB XI für die Leistungserbringung selbstverständlich ist, soll nicht für Angebote zur Unterstützung im Alltag gelten:

- Die Qualität der Leistungen wird nicht einheitlich festgelegt und kontrolliert und ist daher nicht gesichert – anders als bei zugelas-

senen ambulanten Pflegediensten. Damit besteht die Gefahr von Substandards und Billig-Pflege.

- In der Praxis werden die Agenturen und Alltagsbegleiter nicht nur Angebote zur Unterstützung im Alltag erbringen, sondern es ist anzunehmen, dass sie z.B. den Pflegebedürftigen auch waschen, wenn diese darum bitten, obwohl das Waschen eine Leistung der Grundpflege ist.
- Die Angebote zur Unterstützung im Alltag begünstigen prekäre Beschäftigungsverhältnisse und Schwarzarbeit. Schon jetzt agieren Agenturen, die sog. Haushaltshilfen für Haushalte mit Pflegebedürftigen anbieten, zumindest im rechtlichen Graubereich. Schwarzarbeit ist dabei keine Seltenheit. Durch die Neuregelung besteht die Gefahr, dass die Entlastungsleistungen durch Kräfte erbracht werden, die nicht sozialversicherungspflichtig beschäftigt werden.
- Es ist nicht sichergestellt, dass die Kräfte, die Angebote zur Unterstützung im Alltag erbringen, den allgemeinen oder den Pflege-Mindestlohn erhalten.

C) Änderungsvorschläge

§ 45a Abs. 1 Satz 3 SGB XI wird wie folgt gefasst:

In Betracht kommen als Angebote zur Unterstützung im Alltag insbesondere Betreuungsgruppen für an Demenz erkrankte Menschen, Helferinnen- und Helferkreise zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger im häuslichen Bereich, die Tagesbetreuung in Kleingruppen oder Einzelbetreuung durch anerkannte Helferinnen oder Helfer, **Agenturen zur Vermittlung von Betreuungs- und Entlastungsleistungen für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige sowie vergleichbar nahestehende Pflegepersonen**, Familienentlastende Dienste, Alltagsbegleiter, Pflegebegleiter und Serviceangebote für haushaltsnahe Dienstleistungen in Betracht.

§ 45a Abs. 2 Satz SGB XI wird wie folgt gefasst:

Die Angebote verfügen über ein Konzept, das Angaben zur Qualitätssicherung des Angebots sowie eine Übersicht über die Leistungen, die angeboten werden sollen, und die Höhe der den Pflegebedürftigen hierfür in Rechnung gestellten **Kosten Preise** enthält.

An § 45 Abs. 3 SGB XI wird folgender Satz 2 angefügt:

In den Verordnungen ist zu regeln, welche Institution auf Landesebene die Angebote regelmäßig kontrolliert.

§ 45 a Abs. 4 SGB XI wird gestrichen:

~~Pflegebedürftige in häuslicher Pflege mit mindestens Pflegegrad 2 können eine Kostenerstattung zum Ersatz von Aufwendungen für Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag unter Anrechnung auf ihren Anspruch auf ambulante Pflegesachleistungen nach § 36 erhalten, soweit für den entsprechenden Leistungsbetrag nach § 36 in dem jeweiligen Kalendermonat keine ambulanten Pflegesachleistungen bezogen wurden. Der hierfür verwendete Betrag darf je Kalendermonat 40 Prozent des nach § 36 für den jeweiligen Pflegegrad vorgesehenen Höchstleistungsbetrags nicht überschreiten. Die Anspruchsberechtigten erhalten die Kostenerstattung nach Satz 1 auf Antrag von der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen sowie im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von der Beihilfefestsetzungsstelle gegen Vorlage entsprechender Belege über Eigenbelastungen, die ihnen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der in Satz 1 genannten Leistungen entstanden sind. Die Vergütungen für ambulante Pflegesachleistungen nach § 36 sind vorrangig abzurechnen. Im Rahmen der Kombinationsleistung nach § 38 gilt die Erstattung der Aufwendungen nach Satz 1 als Inanspruchnahme der dem Anspruchsberechtigten nach § 36 Absatz 3 zustehenden Sachleistung. Beziehen Anspruchsberechtigte die Leistung nach Satz 1, findet § 37 Absatz 3 bis 5, 7 und 8 Anwendung; § 37 Absatz 6 findet mit der Maßgabe entsprechende Anwendung, dass eine Kürzung oder Entziehung in Bezug auf die Kostenerstattung nach Satz 1 erfolgt. Das Bundesministerium für Gesundheit evaluiert die Möglichkeit zur anteiligen Verwendung der in § 36 für den Bezug ambulanter Pflegesachleistungen vorgesehenen Leistungsbeträge auch für Leistungen nach Landesrecht anerkannter Angebote zur Unterstützung im Alltag nach den Sätzen 1 bis 6 spätestens bis zum 31. Dezember 2018.~~

Entlastungsbetrag – § 45b SGB XI

Artikel 2, Nr. 29

A) Beabsichtigte Neuregelung

Pflegebedürftige in häuslicher Pflege erhalten einen Entlastungsbetrag in Höhe von 125 Euro monatlich zur Entlastung pflegender Angehöriger sowie zur Förderung der Selbstständigkeit des Pflegebedürftigen.

B) Stellungnahme

Der Entlastungsbetrag kann u.a. für Leistungen der ambulanten Pflegedienste im Sinne des § 36 verwendet werden, jedoch nicht für Leistungen im Bereich der Selbstversorgung. Hier bittet der bpa um eine Klarstellung. Der Begriff der Selbstversorgung wird hier neu im SGB XI eingeführt, aber nicht definiert. Der Gesetzgeber sollte zur Rechtsklarheit im Gesetzestext selbst festlegen, auf welche wesentlichen Leistungen sich der Begriff der Selbstversorgung bezieht.

C) Änderungsvorschlag

§ 45b Abs. 1 Nr. 3 SGB XI wird ergänzt:

3. Leistungen der ambulanten Pflegedienste im Sinne des § 36, in den Pflegegraden 2 bis 5 jedoch nicht von Leistungen im Bereich der Selbstversorgung (**dazu zählen insbesondere ... [vom Gesetzgeber zu ergänzen]**),

Richtlinien zur Qualifikation und zu den Aufgaben zusätzlicher Betreuungskräfte – § 53 c SGB XI

Artikel 2, Nr. 31

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat für die zusätzlich einzusetzenden Betreuungskräfte für die Leistungen nach § 43b SGB XI Richtlinien zur Qualifikation und zu den Aufgaben in stationären Pflegeeinrichtungen zu beschließen und dabei die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene anzuhören.

B) Stellungnahme

Der bpa fordert, dass bei dieser Richtlinie nur die **maßgeblichen** Bundesvereinigungen der Träger stationärer Pflegeeinrichtungen zu beteiligen sind. Zur Definition der maßgeblichen Vereinigungen hat der bpa einen Vorschlag unterbreitet (siehe § 17 SGB XI, Seite 22).

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Beteiligung der Verbände der Pflegeberufe weist der bpa zurück. Dieses war im Referentenentwurf auch noch nicht vorgesehen. Es ist überhaupt nicht ersichtlich, warum die Verbände der **Pflegeberufe** zu einer Richtlinie angehört werden sollen, die ausschließlich **Betreuungskräfte** betrifft. Betreuungskräfte erbringen keine Pflegeleistungen. Deswegen ist eine Anhörung der Pflegeberufe weder notwendig noch sinnvoll. Der entsprechende Passus ist wieder zu streichen.

Die Richtlinie bezieht sich auf den neu geschaffenen Individualanspruch auf Betreuungskräfte nach § 43b SGB XI. Aber bereits heute gibt es in den meisten Pflegeheimen und vielen Einrichtungen der Tagespflege zusätzliche Betreuungskräfte nach § 87 b SGB XI. Für diese Leistung gibt es bereits eine entsprechende Richtlinie. Der bpa appelliert nachdrücklich an den Gesetzgeber, dafür zu sorgen, dass durch die neue Richtlinie keine neue Bürokratie entsteht. Die Leistung in § 43b SGB XI ist die Neuregelung der Leistung in § 87b SGB XI. Dementsprechend sollte auch die Richtlinie nach § 53c SGB XI gestaltet sein. Sie sollte keine neuen Anforderungen enthalten, die über das hinausgeht, was bereits in der bestehenden Richtlinie vorgegeben ist. Hier brauchen die Pflegeheime und Einrichtungen der Tagespflege dringend Rechtssicherheit. Das gilt umso mehr, als dass die Einrichtungen bereits durch die Umstellung des Pfl-

gebedürftigkeitsbegriffs, der Pflegesätze und der Heimverträge extrem belastet sein werden. Sofern keine neue Richtlinie gefordert ist, wäre es hilfreich, dies entsprechend klarzustellen. Ansonsten verweist der bpa auf seine Stellungnahme zu § 43 b SGB XI (siehe Seite 60), um eine völlig unnütze Ausweitung von Dokumentationsanforderungen wirksam zu vermeiden.

C) Änderungsvorschläge

§ 53 c Satz 2 SGB XI wird wie folgt gefasst:

Er hat hierzu die **maßgeblichen** Bundesvereinigungen der Träger stationärer Pflegeeinrichtungen ~~und die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene~~ anzuhören und den allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse zu beachten.

Pflegeeinrichtungen – § 71 SGB XI Versorgungsvertrag – § 72 SGB XI

– Neu –

A) Vorschlag des bpa

Der bpa schlägt vor, dass künftig auch Pflegeheime Leistungen der teilstationären Versorgung anbieten können sollen.

B) Stellungnahme

Immer wieder wird betont, dass die heutigen Pflegeheime sich zu regionalen Kompetenzzentren entwickeln sollen. Es ist naheliegend und unbestritten, dass sie in den Regionen eine wichtige Rolle nicht nur bei der Bewältigung von Pflegebedürftigkeit spielen können, sondern auch mit Beratung, Schulung, Information und vielfältigen Angeboten aufwarten können. Die Pflegereform setzt aber keinen Anreiz, den Worten auch Taten folgen zu lassen. Unproblematisch wäre es z.B. möglich, zu einem flächendeckenden Angebot an Tagespflege beizutragen durch eine einfache Ausweitung des Versorgungsauftrages der Pflegeheime durch die Möglichkeit, integrierte Tagespflege anbieten zu können. Damit würde dem Leitbild des regionalen Pflege-Kompetenzzentrums erkennbar gefolgt.

Deshalb schlägt der bpa vor, dass auch Pflegeheime eine integrierte Tagespflege anbieten können. Zugelassene Pflegeheime sind anerkannte Angebote und bieten Gewähr für eine verlässliche pflegerische Versorgung. Dieses Potential der über 13.000 Pflegeheime sollte zum flächendeckenden Ausbau der teilstationären Strukturen genutzt werden.

C) Änderungsvorschläge

§ 71 Abs. 2 SGB XI und § 72 Abs. 2 SGB XI werden wie folgt gefasst:

§ 71 Abs. 2 SGB XI

Stationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime) im Sinne dieses Buches sind selbständig wirtschaftende Einrichtungen, in denen Pflegebedürftige:

1. unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt werden,
2. ganztägig (vollstationär) oder tagsüber oder nachts (teilstationär)

untergebracht und gepflegt werden können.

Pflegeheime können dabei auch teilstationäre Versorgung gemäß § 41 anbieten.

§ 72 Abs. 2 SGB XI

Der Versorgungsvertrag wird zwischen dem Träger der Pflegeeinrichtung oder einer vertretungsberechtigten Vereinigung gleicher Träger und den Landesverbänden der Pflegekassen im Einvernehmen mit den überörtlichen Trägern der Sozialhilfe im Land abgeschlossen, soweit nicht nach Landesrecht der örtliche Träger für die Pflegeeinrichtung zuständig ist; für mehrere oder alle selbständig wirtschaftenden Einrichtungen (§ 71 Abs. 1 und 2) eines Pflegeeinrichtungsträgers, die vor Ort organisatorisch miteinander verbunden sind, kann ein einheitlicher Versorgungsvertrag (Gesamtversorgungsvertrag) geschlossen werden. **Der Versorgungsvertrag der Pflegeheime erstreckt sich dabei regelmäßig auch auf die teilstationäre Versorgung.** Er ist für die Pflegeeinrichtung und für alle Pflegekassen im Inland unmittelbar verbindlich.

Rahmenverträge – § 75 SGB XI

Artikel 2, Nr. 34

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Vertragspartner sollen den Pflegegraden bedarfsdeckende Personalanhaltszahlen zuordnen.

B) Stellungnahme

Der bpa weist in aller Deutlichkeit darauf hin, dass die vollständige Anpassung der vertraglichen Grundlagen der pflegerischen Infrastruktur inklusive der Personalbemessung, die durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff erforderlich ist, eine sehr große Herausforderung ist. Der bpa appelliert daher nachdrücklich an den Gesetzgeber, ausreichend Zeit zur Umsetzung der erforderlichen Anpassungsmaßnahmen durch die Trägerverbände, die Pflegeheime und die Pflegedienste vorzusehen. Denn alle bestehenden Verträge in der Pflegeversicherung müssen umgestellt werden:

- Für nahezu 800.000 Heimbewohner müssen die Heimverträge angepasst werden. Die Umstellung der personellen Ausstattung von der heute relevanten Koppelung an die Pflegestufen an künftige Pflegegrade bei zu erwartenden wechselnden Bezugsgrößen birgt das Risiko einer erheblichen Verschlechterung der Versorgungsqualität für sämtliche Heimbewohner.
- Für die 616.000 durch Pflegedienste versorgten Pflegebedürftige müssen die Patientenverträge angepasst werden.
- Für die 25.700 Pflegedienste und Pflegeheime müssen die Vergütungs- bzw. Pflegesatzvereinbarungen geändert werden.
- Neben der Bundesrahmenempfehlung sind in allen 16 Bundesländern die Rahmenvereinbarungen nach § 75 SGB XI für die ambulante, die teilstationäre und die stationäre Pflege anzupassen.

Dieses bedeutet für die Pflegebedürftigen eine Umstellung, aber insbesondere für die Pflegeeinrichtungen und die Selbstverwaltung gleicht dieses einer Mammutaufgabe.

Der bpa schlägt deswegen vor, dass der Gesetzgeber die Selbstverwaltung beauftragt, **in den Bundesrahmenempfehlungen nach § 75 Abs. 6 SGB XI Vorgaben hinsichtlich der Auswirkungen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs auf die notwendige Personalausstattung, die Pflegesätze und die Entgeltvereinbarungen zu beschließen**, damit es

nicht in allen 16 Bundesländern zu einer unterschiedlichen Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs kommt. Es muss sichergestellt sein, dass es für die Pflegeeinrichtungen bei der Umstellung von Pflegestufen auf Pflegegraden nicht zu Verwerfungen und in Folge zu Existenzbedrohungen kommt.

Insbesondere im stationären Bereich ist die Frage der Einstufung unmittelbar verknüpft mit den Personalressourcen und den Pflegesätzen. Vom Versorgungsaufwand abgekoppelte Einstufungen in Bedarfsgrade sind kein Garant für eine angemessene personelle Ausstattung. Der Grad der Selbstständigkeit stellt eben nicht ab auf den individuellen Bedarf, welcher jedoch insbesondere in der stationären Pflege die relevante Steuerungsgröße schlechthin ausmacht. Keineswegs ausreichend ist für die stationäre Pflege z.B. eine lediglich budgetneutrale Umstellung mit der unübersehbaren Gefahr anschließender Leistungsabsenkungen, welche sich insbesondere in einer hochrelevanten schleichend schlechteren personellen Ausstattung zeigen würde. Deswegen braucht es einheitliche und übertragbare Regelungen auf der Bundesebene, die dann rechtzeitig auf Landesebene in Landesrahmenvereinbarungen nach § 75 Abs. 1 - 5 SGB XI umgesetzt werden können, aber auch ein verpflichtendes Monitoring über die Phase der reinen Umstellung hinaus mit der Verpflichtung zur Nachregulierung bei einer systembedingten Verschlechterung der personellen und damit der finanziellen Ausstattung.

C) Änderungsvorschläge

§ 75 Abs. 6 SGB XI wird wie folgt gefasst:

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die **maßgeblichen** Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene sollen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. sowie unabhängiger Sachverständiger gemeinsam mit der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe Empfehlungen zum Inhalt der Verträge nach Absatz 1 abgeben. Sie arbeiten dabei mit den Verbänden der Pflegeberufe sowie den Verbänden der Behinderten und der Pflegebedürftigen eng zusammen. **In den Empfehlungen sind Vorgaben hinsichtlich der Auswirkungen des Begriffs der Pflegebedürftigkeit gem. § 14 auf die notwendige Personalausstattung, die Pflegesätze und die Entgeltvereinbarungen zu beschließen. Dabei ist sicherzustellen, dass keineswegs die personelle Ausstattung und damit auch das Budget der Pflegeeinrichtung in der Zeit nach der erstmaligen Umstellung durch eine z.B. niedrigere Pflegegradverteilung auf ein niedrigeres Niveau abfällt und damit eine Verschlechterung der Ver-**

sorgungssituation der Versicherten und eine noch höhere Belastung der Beschäftigten in den Pflegeeinrichtungen auslösen würde.

Finanzierung der Pflegeeinrichtungen – § 82 SGB XI

Artikel 2, Nr. 35

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelungen zur Finanzierung der Pflegeeinrichtungen werden an den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff angepasst. Die Vergütung soll weiterhin die medizinische Behandlungspflege umfassen.

B) Stellungnahme

Der bpa fordert, dass die medizinische Behandlungspflege von der gesetzlichen Krankenversicherung vergütet wird – wie auch im ambulanten Bereich. Dazu wird auf die Ausführungen zu § 43 SGB XI verwiesen (siehe Seite 53).

C) Änderungsvorschlag

In § 82 Abs. 1 werden Satz 2 und 3 wie folgt gefasst:

Die Pflegevergütung ist von den Pflegebedürftigen oder deren Kostenträgern zu tragen. Sie umfasst auch die Betreuung ~~und, soweit bei stationärer Pflege kein Anspruch auf Krankenpflege nach § 37 des Fünften Buches besteht, die medizinische Behandlungspflege.~~

Bemessungsgrundsätze – § 84 SGB XI

Artikel 2, Nr. 36

A) Beabsichtigte Neuregelungen

In der vollstationären Pflege sind für die Pflegegrade 2 bis 5 einrichtungseinheitliche Eigenanteile zu ermitteln.

Die Vergütung für die zusätzliche Betreuung nach § 43 b SGB XI erfolgt durch Vergütungszuschläge, die von der Pflegekasse zu tragen sind.

B) Stellungnahme

Einrichtungseinheitliche Eigenanteile:

Der bpa begrüßt, dass es einrichtungseinheitliche Eigenanteile geben wird. Dieses wird zu einer leistungsgerechten Einstufungspraxis beitragen, die einen wichtigen Beitrag zu einer dem Unterstützungsbedarf folgenden personellen Ausstattung bewirken wird.

Wenn jemand ab 2017 z.B. als Pflegebedürftiger im Pflegegrad 2 im Pflegeheim lebt und er aufgrund der sehr verlässlichen Pflege und Betreuung eine deutliche Verbesserung seines Pflege- und Gesundheitszustandes erfahren darf, aber bei erneuter Begutachtung in den Pflegegrad 1 eingestuft wird, steigt sein Eigenanteil exponentiell. Denn die in § 84 Abs. 2 SGB XI vorgesehenen einrichtungseinheitlichen Eigenanteile gelten nur für die Pflegegrade 2 bis 5. Die Beträge für den Pflegegrad 1 sollten bei stationärer Versorgung deutlich angehoben werden, auch um die Distanz zum Pflegegrad 2 mit einem Sachleistungsvolumen von 770 Euro zu verringern. Eine erhebliche finanzielle Mehrbelastung des Versicherten als direkte Folge guter Pflege und Betreuung im Pflegeheim kann nicht Ziel dieser Regelung sein.

Vergütungszuschläge:

Der bpa begrüßt die Beibehaltung dieser Regelung. Damit wird sichergestellt, dass die Pflegekassen für die Vergütung der zusätzlichen Betreuung aufkommen, ohne dass es zu einer finanziellen Belastung der Heimbewohner, der Sozialhilfeträger oder der Pflegeheime kommt. Allerdings stellt sich auch hier die Frage, wie diese neue Regelung umgesetzt wird. Bisher gibt es zur Finanzierung der zusätzlichen Betreuungskräfte nach §

87 b SGB XI in 15 Bundesländern sehr schlanke Regelungen. Hier sollte der Gesetzgeber prüfen, ob er für die Fortschreibung der bisherigen Vereinbarungen nicht entsprechende Vorgaben in das Gesetz aufnehmen kann. Aus Sicht des bpa wäre es sinnvoll, wenn es eine landesweit gültige Vereinbarung der Pflegesatzkommission geben würde, der die Einrichtungen beitreten könnten.

C) Änderungsvorschlag

In § 84 SGB XI wird folgender Satz eingefügt:

Der Abschluss landesweiter gültiger Vergütungszuschläge oder prozentualer Entgeltfortschreibungen ist möglich. Sofern Pflegeeinrichtungen diesen nicht beitreten wollen, bleibt ihnen die Möglichkeit der Einzelvereinbarung.

Pflegesatzverfahren – § 85 SGB XI

Artikel 2, Nr. 37

A) Beabsichtigte Neuregelung

Für die Vereinbarung des Vergütungszuschlags nach § 84 SGB XI werden hier die Einzelheiten festgelegt.

Der bpa schlägt – neu – vor, in § 85 SGB XI eine pauschale Fortschreibung der Entgeltvereinbarung zu verankern.

B) Stellungnahme

Vergütungszuschlag:

Die bisher in § 87b Absatz 1 SGB XI genannten Voraussetzungen für die Vereinbarung von Vergütungszuschlägen sollen nun im Wesentlichen als Vereinbarungsgrundlagen in § 85 Abs. 8 überführt werden. Hierzu soll nach Ziffer 3 auch das Einvernehmen der Vertragsparteien gehören, „dass der vereinbarte Vergütungszuschlag nicht berechnet werden darf, soweit die zusätzliche Betreuung und Aktivierung für Pflegebedürftige nicht erbracht wird.“

Aus Sicht des bpa sollte diese Ziffer gestrichen werden. Ihre Formulierung hat bereits in der Vergangenheit den Ruf nach einer gesonderten sog. „Betreuungsdokumentation“ laut werden lassen, die die – künstliche – Abgrenzung zu den sonstigen pflegerischen Leistungen ermöglichen soll (siehe hierzu auch die Stellungnahme zu § 43b SGB XI, Seite 60). Nicht hilfreich im Sinne einer Verbesserung der Betreuungssituation wären auch Diskussionen mit einzelnen Bewohnern, Tagespflegegästen und deren Angehörigen, ob die von den Einrichtungen angebotenen zusätzlichen Betreuungsleistungen nachweislich zeitweise oder gar nicht in Anspruch genommen wurden. Zusätzliche soziale Betreuung wirkt sehr viel breiter als dies in nachgewiesenen Aktivitäten zu erfassen wäre. In Fällen der privaten Pflegeversicherung kommt es immer wieder vor, dass mit dem Verweis, solche Leistungen nicht zu benötigen, die vertragliche Vereinbarung der Leistungen und deren Vergütung mit dem Pflegebedürftigen trotz der gesetzlich vorgesehenen Kostenerstattung durch die private Pflegeversicherung verweigert wird. Die Formulierung der Ziffer 3 scheint die Interpretation zu stützen, dass zusätzliche Betreuungsleistungen nur nach dem individuellen Maß der Inanspruchnahme durch den einzelnen Pflegebedürftigen zu vergüten sind. Von hier aus ist der Weg zu einer

Forderung einer kleinteiligen, bewohnerbezogenen Betreuungsdokumentation, die auch jedes Anbieten und Ablehnen von Betreuungsleistungen durch den einzelnen Pflegebedürftigen erfasst, nicht weit.

Mit dem Projekt „Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation“ und der seit Anfang des Jahres laufenden bundesweiten Implementierung des Strukturmodells ist die Entbürokratisierung in der Pflege einen großen Schritt vorangekommen. Jetzt gilt es zu verhindern, dass der Ruf nach einer Betreuungsdokumentation zum ersten Schritt zurück wird.

Dass mit zusätzlichen Betreuungskräften mehr Zeit für alle Pflegebedürftigen zur Verfügung steht, steht außer Frage. Außer Frage steht auch, dass die Pflegeeinrichtungen verpflichtet sind, die Vereinbarungen über die personelle Ausstattung einzuhalten. Der Regelung des § 85 Abs. 8 Ziffer 3 SGB XI bedarf es hierfür nicht; im Sinne der Verhinderung zusätzlicher Dokumentationsanforderungen ohne jeden Vorteil für die Pflegebedürftigen sollte sie daher gestrichen werden.

Pauschale Entgeltfortschreibung:

Die vom Bundessozialgericht im Jahr 2009 entwickelte Systematik zur Ermittlung einer leistungsgerechten Pflegevergütung führt mit ihrem mehrstufigen Verfahren wiederum zu einem großen bürokratischen Aufwand sowohl auf Einrichtungs- wie auf Kostenträgerseite. Die damit einhergehenden Belastungen und Auseinandersetzungen sind sinnvollerweise so gering wie möglich zu halten. Bereits in der Vergangenheit sind in Bundesländern vereinfachte Verfahren zur Fortentwicklung bereits vereinbarter Pflegesätze und Entgelte durchgeführt worden; orientiert etwa an allgemeinen Kostensteigerungsraten unter besonderer Berücksichtigung der allgemeinen Personalkostenentwicklung im Bereich der Altenpflege wurden den Pflegeeinrichtungen pauschale Erhöhungen angeboten. Den Einrichtungen stand dabei offen, das Angebot etwa aus Wettbewerbsgründen nicht anzunehmen oder Einzelverhandlungen zu führen. Über die Zulässigkeit dieser Praxis ist nach den Urteilen des BSG vom 29.01.2009 erhebliche Verunsicherung eingetreten.

Dabei entsprechen diese vereinfachten Verfahren dem Interesse aller Pflegesatzparteien an möglichst unbürokratischen Pflegesatzverhandlungen ebenso wie den gesetzlichen Vorgaben zur Vergütungsermittlung auch nach aktueller Lesart des Bundessozialgerichts. Besteht eine Pflegesatz- bzw. Entgeltvereinbarung zwischen den Vertragsparteien, ist im Grundsatz von der Richtigkeit auszugehen (Vermutung der Richtigkeit der Vorvereinbarung, ständige Rechtsprechung des BSG, Urteil vom 30.10.1963, 6 RKa 4/62; Urteil vom 19.03.1997, 6 RKa 36/96; Urteil vom 16.07.2003, B 6 KA 29/02 R; LSG Hessen, Urteil vom 10.12.2003, L 7 KA

4456/00). Unabweisbare Kostensteigerungen, die beispielsweise das Statistische Bundesamt ausweist, entsprechen aufgrund ihrer Unabweisbarkeit stets den Grundsätzen wirtschaftlicher Betriebsführung. Die Möglichkeit zur Vereinbarung pauschaler Erhöhungen auch auf regionaler Ebene widerspricht dabei auch nicht dem Grundsatz, dass die Pflegesatzvereinbarung für jede Einrichtung gesondert abzuschließen ist; sie führt nicht zu Einheitspreisen, sondern sattelt auf einrichtungsindividuell bestehenden Vereinbarungen auf.

Der bpa schlägt daher vor, dieses Verfahren mit einem neu einzufügenen Absatz 3a ausdrücklich in § 85 SGB XI zu verankern. Dabei muss sichergestellt werden, dass es ebenso auch für Vergütungsvereinbarungen für ambulante Pflegedienste gem. § 89 SGB XI gilt. Gleichzeitig sollte in § 85 Abs. 4 SGB XI die Verpflichtung zum unverzüglichen Abschluss der Pflegesatzvereinbarung gesetzlich explizit betont werden; in der Praxis sind die Einrichtungen häufig trotz Einigung in der Sache mit Verzögerungen durch die Kostenträgerseite konfrontiert.

C) Änderungsvorschläge

§ 85 Abs. 3, 3a und 4 SGB XI werden wie folgt gefasst:

¹Die Pflegesatzvereinbarung ist im Voraus, vor Beginn der jeweiligen Wirtschaftsperiode des Pflegeheims, für einen zukünftigen Zeitraum (Pflegesatzzeitraum) zu treffen. ²Das Pflegeheim hat **durch eine Kalkulation** Art, Inhalt, Umfang und **erwartete** Kosten der Leistungen, für die es eine Vergütung beansprucht, ~~durch Pflegedokumentationen und andere geeignete Nachweise~~ rechtzeitig vor Beginn der Pflegesatzverhandlungen darzulegen; es hat außerdem die schriftliche Stellungnahme der nach heimrechtlichen Vorschriften vorgesehenen Interessenvertretung der Bewohnerinnen und Bewohner beizufügen. ³Soweit dies **auch unter Berücksichtigung der Bemessungsgrundsätze nach § 84 Abs. 2 Sätze 7 und 8** zur Beurteilung seiner Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit im Einzelfall erforderlich ist, hat das Pflegeheim auf Verlangen einer Vertragspartei zusätzliche Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. ⁴Hierzu gehören auch pflegesatzerhebliche Angaben ~~zum Jahresabschluss entsprechend den Grundsätzen ordnungsgemäßer Pflegebuchführung~~, zur personellen und sachlichen Ausstattung des Pflegeheims einschließlich der Kosten sowie zur tatsächlichen Stellenbesetzung und Eingruppierung. ⁵Personenbezogene Daten sind zu anonymisieren.

(3a) Abweichend von Absatz 3 können die Vertragsparteien auf Vorschlag der Pflegesatzkommission für einen künftigen Pflegesatzzeitraum auch pauschale Veränderungen vereinbarter Pflegesätze in angemessener Höhe einvernehmlich festlegen; die Verpflichtung zur

Vorlage der schriftlichen Stellungnahme der nach heimrechtlichen Vorschriften vorgesehenen Interessenvertretung der Bewohnerinnen und Bewohner bleibt unberührt.

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

In § 85 Abs. 8 wird Ziffer 3 gestrichen:

~~3. die Vertragsparteien Einvernehmen erzielt haben, dass der vereinbarte Vergütungszuschlag nicht berechnet werden darf, soweit die zusätzliche Betreuung und Aktivierung für Pflegebedürftige nicht erbracht wird.~~

Berechnung und Zahlung des Heimentgelts – § 87a SGB XI

Artikel 2, Nr. 38

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Anerkennungsbetrag für die Herabstufung eines Pflegebedürftigen in einen niedrigeren Pflegegrad soll auf 2.952 Euro angehoben werden.

B) Stellungnahme

Aus Sicht des bpa ist es zu begrüßen, wenn Erfolge der Pflege durch vollstationäre Einrichtungen belohnt werden. Von daher findet auch die Erhöhung des Betrags die Zustimmung. Ein Nachteil für den Bewohner ist ausgeschlossen, da er auch bei einem niedrigeren Pflegegrad seine Zahlung gleich bleibt. Dies gilt mit Ausnahme einer Einstufung in den Pflegegrad 1 als Folge der verlässlichen Pflege und Betreuung im Pflegeheim. Hier ist an anderer Stelle eine ausgleichende Regelung zu schaffen.

Der bpa plädiert ferner dafür, den Verweis auf die Durchführung aktivierender und rehabilitierender Maßnahmen zu streichen. Angesichts der Rechtsprechung des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen und der Forderungen der Pflegekassen im Gemeinsamen Rundschreiben zu den leistungsrechtlichen Vorschriften, mit denen den Einrichtungen über die aktivierende Pflege und die im Rahmen der Pflegeversicherung finanzierten Regelleistungen hinaus ein „erkennbares Mehr an Maßnahmen“ nebst nachvollziehbarer Darlegung und Nachweis in Pflegeplanung und Dokumentation für einen Anspruch auf den Anerkennungsbetrag abverlangt werden, droht die Regelung ins Leere zu laufen. Wenn die aktivierende Pflege als Regelleistung für einen Zahlungsanspruch aufgrund einer Herabstufung nicht ausreicht und ein „Mehr“ gegenüber dem „Standard“ verlangt wird, der zudem entsprechend zu dokumentieren sein soll, dürfte dies mit der am „Standard“ bemessenen Personalausstattung für die Einrichtungen nicht umsetzbar sein. Erfolge der professionellen, aktivierenden Pflege blieben entgegen der ursprünglichen Intention ohne Anerkennung durch den Gesetzgeber. Aus Sicht des bpa bedarf die Vorschrift daher der Umgestaltung, um den Einrichtungen eine realistische Möglichkeit zu geben, einen Anerkennungsbetrag für Erfolge ihrer aktivierenden Versorgung beanspruchen zu können.

C) Änderungsvorschlag

§ 87 a Abs. 4 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

Pflegeeinrichtungen, die Leistungen im Sinne des § 43 erbringen, erhalten von der Pflegekasse zusätzlich den Betrag von 2.952 Euro, wenn der Pflegebedürftige ~~nach der Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen~~ in einen niedrigeren Pflegegrad zurückgestuft wurde oder festgestellt wurde, dass er nicht mehr pflegebedürftig im Sinne der §§ 14, 15 ist.

Kostenerstattung – § 91 SGB XI

– Neu –

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der bpa fordert dringend, in § 91 SGB XI auf die Beschränkung der Kostenerstattungspflicht der Pflegekassen auf 80% der im Gesetz genannten pauschalen Leistungsbeträge zu verzichten.

B) Stellungnahme

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

Die Pflegevergütung wird im Allgemeinen zwischen den Vertragsparteien nach §§ 85 Abs. 2 und 89 Abs. 2 SGB XI vereinbart; kommt eine solche Vereinbarung nicht zustande, können die Pflegeeinrichtungen die Vergütung für ihre Leistungen unmittelbar mit den Pflegebedürftigen vereinbaren. Für diesen Fall sieht § 91 SGB XI die Kostenerstattung durch die Pflegekassen hinsichtlich der pflegebedingten Aufwendungen vor. Allerdings werden bisher maximal 80% des Betrages erstattet, den die Pflegekasse nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit des Pflegebedürftigen zu zahlen hätte, wenn eine Pflegesatzvereinbarung bestünde. Wenn in der Begründung auf die unterschiedlichen Leistungshöhen zwischen ambulanter und stationärer Pflege hingewiesen wird, begründen diese keineswegs einen Unterschied von 20 % der Leistungsbeträge, sondern verharren in der überwundenen Systematik ehemals deutlich niedrigerer ambulanter Leistungsbeträge.

Die Kürzung der Leistungen um 20 % entfaltet die Wirkung eines **Strafbetrags**. Dieser an zwei Stellen (ebenso in § 43 SGB XI, siehe Seite 53) im Gesetz vorgesehene Strafbetrag belastet Heimbewohner direkt und zusätzlich. Solche bevormundenden Regelungen wirken beeinflussend auf pflegebedürftige Menschen. Notwendig ist, dass die Gesetzgebung die Entscheidung des einzelnen pflegebedürftigen Menschen respektiert.

Diese Regelung schränkt durch die Belastung mit einem erheblich höheren finanziellen Eigenanteil die Wahlfreiheit derjenigen Versicherten ein,

die sich von einer zugelassenen Pflegeeinrichtung betreuen lassen möchten, die nicht über eine Vergütungsvereinbarung nach §§ 85, 89 SGB XI verfügt. Für diese Ungleichbehandlung von Versicherten besteht indes kein sachlicher Grund.

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

Eine bis zur Höhe der Leistungsbeträge nach dem Dritten Abschnitt des Vierten Kapitels ungedeckelte Erstattung führt keineswegs zu einer Mehrbelastung der öffentlichen Kostenträger. Preisvereinbarungen zwischen Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftigen, die ohne Beteiligung der Kostenträger getroffen werden, wirken nicht zulasten des Sozialhilfeträgers. Macht jedoch ein Versicherter von seiner durch § 2 gewährleisteten Wahlfreiheit zugunsten einer solchen Ausnahme Gebrauch, besteht für eine Sanktionierung der Ausübung dieses Rechtes durch „Strafabzug“ beim Leistungsbetrag der Pflegekasse kein sachlicher Grund.

C) Änderungsvorschlag

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

§ 91 Abs. 2 SGB XI wird wie folgt gefasst:

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

Alternativer Vorschlag:

Sofern auf eine vollständige Streichung der 80 % Regelung nicht verzich-

tet werden soll, muss zumindest festgelegt werden, dass die Versicherten in Pflegeeinrichtungen nach § 91 SGB XI den Zugang zu dem jeweils niedrigeren Sachleistungsbetrag haben. Ist in einem Pflegegrad der stationäre Sachleistungsbetrag der höhere, wäre dies der ambulante Sachleistungsbetrag. Wäre der ambulante Sachleistungsbetrag in einem Pflegegrad höher, wäre der entsprechende stationäre Sachleistungsbetrag zu gewähren. Eine Kürzung um 20 % deutlich unter alle ansonsten vergleichbaren Sachleistungsbeträge ist unbegründet, unverhältnismäßig und schränkt die Wahlfreiheit des Versicherten ohne sachlichen Grund ein.

Neuverhandlung der Pflegesätze – § 92c SGB XI

Artikel 1, Nr. 27

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Pflegesätze für stationäre Einrichtungen gelten bis zum 31.12.2016 weiter. Basis dafür sind die Pflegesätze, die ab dem 1. Januar 2016 gelten. Gleiches gilt für Pflegesätze, die im Laufe des Jahres 2016 vereinbart werden. Die Pflegesatzkommission kann für die Umstellung der Pflegestufen in Pflegegrade das Nähere für ein vereinfachtes Verfahren bestimmen.

B) Stellungnahme

Der bpa begrüßt, dass gegenüber dem Referentenentwurf nunmehr klar gestellt wurde, dass auch nach dem Zeitpunkt der Verkündung des PSG II bzw. nach dem 1. Januar 2016 der Abschluss neuer Pflegesatzvereinbarungen auf der Grundlage des § 84 Abs. 2 SGB XI in der jetzigen Fassung möglich ist. Der Wortlaut des § 92c Satz 1 und 2 SGB XI lässt jedoch weiterhin Raum für Interpretationen, dass die Regelung eine Weitergeltung aller bestehenden Pflegesatzvereinbarungen bis zum Ende des Jahres 2016 anordnet und die Neuverhandlung von „Bestandsvereinbarungen“ im Jahr 2016 verhindert.

Der Gesetzesbegründung zufolge wird mit § 92c Sätze 1 und 2 SGB XI das Ziel der Sicherstellung der Umstellung der pflegestufenbasierten Pflegesatzvereinbarungen auf pflegegradbasierte Pflegesatzvereinbarungen zum 1. Januar 2017 verfolgt; aus diesem Grunde soll die Laufzeit „alter“ Pflegesatzvereinbarungen bis zum 31. Dezember befristet werden. **Problematisch ist, dass der Gesetzestext nicht die Befristung „alter“ Pflegesatzvereinbarungen von Gesetzes wegen anordnet, sondern deren Weitergeltung**, und bei entsprechend interessengeleiteter Lesart insofern den o.g. Interpretationsspielraum eröffnet. Ungeachtet der verfassungsgemäß gebotenen Auslegung der Regelung sollte zur Vermeidung von Auseinandersetzungen, die im Ergebnis faktisch eine Umsetzung vorgesehener Personalausweitungen und zu erwartender (Personal-) Kostensteigerungen unmöglich machen und zu einer „Nullrunde“ für die Beschäftigten führen, das Ziel der Regelung auch im Gesetzestext klarer formuliert werden. Dafür unterbreitet der bpa unten einen konkreten Änderungsvorschlag.

In § 92c SGB XI ist nur in der Gesetzesbegründung, aber nicht im Gesetzestext selbst die teilstationäre Pflege erwähnt. Um Unsicherheiten und Missverständnisse zu vermeiden, sollte auch im Gesetzestext selbst klar gestellt werden, dass die Regelung auch für die teilstationäre Pflege gilt.

Begrüßt wird das abgestufte System der Umstellung, welches neben der Einzelverhandlung möglichst vieler Pflegeeinrichtungen auch die Umstellung auf Basis einer Empfehlung der **Landespflegesatzkommission** ermöglicht. Als problematisch erachtet es der bpa, dass möglicherweise Kostenträger Pflegesatzvereinbarungen im Jahr 2016 solange verzögern oder gar blockieren könnten, bis die in § 92e SGB XI verankerte Formel zur automatischen Umrechnung der Pflegesätze greift.

Der bpa begrüßt ausdrücklich den Hinweis in der Gesetzesbegründung, dass in den Verhandlungen zumindest ein angemessener Zuschlag für die voraussichtlichen Steigerungen der Personal- und Sachkosten vorgesehen werden soll, der auch die konzeptionelle Weiterentwicklung umfassen kann.

C) Änderungsvorschläge

In § 92c Satz 1 und 2 SGB XI wird durch folgenden Satz ersetzt:

Die auf der Grundlage des § 84 Absatz 2 in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung geschlossenen Pflegesatzvereinbarungen der zugelassenen Pflegeheime und teilstationären Einrichtungen gelten längstens bis zum 31. Dezember 2016.

Alternative Überleitung der Pflegesätze – § 92d SGB XI

Artikel 1, Nr. 27

A) Beabsichtigte Neuregelung

Sofern es bis zum 30. September 2016 keine Vereinbarung für die Pflegesätze ab 1. Januar 2017 gibt, greift das in § 92e SGB XI festgelegte Verfahren für die Umrechnung anhand einer Formel.

B) Stellungnahme

Bei der Umrechnung durch die Formel sollte nicht übersehen werden, dass dieses lediglich zu einer budgetneutralen Umstellung führen würde und damit ein Signal an etwa 800.000 Heimbewohner und an über 13.000 Pflegeeinrichtungen verbunden wäre, dass unter größtem Aufwand eine Umstellung vorgenommen wurde ohne jegliche denkbare Verbesserung der Versorgungssituation.

Mit Blick auf erhebliche Unsicherheiten der künftigen Verteilung auf Pflegegrade nach der Phase der automatischen Umwandlung von Pflegestufen auf Pflegegrade sollten alle Vertragspartner aufgefordert und verpflichtet werden, die vereinbarte personelle Ausstattung und die entsprechende Finanzierung auch bei einer ggf. eintretenden abweichenden Verteilung der Pflegegrade sicherzustellen. Durch die Koppelung von Pflegegraden und Personalanhaltswerten ist ansonsten eine erhebliche Verschlechterung der personellen Ausstattung bei ansonsten unverändertem pflegerischem und betreuerschem Bedarf nicht ausgeschlossen.

Es bedarf aus Sicht des bpa hier einer **Klarstellung für anhängige Schiedsverfahren**, die nicht bis zum 30. September 2016 beendet sind. Wenn strittige Pflegesatzvereinbarungen bereits der Schiedsstelle vorliegen, darf die Arbeit dieser Konfliktlösungsinstitute nicht durch die automatische Umstellung konterkariert werden.

C) Änderungsvorschlag

§ 92d SGB XI wird wie folgt gefasst:

Sofern bis zu drei Monate vor dem 1. Januar 2017 für das Pflegeheim keine neue Vereinbarung nach § 92c geschlossen wurde, werden die vereinbarten Pflegesätze durch übergeleitete Pflegesät-

ze abgelöst, die nach § 92e zu ermitteln sind. **Sofern die Schiedsstelle neue Entgelte festsetzt, ist auf dieser Basis umzustellen.**

Verfahren für die Umrechnung – § 92e SGB XI

Artikel 1, Nr. 27

A) Beabsichtigte Neuregelung

Hier wird die Formel für die automatische Umrechnung der Pflegesätze bestimmt. Sie gilt für vollstationäre und für teilstationäre Pflegeeinrichtungen.

B) Stellungnahme

Auswirkungen auf vollstationäre Pflegeeinrichtungen:

Politisch wird betont, dass durch das PSG II niemand Nachteile haben wird. Dabei tritt in den Hintergrund, dass es für die Heimbewohner wahrscheinlich keinerlei Verbesserungen geben wird. Denn nach der Umstellung mit dieser Formel werden die Pflegeheime mit dem gleichen Budget und mit der gleichen Zahl an Mitarbeitern die Versorgung sichern müssen. Für die Pflegeheime wird die Umstellung nach dieser Formel zu einem Nullsummenspiel. Deshalb wird es für die Pflegebewohner und die Pflegeheime keinen einzigen Grund geben, warum sie eine Weiterentwicklung in der Pflege loben sollten.

Als problematisch erachtet es der bpa, dass möglicherweise Kostenträger Pflegesatzvereinbarungen im Jahr 2016 solange verzögern oder gar blockieren könnten, bis die in § 92e SGB XI verankerte Formel zur automatischen Umrechnung der Pflegesätze greift (s. dazu oben die Ausführungen zu § 92c SGB XI, Seite 88). Damit würde z.B. auch eine Verständigung dahingehend blockiert, der Umrechnungsformel nur die relevanten Personalkosten zuzuweisen.

Überleitung teilstationärer Pflegesätze:

Für die teilstationären Pflegeeinrichtungen wurden im Rahmen der alternativen Überleitungsregelung die gleichen Äquivalenzziffern (Pflegegrad 2-5: 1; 1,36; 1,74; 1,91 in Bezug auf den Pflegegrad 1) wie für die vollstationären Pflegeeinrichtungen gewählt. Dieses ist aus mehrfachen Gründen nicht nachvollziehbar und führt zu erheblichen Verwerfungen bei der überwiegenden Mehrheit dieser Einrichtungen, bei denen es sich in der Regel um Tagespflegeeinrichtungen handelt.

Insbesondere Tagespflegeeinrichtungen zeichnen sich durch kleine Einheiten mit durchschnittlich 14 bis 16 Tagesgästen aus. Die Tagesgäste nehmen die Leistung an ca. 2,3 Tagen pro Woche in Anspruch und sind überwiegend der Pflegestufe 1, gelegentlich der Stufe 2, aber nur sehr selten der Stufe 3 zuzuordnen. Die geringe Platzzahl der Einrichtungen, die niedrigen Pflegestufen der Gäste und deren Besuchstage erschweren eine angemessene personelle Besetzung. Schwankungen bei der Gästezusammensetzung sind bei den geringen Platzzahlen und der fehlenden Kontinuität kaum zu kompensieren. Daher sind die Personalanhaltszahlen zwischen den Pflegestufen nur geringfügig unterschiedlich. Spreizungen wie im vollstationären Bereich, aufgrund unterstellter Aufwandsunterschiede zwischen den Pflegestufen, sind nicht gegeben und würden zu Personalbesetzungen führen, die eine angemessene Versorgung gefährden. Daher sind für die teilstationären Einrichtungen ausdrücklich nicht die gleichen Äquivalenzziffern wie im vollstationären Sektor, sondern zwingend gesonderte zu Grunde zu legen.

Zudem hat die Stichtagsbetrachtung, als Grundlage der Überleitung zur Ermittlung der ab 1. Januar 2017 geltenden Pflegesätze, für die Tagespflegeeinrichtungen eine höchst verzerrende Wirkung. Wie oben anhand der geringen Gästekontinuität im Wochenverlauf belegt, ist hier kein Stichtag, sondern ein Zeitraum zugrunde zu legen.

Die im vollstationären Bereich durch die Studie der Universität Bremen (EViS) ermittelten Relationen basieren auf Erkenntnissen zum vollstationären Bereich und sind insbesondere auf den Bereich der Tagespflege nicht übertragbar. Angemessen scheint hier die Spreizung der Pflegesätze zwischen den Pflegegraden analog der Sachleistungsbeträge nach § 41 SGB XI.

Entsprechend sind die gemäß § 41 SGB XI vorgesehen Beträge heranzuziehen. Daraus ergibt sich:

- Der Pflegesatz in Pflegegrad 2 entspricht Ausgangspflegesatz.
- Der Pflegesatz in Pflegegrad 3 entspricht dem 1,88-fachen Pflegesatz in Pflegegrad 2.
- Der Pflegesatz in Pflegegrad 4 entspricht dem 2,34-fachen Pflegesatz in Pflegegrad 2.
- Der Pflegesatz in Pflegegrad 5 entspricht dem 2,9-fachen Pflegesatz in Pflegegrad 2.

Die Überleitung ist entsprechend dieser Äquivalenzziffern anzupassen und entsprechend in der Formel aufzunehmen.

Anstelle der Stichtagsbetrachtung der Belegung der Tagespflege und der Umstellung der Pflegestufen in Pflegegrade ist bei der Umrechnung der

Pflegesätze auf einen Zeitraum von 6 Monaten abzustellen. Dabei ist die in diesem Zeitraum durchschnittliche Verteilung der Gäste auf die jeweiligen Pflegestufen zu ermitteln und anhand dieser anschließend die Überführung in die neuen Pflegegrade vorzunehmen.

C) Änderungsvorschläge

§ 92e Abs. 3 SGB XI wird wie folgt gefasst:

Für den teilstationären Bereich ergeben sich abweichend von Absatz 2 die übergeleiteten Pflegesätze wie folgt:

$$\text{PSPG2} = \sum \text{PS} / (\text{PBPG2} + \text{PBPG3} \times 1,36 + \text{PBPG4} \times 1,74 + \text{PBPG5} \times 1,91).$$

Dabei ist PSPG2 der teilstationäre Pflegesatz in Pflegegrad 2. Der Pflegesatz

1. in Pflegegrad 3 entspricht dem ~~1,36~~**1,88**-fachen des Pflegesatzes in Pflegegrad 2,
2. in Pflegegrad 4 entspricht dem ~~1,74~~**2,34**-fachen des Pflegesatzes in Pflegegrad 2,
3. in Pflegegrad 5 entspricht dem ~~1,91~~**2,9**-fachen des Pflegesatzes in Pflegegrad 2.

Abweichend von Abs. 1 gilt für den teilstationären Bereich als Grundlage für die Ermittlung der ab dem 1. Januar 2017 zu zahlenden Pflegesätze nach § 92d der Gesamtbetrag der Pflegesätze, der der Einrichtung durchschnittlich pro Monat zwischen 1. April 2016 und 30. September 2016 entsprechend der Verteilung der Gäste auf die jeweiligen Pflegestufen zusteht, hochgerechnet auf einen Kalendermonat für Pflegebedürftige der Pflegestufen I bis III sowie Bewohner ohne Pflegestufe, aber mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz.

Pflichten der Beteiligten – § 92f SGB XI

Artikel 1, Nr. 27

A) Beabsichtigte Neuregelung

Im Rahmen der Umstellung der Pflegesätze wird das Pflegeheim verpflichtet, den Kostenträgern bis 31. Oktober 2016 Angaben zu den bisherigen Pflegesätzen, den Heimbewohnern und den Stichtagsbetrag nach § 92e SGB XI zu machen. Die Angaben sind zu belegen. Sofern die Kostenträger die Angaben nicht rechtzeitig erhalten, sind sie berechtigt, diese zu schätzen.

B) Stellungnahme

Zunächst mutet es etwas merkwürdig an, wenn die Überschrift dieser Regelung „Pflichten der Beteiligten“ lautet, darunter aber fast ausschließlich die Pflichten der Pflegeheime erfasst werden.

Im Vergleich zum Referentenentwurf ist im Gesetzentwurf die Regelung neu aufgenommen worden, dass die Kostenträger die in Absatz 1 geforderten Angaben schätzen dürfen, wenn das Pflegeheim diese nicht rechtzeitig vorlegt. Dieses lehnt der bpa ab! Damit wird, anders als in der Begründung behauptet, die Überleitung der Pflegesätze nicht praktikabel gewährleistet, sondern einseitig zu Lasten der Pflegeheime gestaltet. Wie oben bereits mehrfach ausgeführt, wird die Umstellung von den Pflegestufen auf die Pflegegrade für die Pflegeheime zu einer immensen Arbeitsbelastung in einem sehr engen Zeitrahmen führen. Dabei kann es auch, ohne Absicht oder ohne eigenes Verschulden, zu Verzögerungen bei der Übermittlung der in § 92f SGB XI geforderten Angaben kommen. Denkbar sind dabei zum Beispiel noch nicht abgeschlossene Pflegesatzvereinbarungen oder noch nicht abgeschlossene Begutachtungen von Bewohnern, die dazu führen könnten, dass die erforderlichen Angaben noch nicht gemacht werden. Dieses darf dann aber nicht zu Lasten der Pflegeheime gelöst werden, indem die Kostenträger zur Schätzung ermächtigt werden. Der bpa fordert daher, diese Regelung ersatzlos zu streichen.

C) Änderungsvorschläge

§ 92f Abs. 2 SGB XI wird wie folgt gefasst:

Über Beanstandungen der von dem Pflegeheim nach Absatz 1 übermittel-

ten Angaben befinden die Parteien nach § 85 Absatz 2 unverzüglich mit Mehrheit. ~~Sofern an die Pflegekassen als Vertragspartei keine Mitteilung innerhalb der Frist erfolgt, sind diese zu einer Schätzung berechtigt und informieren darüber unverzüglich das Pflegeheim.~~

Pflegestatistiken – § 109 SGB XI

Artikel 2, Nr. 43

A) Beabsichtigte Neuregelung

In den Pflegestatistiken nach § 109 SGB XI sollen Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz nicht mehr erhoben werden

B) Stellungnahme

Der bpa bittet den Gesetzgeber, auch weiterhin das Merkmal der erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz in den Pflegestatistiken zu erfassen. Zwar verweist die Begründung zu Recht darauf, dass dieses Merkmal mit dem neuen neuen Begutachtungsassessment (NBA) nicht mehr festgestellt wird. Unabhängig davon spielt es aber in der Praxis der Pflegeeinrichtungen und der Pflegekräfte eine erhebliche Rolle. Deswegen sollte es unbedingt weiterhin erfasst werden. Denn die meisten Menschen in den Pflegeheimen haben eine eingeschränkte Alltagskompetenz; und auch in der ambulanten Pflege sind diese Menschen eine besondere Herausforderung für Angehörige und Pflegekräfte. Ob ein Pflegebedürftiger eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz hat oder nicht, ist ein Faktor, der seine Versorgung erheblich beeinflusst. Für eine sach- und fachgerechte Versorgungsplanung und Pflegeberatung ist deshalb auch weiterhin die Erfassung der erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz erforderlich.

Darüber hinaus plädiert der bpa dafür, die Angaben in § 109 SGB XI noch so zu präzisieren, dass auch die Beeinträchtigungen in den jeweiligen Bereichen nach § 14 Abs. 2 SGB XI (wie Mobilität, kognitive Fähigkeiten usw.) erfasst werden. Dieses würde eine weiter verbesserte Versorgungsplanung ermöglichen.

C) Änderungsvorschläge

§ 109 Abs. 1 Nr. 5 SGB XI wird wie folgt gefasst:

5. betreute Pflegebedürftige und Personen **mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz** nach Geschlecht, Geburtsjahr, Wohnort, Art, Ursache, Grad **aufgeteilt nach den in § 14 Abs. 2 genannten Bereichen** und Dauer der Pflegebedürftigkeit, Art des Versicherungsverhältnisses,

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

Artikel 1, Nr. 32

A) Beabsichtigte Neuregelungen

Die Maßstäbe und Grundsätze sind u.a. mit den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene zu schließen (Abs. 1).

In den Maßstäben und Grundsätzen ist insbesondere das sog. Indikatorenmodell zu beschreiben (Abs. 1a).

Die Daten für die Erhebungen im Rahmen des Indikatorenmodells werden an einer fachlich qualifizierten Stelle zusammengeführt (Abs. 1b).

Die bestehenden Maßstäbe und Grundsätze gelten fort, bis neue in Kraft treten (Abs. 2).

B) Stellungnahme

Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene:

Der bpa fordert, dass künftig die **maßgeblichen** Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene an der Entwicklung der Maßstäbe und Grundsätze zu beteiligen sind. Zur Definition und Begründung wird auf die entsprechenden Ausführungen zu § 17 SGB XI verwiesen (siehe Seite 22).

Fachlich qualifizierte Stelle für die Daten / fallbeziehbare Daten:

Der bpa begrüßt die vorgesehene fachlich qualifizierte Stelle, an der die Daten aus dem Indikatorenmodell zusammengeführt werden sollen. Es ist wichtig, dass dieses eine unabhängige und vertrauensvolle Institution ist, auf die sich die Vertragspartner verständigen können. Keinesfalls darf es hier aber zu einer zusätzlichen finanziellen Belastung der Pflegeeinrichtungen kommen. Außerdem darf dadurch keine weitere Prüfinstanz entstehen.

Weitergeltung der Maßstäbe und Grundsätze:

Der bpa begrüßt die Weitergeltung der Maßstäbe und Grundsätze. Der bpa war immer der Auffassung, dass es keine überstürzte Neuregelung geben darf. Denn eine Nachfolgeregelung muss verlässlich die Versorgungsrealität messen.

Auf Kritik des bpa stößt dagegen der Zeitpunkt für die Verabschiedung der neuen Maßstäbe und Grundsätze im ambulanten Bereich (30. Juni 2018). Im Gegensatz zum stationären Sektor liegen für den ambulanten Bereich bisher keinerlei Erkenntnisse und validen Ergebnisse zu Indikatoren und Instrumenten der Messung vor. Selbst wenn diese unverzüglich in Auftrag gegeben werden ab Januar 2017, wird die Erstellung von wissenschaftlichen Gutachten und weiteren Expertisen 12 Monate benötigen. Erst damit würde dann frühestens eine Grundlage für ein neues Prüfinstrument und dessen Grundsätze vorliegen. Bereits Mitte 2018 die neuen Maßstäbe und Grundsätze für den ambulanten Bereich zu verabschieden, ist daher äußerst ambitioniert. Der bpa stellt sich dieser Herausforderung gerne und strebt zusammen mit den anderen Vertragspartnern eine fristgemäße Umsetzung an, weist aber auf die benötigte pflegewissenschaftliche Grundlage hin.

C) Änderungsvorschläge

In § 113 Abs. 1 SGB XI wird Satz 1 wie folgt gefasst:

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene und die **maßgeblichen** Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene vereinbaren unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V., der Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene **und** der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen nach Maßgabe von § 118 ~~sowie unabhängiger Sachverständiger~~ Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität, Qualitätssicherung und Qualitätsdarstellung in der ambulanten und stationären Pflege sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinernen Qualitätsmanagements, das auf eine stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität ausgerichtet ist.

Qualitätsausschuss – § 113b SGB XI

Artikel 1, Nr. 34

A) Beabsichtigte Neuregelungen

Die bestehende Schiedsstelle nach § 113 SGB XI wird umgewandelt in einen Qualitätsausschuss. Leistungserbringer und Kostenträger können höchstens zehn Mitglieder für den Qualitätsausschuss benennen. Ein Vertreter der Verbände der Pflegeberufe soll dem Qualitätsausschuss angehören. Organisationen der Selbsthilfe wirken in dem Qualitätsausschuss mit. Kommt im Qualitätsausschuss keine Einigung zustande, kann er erweitert werden. Das Bundesministerium für Gesundheit erhält bei der Besetzung des Qualitätsausschusses sowie bei seinen Beschlüssen weitreichende Kompetenzen. Um fachwissenschaftliche Expertise zu erhalten, kann der Qualitätsausschuss entsprechende Aufträge an wissenschaftliche Einrichtungen vergeben. Zur Unterstützung des Qualitätsausschusses wird eine Geschäftsstelle eingerichtet. Der Qualitätsausschuss gibt sich eine Geschäftsordnung.

B) Stellungnahme

Gegen die Umwandlung der Schiedsstelle in einen Qualitätsausschuss hat der bpa keine grundsätzlichen Einwände, wenngleich die offenbar von Beginn an vorgesehene Beteiligung unabhängiger Mitglieder (demnach analog der heutige Schiedsstellenvorsitzende und die beiden Stellvertreter) deutlich überzogen zu sein scheint. Diese Erweiterung wäre nur dann notwendig, wenn auf dem Verhandlungswege eine Einigung scheitert.

Es wird begrüßt, dass der Gesetzgeber die Anzahl der Mitglieder im Qualitätsausschuss festlegt.

Hinsichtlich der arbeitsfähigen Besetzung des Gremiums teilt der bpa die in der Begründung intendierte Begrenzung der zu beteiligenden Verbände und Institutionen und verschließt sich auch einer weiteren Begrenzung nicht. Die Umsetzung dieser Anforderung überlässt der Gesetzgeber aber ohne Nennung von Kriterien der Selbstverwaltung im Rahmen der von dieser zu erlassenden Geschäftsordnung. Die in diesem Zusammenhang zu erwartenden Konflikte bedürfen einer Klarstellung durch den Gesetzgeber. Es ist erforderlich, die Kriterien für die Beteiligung der maßgeblichen Verbände und Institutionen zu definieren und damit die erforderliche repräsentative Besetzung sicher zu stellen.

Bei einer begrenzten Anzahl von Plätzen ist es erforderlich, die Bank der Verbände der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene repräsentativ zusammensetzen. Maßgebliche Kriterien hierfür sind die durch den Trägerverband vertretene Anzahl von Pflegeeinrichtungen bezogen auf die jeweiligen Versorgungsformen und die Verteilung dieser Einrichtungen und Dienste auf mindestens zwei Drittel der Bundesländer. Die Sitze auf der Bank der Leistungserbringer sind entsprechend auf die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege und der privaten Trägerverbände auf Bundesebene aufzuteilen.

Als relevante Kriterien für die Besetzung des Gremiums wäre die Gesamtanzahl der im Qualitätsausschuss vorhandenen Sitze der paritätisch besetzten Bänke zu nennen. Für die Auswahl der Trägerverbände sind die Anzahl der jeweils repräsentierten Mitglieder und die Flächendeckung in allen Bundesländern bedeutsam. Um zu verhindern, dass kleine regionale Verbände mit wenigen Mitgliedern im Qualitätsausschuss überrepräsentiert werden, sind daher entsprechende Präzisierungen erforderlich. Dabei muss auch festgelegt werden, dass bei Entscheidungen, die nur die stationäre Pflege betreffen, nur Mitglieder entscheiden dürfen, deren Verbände auch stationäre Pflegeeinrichtungen vertreten. Entsprechendes muss auch für Entscheidungen für die ambulante Pflege gelten. Für die konkrete Ausgestaltung hat der bpa einen Vorschlag zur Beteiligung der maßgeblichen Verbände zu § 17 SGB XI unterbreitet (s. Seite 22).

Auf entschiedene Ablehnung stößt die Regelung, dass der zu beteiligende Vertreter der Verbände der **Pflegeberufe** auf die Zahl der Leistungserbringer angerechnet werden soll. Hier ist dringend eine Klarstellung erforderlich. Ein Verband der Pflegeberufe repräsentiert keine Leistungserbringer. Im Gegensatz zu den Verbänden der Einrichtungsträger übernehmen Verbände der Pflegeberufe keine Verantwortung bei der Versorgung und sind auch keine Vertragspartner der Kostenträger. Durch eine Beteiligung eines Pflegeberufsverbandes, der auf die Zahl der Vertreter der Leistungserbringerverbände im Qualitätsausschuss angerechnet wird, würde die paritätische Besetzung ausgehebelt werden. Dieses wäre eine schwere Bürde für die neue Institution und würde deren Akzeptanz erheblich erschweren. Deswegen sollte klargestellt werden, dass ein Vertreter der Verbände der Pflegeberufe nur beratend mitwirkt.

Eine Vertretung in dem Qualitätsausschuss sollten nur diejenigen Institutionen eröffnet werden, die auch Verantwortung für die Umsetzung tragen. Denn die Arbeitsfähigkeit des Qualitätsausschusses wird umso schwieriger, je mehr Institutionen beteiligt sind. Den Organisationen der **Selbsthilfe** sollte wie bisher ein Anhörungsrecht eingeräumt werden.

Hinsichtlich der durch den Qualitätsausschuss zu verhandelnden Inhalte ist wie bisher zur Beschleunigung der Entscheidungen eine Mindestver-

handlungsdauer von sechs Monaten in das Gesetz aufzunehmen, bevor der **Qualitätsausschuss um die Unparteiischen erweitert** wird. Ansonsten könnte bei jeder Uneinigkeit sofort die Erweiterung beantragt werden.

Das **Bundesministerium für Gesundheit (BMG)** erhält – teilweise gemeinsam mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend – sehr weitgehende Kompetenzen im Zusammenhang mit dem Qualitätsausschuss. Das BMG erteilt der Selbstverwaltung den Auftrag, setzt die Fristen, entscheidet letzten Endes über die Besetzung insbesondere über den Unparteiischen und kann u.a. auch alle Beschlüsse des Qualitätsausschusses beanstanden oder mit Vorbehalten und Änderungen versehen. Dieses Verständnis von Beauftragung der Selbstverwaltung und deren gleichzeitiger vollständiger Reglementierung wird vom bpa deutlich kritisiert. Hier drückt sich ein Misstrauen gegenüber der Selbstverwaltung aus, die notwendigen Beschlüsse ohne das Interventionspotential des BMG im Hintergrund zu fassen. Für diese Konstellation haben die Sozialwissenschaftler Renate Mayntz und Fritz W. Scharpf das Bild vom Staat als „Rute im Fenster“ geprägt: „Die angedrohte Ersatzvornahme muss allerdings glaubhaft sein. Sie setzt voraus, dass der Staat selbst in der Lage wäre, die erwünschte Regelung als bindende und sanktionsbewehrte Vorschrift zu beschließen und zu implementieren.“ Bezogen auf den Qualitätsausschuss und die weitreichenden Kompetenzen des Ministeriums, die einer Entmachtung der Selbstverwaltung gleich kommen, stellt sich dann die Frage, ob das BMG tatsächlich in der Lage sein möchte, die Aufgaben des Qualitätsausschusses vollständig selbst zu übernehmen. Jedenfalls lässt die mehrfach kontrollierte Selbstverwaltung Zweifel an der Ernsthaftigkeit der Übertragung der Aufgaben entstehen.

Auf die Kritik des bpa stößt insbesondere auch, dass der **unparteiische Vorsitzende** vom BMG benannt wird und die Benennung der weiteren unparteiischen Mitglieder bei Nichteinigung ebenfalls durch das BMG erfolgt. Der bpa plädiert dafür, dass der Vorsitzende des Qualitätsausschusses – wie in anderen Gremien der Selbstverwaltung üblich – von der Selbstverwaltung innerhalb von vier Wochen benannt wird. Sofern keine Einigung zustande kommt, soll das Los entscheiden. Die gleiche Regelung soll auch für die weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter des Qualitätsausschusses gelten.

Es sollte klargestellt werden, dass die **Beauftragung an wissenschaftliche Einrichtungen** oder Sachverständige gemeinsam durch die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI zu erfolgen hat. Der bpa begrüßt, dass im Gesetzentwurf nunmehr klargestellt ist, dass die wissenschaftlichen Ergebnisse (nach § 113 Abs. 4 Nr. 1 bis 6 SGB XI) vor deren Veröffentlichung beim Bundesgesundheitsministerium nur noch zur Kenntnis vorgelegt werden sollen (gemäß Abs. 5). Die im Referentenentwurf enthaltene Regelung hatte dagegen nahe gelegt, dass die wissenschaftlichen Ergeb-

nisse vor der Veröffentlichung erst einer Überprüfung durch das BMG unterzogen werden sollten.

Die Einrichtung einer **Geschäftsstelle** begrüßt der bpa. Der bpa verweist darauf, dass sich bei der Geschäftsstelle der Schiedsstelle die wechselseitige Geschäftsführung bei den Vertragspartnern als Instrument der Neutralität sehr bewährt hat. Der bpa bedauert es, dass die im Referentenentwurf noch enthaltene Bewertung in der Begründung des Gesetzentwurfs gestrichen wurde:

„Die Zusammensetzung, Funktionsfähigkeit und Entscheidungsfindung der Schiedsstelle einschließlich ihrer Geschäftsstelle in wechselnder Verantwortung der Selbstverwaltungspartner haben sich grundsätzlich bewährt.“ (Begründung des Referentenentwurfs, Seite 98)

Der bpa teilt diese Bewertung weiterhin und ist sehr optimistisch, dass den Vertragsparteien eine Verständigung bezüglich der Ansiedlung der Geschäftsstelle innerhalb der Selbstverwaltung rasch gelingt.

Auch bei der **Geschäftsordnung** muss gelten, dass diese von den Vertragsparteien nach § 113 SGB XI vereinbart wird und den Verbänden der Pflegeberufe und den Verbänden nach § 118 SGB XI ein Stimmrecht gewährt wird. Die Beteiligung an der Erarbeitung der Geschäftsordnung und die Abstimmung über diese müssen den Vertragsparteien vorbehalten bleiben. Ansonsten wäre die Arbeit der Vertragsparteien durch dritte, nicht unmittelbare Vertragspartner und für deren Umsetzung nicht verantwortliche, potentiell erheblich beeinträchtigt. Zudem ist, wie zu § 113 SGB XI bereits ausgeführt, innerhalb der Bank der Verbände der Leistungserbringer sicher zu stellen, dass ausschließlich die maßgeblichen Verbände beteiligt werden. Maßgebliche Kriterien hierfür sind die durch den Trägerverband vertretene Anzahl von Pflegeeinrichtungen bezogen auf die jeweiligen Versorgungsformen und die Verteilung dieser Einrichtungen und Dienste auf mindestens zwei Drittel der Bundesländer. Die Verbände, die die meisten Einrichtungen in den meisten Bundesländern vertreten, müssen entsprechend ihrer Vertretungsmacht auch berücksichtigt werden. Das ist notwendig, damit die Pflegeeinrichtungen sich von denen angemessen vertreten lassen können, die sie dazu beauftragt haben. Wenn der Gesetzgeber die Selbstverwaltung kritisiert, darf er nicht gleichzeitig dafür sorgen, dass Abläufe ohne Not kompliziert werden, indem er eine Beteiligung von Akteuren ohne unmittelbare Verantwortung bei der Umsetzung der jeweiligen Vereinbarung in den Kreis der nach dem Gesetz zu beteiligenden Institutionen ermöglicht. Die Anforderungen an die Qualifikation des unparteiischen Vorsitzenden und der weiteren unparteiischen Mitglieder regeln die Vertragsparteien in der Geschäftsordnung des Qualitätsausschusses.

Nicht nachvollziehen kann der bpa, dass das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) in die Genehmigung und Änderung der Geschäftsordnung des Qualitätsausschusses einbezogen wird. Die Geschäftsordnung ist die Arbeitsgrundlage für den Qualitätsausschuss; es ist wichtig, dass diese möglichst rasch genehmigt oder geändert werden kann. Es ist nicht ersichtlich, warum sich dazu das BMG mit dem BMFSFJ ins Benehmen setzen muss. Dadurch, dass zwei Bundesministerien beteiligt werden, besteht die Gefahr, dass sich die Genehmigung und Änderung der Geschäftsordnung unnötig verzögert. Auf die Beteiligung des BMFSFJ sollte daher verzichtet werden. Das gilt ebenso für die dem BMG vorzulegenden Entscheidungen des Qualitätsausschusses; auch hier ist es weder notwendig noch zweckdienlich, wenn sich dabei das BMG mit dem BMFSFJ ins Benehmen setzen muss.

C) Änderungsvorschläge

Zur Änderung von § 113b Abs. 2 SGB XI verweist der bpa auf die gesonderte gemeinsame Stellungnahme der BAGFW, des GKV-Spitzenverbands und des bpa.

§ 113b Abs. 2 SGB XI wird wie folgt gefasst:

Der Qualitätsausschuss besteht aus Vertretern des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen (Leistungsträger) und aus Vertretern der **maßgeblichen** Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene (Leistungserbringer) in gleicher Zahl; Leistungsträger und Leistungserbringer können jeweils höchstens zehn Mitglieder entsenden. Dem Qualitätsausschuss gehören auch ein Vertreter der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und ein Vertreter der kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene an; sie werden auf die Zahl der Leistungsträger angerechnet. Dem Qualitätsausschuss kann auch ein Vertreter des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. angehören; die Entscheidung hierüber obliegt dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. Sofern der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. ein Mitglied entsendet, wird dieses Mitglied auf die Zahl der Leistungsträger angerechnet. ~~Dem Qualitätsausschuss soll auch ein Vertreter der Verbände der Pflegeberufe angehören; er wird auf die Zahl der Leistungserbringer angerechnet.~~ Eine Organisation kann nicht gleichzeitig der Leistungsträgerseite und der Leistungserbringerseite zugerechnet werden. Jedes Mitglied erhält eine Stimme; die Stimmen sind gleich zu gewichten. Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen wirkt in den Sitzungen und an den Beschlussfassungen im Qualitätsausschuss, auch in seiner erweiterten Form nach Absatz 3, beratend mit. Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und

behinderter Menschen **sowie die Verbände der Pflegeberufe** wirken in den Sitzungen und an den Beschlussfassungen im Qualitätsausschuss, auch in seiner erweiterten Form nach Absatz 3, nach Maßgabe von § 118 beratend mit.

§ 113b Abs. 3 Satz 1 SGB XI wird wie folgt gefasst:

Kommt im Qualitätsausschuss eine Vereinbarung oder ein Beschluss nach Absatz 1 Satz 2 ganz oder teilweise nicht durch einvernehmliche Einigung zu Stande, so wird der Qualitätsausschuss **sechs Monate nach Aufnahme der jeweiligen Verhandlung** auf Verlangen von mindestens einer Vertragspartei nach § 113, eines Mitglieds des Qualitätsausschusses oder des Bundesministeriums für Gesundheit um einen unparteiischen Vorsitzenden und zwei weitere unparteiische Mitglieder erweitert (erweiterter Qualitätsausschuss). **Der unparteiische Vorsitzende, dessen Stellvertreter und die weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter werden von den maßgeblichen Vertragsparteien nach § 113 SGB XI gemeinsam benannt. Kommt eine Einigung über die gemeinsame Benennung der unparteiischen Mitglieder innerhalb von vier Wochen nach Einleitung der Benennung nicht zustande, entscheidet das Los.** Sofern die Organisationen, die Mitglieder in den Qualitätsausschuss entsenden, nicht bis zum **30. April 2016** die Mitglieder nach Maßgabe von Absatz 2 Satz 1 benannt haben, **erfolgt die Benennung ersatzweise, nach den Kriterien des Absatzes 2 Satz 1, durch das Bundesministerium für Gesundheit. wird der Qualitätsausschuss durch die drei unparteiischen Mitglieder gebildet** Der unparteiische Vorsitzende und die weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter führen ihr Amt als Ehrenamt. ~~Der unparteiische Vorsitzende wird vom Bundesministerium für Gesundheit benannt; der Stellvertreter des unparteiischen Vorsitzenden und die weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter werden von den Vertragsparteien nach § 113 gemeinsam benannt.~~ Mitglieder des Qualitätsausschusses können nicht als Stellvertreter des unparteiischen Vorsitzenden oder der weiteren unparteiischen Mitglieder benannt werden. ~~Kommt eine Einigung über die Benennung der unparteiischen Mitglieder nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist nicht zu Stande, erfolgt die Benennung durch das Bundesministerium für Gesundheit.~~ Der erweiterte Qualitätsausschuss setzt mit der Mehrheit seiner Mitglieder den Inhalt der Vereinbarungen oder der Beschlüsse der Vertragsparteien nach § 113 fest. Die Festsetzungen des Qualitätsausschusses haben die Rechtswirkung einer vertraglichen Vereinbarung oder Beschlussfassung im Sinne von § 37 Absatz 5 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung, § 113, § 113a und § 115 Absatz 1a.

§ 113 Abs. 4 Satz 1 SGB XI wird wie folgt gefasst:

Die Vertragsparteien nach § 113 beauftragen **gemeinsam** zur Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben durch den Qualitätsausschuss mit Unterstützung der qualifizierten Geschäftsstelle nach Absatz 6 fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige.

In § 113 Abs. 7 SGB XI werden die Sätze 2 und 3 wie folgt gefasst:

Die Geschäftsordnung und die Änderung der Geschäftsordnung sind durch das Bundesministerium für Gesundheit ~~im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend~~ zu genehmigen. Kommt die Geschäftsordnung nicht bis zum 29. Februar 2016 zustande, wird ihr Inhalt durch das Bundesministerium für Gesundheit ~~im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend~~ bestimmt.

§ 113 Abs. 8 SGB XI wird wie folgt gefasst:

Die durch den Qualitätsausschuss getroffenen Entscheidungen sind dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen. Es kann die Entscheidungen innerhalb von zwei Monaten beanstanden. Das Bundesministerium für Gesundheit kann im Rahmen der Prüfung vom Qualitätsausschuss zusätzliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen anfordern; bis zu deren Eingang ist der Lauf der Frist nach Satz 2 unterbrochen. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben. Die Nichtbeanstandung von Entscheidungen kann vom Bundesministerium für Gesundheit mit Auflagen verbunden werden. ~~Kommen Entscheidungen des Qualitätsausschusses ganz oder teilweise nicht fristgerecht zustande oder werden die Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit nicht innerhalb der von ihm gesetzten Frist behoben, kann das Bundesministerium für Gesundheit den Inhalt der Vereinbarungen und der Beschlüsse nach Absatz 1 Satz 2 festsetzen. Bei den Verfahren nach Satz 1 bis 6 setzt sich das Bundesministerium für Gesundheit mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend ins Benehmen.~~

Personalbemessung in Pflegeheimen – § 113c SGB XI

Artikel 1, Nr. 35

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Vertragsparteien nach § 113 werden verpflichtet, bis zum 30. Juni 2020 ein Verfahren zur Personalbemessung in den Pflegeeinrichtungen zu entwickeln und erproben.

B) Stellungnahme

Der bpa begrüßt die Entwicklung und Erprobung eines solchen Personalbemessungssystems für Pflegeeinrichtungen ausdrücklich. Er teilt auch die dafür im Gesetzentwurf genannte Begründung:

„Eine qualitativ und quantitativ belastbare Personalausstattung ist ein wesentlicher Baustein für eine gute Qualität der Pflege.“

Bereits in der Vergangenheit hat sich der bpa aktiv an der Entwicklung und Einführung eines solchen Modells beteiligt (PLAISIR). Insofern unterstützt der bpa die vorgesehene Entwicklung eines neuen Personalbemessungssystems. Dabei sollte klargestellt werden, dass ein solches System, das den notwendigen und angemessenen Personalbedarf festlegt, verbindlich auch für die Bundesländer und die Kostenträger gilt und von diesen nicht in Zweifel gezogen werden darf. In der Vergangenheit hat sich gezeigt, dass bei vielen Pflegesatzvereinbarungen der von den Pflegeeinrichtungen kalkulierte Personalbedarf von den Kostenträgern nicht akzeptiert wurde. Durch ein **verbindliches** Personalbemessungssystem würden solche Fragen und Auseinandersetzungen vermieden. Die Entwicklung eines Bemessungssystems ist jedoch nur dann sinnvoll, wenn die Ergebnisse anschließend auch auf Landesebene verbindlich sind. Es ist kein Fortschritt, wenn sehr unterschiedliche personelle Ausstattungen nur nach Äquivalenzziffern vergleichbar gewichtet werden, nicht aber die Fragen nach der Notwendigkeit und Angemessenheit beantworten.

Nicht nachvollziehen kann der bpa die in der Begründung genannte Erklärung für die ambulanten Einrichtungen. Dort heißt es:

„Dabei sind insbesondere die historisch gewachsenen – teilweise sehr unterschiedlichen – Personalrichtwerte auf Landesebene in stationären Pflegeeinrichtungen sowie die Entwicklungen in der ambulanten Pflege zu berücksichtigen.“

Der bpa bittet den Gesetzgeber die hier offenbar gewünschte Personalbemessung und deren Wirkungsweise in der ambulanten Pflege näher zu erläutern.

Redaktioneller Hinweis:

In der Gesetzesbegründung heißt es:

„Das Erfordernis des Einvernehmens mit dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gilt auch im Falle des Absatzes 2 Satz 3.“

In Absatz 2 gibt es aber nur einen Satz.

C) Änderungsvorschläge

Keine.

Qualitätsprüfungen – § 114 SGB XI

Artikel 1, Nr. 36 und Artikel 2, Nr. 45

A) Beabsichtigte Neuregelung

Im Rahmen der Qualitätsprüfung nach § 114 SGB XI soll künftig verpflichtend immer auch die Abrechnung, einschließlich der Leistungen der häuslichen Krankenpflege, geprüft werden.

Wiederholungsprüfungen sind künftig kostenfrei; sie können aber nicht mehr von den Pflegeeinrichtungen beantragt werden.

B) Stellungnahme

Verpflichtende Abrechnungsprüfung:

Der bpa lehnt die verpflichtende Prüfung der Abrechnung bei jeder Qualitätsprüfung ab. Dafür besteht kein Anlass. Die Kranken- und Pflegekassen haben ohnehin schon nach jetziger Rechtslage die Möglichkeit, bei Bedarf die Abrechnungen der Pflegeeinrichtungen zu prüfen. In der bisherigen Praxis hat sich gezeigt, dass die Kassen im Rahmen der Qualitätsprüfungen nur selten gleichzeitig die Abrechnung geprüft haben, obwohl sie die Möglichkeit dazu gehabt hätten. Insbesondere durch die Formulierungen in der Begründung wird ein Bild gezeichnet, dass nahe an einer pauschalen Verdächtigung der Pflegeeinrichtungen ist. Dort heißt es, dass die „Schutzinteressen der Pflegebedürftigen und der Solidargemeinschaft der Versicherten“ es erforderlich machten, dass immer auch die Abrechnung geprüft wird. Abrechnungsprüfungen sind notwendig und sie können auch durchgeführt werden. Hier gibt es kein gesetzliches Regulierungsdefizit, sondern höchstens ein Umsetzungsproblem der Kostenträger. Es ist geradezu fatal, wenn der Gesetzgeber sich einerseits zur Entbürokratisierung bekennt und andererseits die Prüfungsregulierung immer weiter erhöht, ohne die bestehenden Prüfungsmöglichkeiten zu würdigen und deren Umsetzung zu hinterfragen. Die Interessen der Pflegebedürftigen werden durch die hier vorgesehene Änderung in keiner Weise besser geschützt. Stattdessen wird die Vorschrift nur zu mehr Bürokratie führen und Kostenträger wie Pflegeeinrichtungen unnötigerweise belasten. Allein bei den Leistungserbringern wird mindestens eine weitere Person in der Verwaltung oder Leitung an den Prüftagen gebunden sein. Der fordert daher die Streichung der Regelung; die bisherige Formulierung im Gesetz ist ausreichend und zweckmäßig.

Außerdem weist der bpa darauf hin, dass eine verpflichtende Abrechnungsprüfung bei jeder Qualitätsprüfung vor dem Hintergrund der für die Medizinischen Dienste anstehenden Aufgaben eine große Herausforderung darstellt.

Wiederholungsprüfungen:

Der bpa begrüßt es, dass die Kosten für die Wiederholungsprüfungen künftig entfallen sollen. Allerdings muss das Recht der Einrichtungen, eine Wiederholungsprüfung beantragen zu können, unbedingt bestehen bleiben. Die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen haben für die Pflegeeinrichtungen eine enorm hohe Relevanz. Zu Recht verweist der bisherige Gesetzestext darauf, dass ohne zeitnahe Wiederholungsprüfung der Pflegeeinrichtung unzumutbare Nachteile drohen könnten. Aus Sicht des bpa spielt es auch keine Rolle, dass laut Begründung im Jahr 2013 nur 1,2 % aller durchgeführten Prüfungen Wiederholungsprüfungen waren. Das sind dann immer noch über 300 Einrichtungen, die die Chance hatten, z.B. die Beseitigung von Beanstandungen nachweisen zu können. Der bpa kann nicht erkennen, dass ein Fortbestand der bisherigen Regelung mit einem – so die Begründung – unverhältnismäßig hohen bürokratischen Aufwand verbunden wäre. Der bpa begrüßt es deshalb, dass in der Gesetzesbegründung eine Formulierung aufgenommen wurde, wonach die Pflegekassen im Einzelfall auch eine Wiederholungsprüfung auf Antrag der Pflegeeinrichtung zulassen können:

„Zukünftig ist gesetzlich nicht mehr ausdrücklich geregelt, dass Pflegeeinrichtungen eine freiwillige Wiederholungsprüfung verlangen können, wenn ihnen unverhältnismäßige Schäden durch nicht mehr den tatsächlichen Gegebenheiten entsprechende Transparenzberichte drohen. Nach wie vor kann jedoch gemäß Satz 4 im Zusammenhang mit einer zuvor durchgeführten Regel- oder Anlassprüfung von den Landesverbänden der Pflegekassen eine Wiederholungsprüfung veranlasst werden, um zu überprüfen, ob die festgestellten Qualitätsmängel durch die nach § 115 Absatz 2 angeordneten Maßnahmen beseitigt worden sind. Im Rahmen dieser Ermessensentscheidung kann den berechtigten Interessen der Pflegeeinrichtungen, unverhältnismäßige Schäden durch nicht mehr den tatsächlichen Gegebenheiten entsprechende Transparenzberichte abzuwenden, von den Landesverbänden der Pflegekassen durch eine verfassungskonforme Reduzierung des Ermessens Rechnung getragen werden.“

Aus Sicht des bpa wird damit vom Gesetzgeber grundsätzlich anerkannt, dass weiterhin auch die Pflegeeinrichtungen eine Wiederholungsprüfung beantragen können. Dieses sollte jetzt auch noch im Gesetzestext selbst festgelegt werden. Dazu unterbreitet der bpa einen konkreten Formulierungsvorschlag (s. unten).

C) Änderungsvorschlag

Die Änderung in § 114 Abs. 2 Satz 6 SGB XI wird wieder gestrichen; der bisher gültige Gesetzestext gilt unverändert fort:

Sie **kann sich umfasst** auch **auf** die Abrechnung der genannten Leistungen **erstrecken**.

In § 114 Abs. 5 SGB XI wird Satz 4 wie folgt gefasst:

Im Zusammenhang mit einer zuvor durchgeführten Regel- oder Anlassprüfung kann von den Landesverbänden der Pflegekassen **oder auf Antrag der Pflegeeinrichtung** eine Wiederholungsprüfung veranlasst werden, um zu überprüfen, ob die festgestellten Qualitätsmängel durch die nach § 115 Abs. 2 angeordneten Maßnahmen beseitigt worden sind.

Durchführung von Qualitätsprüfungen – § 114a SGB XI

Artikel 1, Nr. 37

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat Qualitätsprüfungsrichtlinien für den stationären Bereich bis 31.10.2017 und für den ambulanten Bereich bis 31.10.2018 zu beschließen. Dabei sind die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene zu beteiligen; die maßgeblichen Selbsthilfeorganisationen wirken daran mit.

In den Richtlinien sind die Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 zu berücksichtigen.

Die Richtlinien sind vom BMG im Benehmen mit dem BMFSFJ zu genehmigen.

B) Stellungnahme

Der bpa fordert, dass auch bei den Qualitätsprüfungsrichtlinien nur die **maßgeblichen** Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene im Gesetzestext **mitwirken**. Diese Richtlinien richten sich unmittelbar an die Pflegeeinrichtungen; deswegen müssen sie in die Erarbeitung in Form einer Mitwirkung einbezogen werden. Die Selbsthilfeorganisationen sollten beteiligt werden.

Um Rechtsunsicherheiten und Missverständnisse zu vermeiden, sollte klargestellt werden, dass die Maßstäbe und Grundsätze zur Pflegequalität in den Richtlinien nach § 114a SGB XI **umzusetzen** sind – anstatt sie nur zu **berücksichtigen**, wie es der Gesetzentwurf formuliert.

Der bpa lehnt es ab, dass bei der Genehmigung der Richtlinien sich das BMG mit dem **BMFSFJ ins Benehmen** setzen muss. Eine Begründung bleibt der Gesetzentwurf dafür schuldig. Die zusätzliche Beteiligung des BMFSFJ war in der Vergangenheit nicht erforderlich und würden zusätzlichen Aufwand und ggf. eine Verzögerung nach sich ziehen. Deshalb ist es dringend angezeigt, dass es bei der bisherigen Regelung bleibt. Die Interessen der Bundesregierung werden durch das BMG ausreichend gewahrt.

C) Änderungsvorschläge

In § 114a Abs. 7 SGB XI wird Satz 2 wie folgt gefasst:

In den Richtlinien sind die Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 **umzusetzen zu berücksichtigen**.

In § 114a Abs. 7 SGB XI werden Satz 4 bis 6 wie folgt gefasst:

Die maßgeblichen **Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene** ~~Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen~~ wirken ~~nach Maßgabe von § 118~~ mit. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat die **maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen** ~~Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene~~, die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, den Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. sowie die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene zu beteiligen. Ihnen ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

In § 114a Abs. 7 SGB XI wird Satz 8 wie folgt gefasst:

Sie sind durch das Bundesministerium für Gesundheit ~~im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend~~ zu genehmigen.

Ergebnisse von Qualitätsprüfungen, Qualitätsdarstellung – § 115 SGB XI

Artikel 1, Nr. 38

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI vereinbaren, welche Ergebnisse bei der Darstellung der Qualität für den ambulanten und den stationären Bereich zu Grunde zu legen sind. Die bestehenden Pflege-Transparenzvereinbarungen (PTV) gelten bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung fort.

In den Vereinbarungen sind die Ergebnisse des Indikatorenmodells zu berücksichtigen.

Die Qualitätsdarstellungsvereinbarungen sind unter Beteiligung der Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene zu schließen.

B) Stellungnahme

Weitergeltung der Pflegenoten:

Die Bewertung nach Schulnoten, welche bei Einführung durchaus den Vorstellungen des Bundesgesundheitsministeriums entsprach, hat dazu geführt, dass die hilfreichen Ergebnisse zu den wichtigen Fragen der Pflege und Betreuung in den Hintergrund gedrängt wurden. Mit der Entwicklung neuer Kriterien wird nun der Polemik der letzten Jahre die Grundlage entzogen. Das begrüßt der bpa genauso wie die Fortgeltung der bisherigen Qualitätsmessung bis zur Ablösung durch ein wissenschaftlich fundiertes neues Instrument.

Indikatorenmodell:

Der bpa begrüßt es, dass in § 115 SGB XI auch die Ergebnisse des Indikatorenmodells berücksichtigt werden sollen. Der bpa hatte bereits bei den vergangenen Pflegereformen darauf aufmerksam gemacht, dass das Indikatorenmodell bisher nicht umgesetzt werden konnte, weil die entsprechende Regelung in § 115 SGB XI gefehlt hat.

Beteiligung der Verbände der Pflegeberufe:

Die Verbände der Pflegeberufe wirken bereits bei den Qualitätsdarstellungsvereinbarungen mit, denn der größte Berufsverband der Kranken- und Altenpflege ist als Trägerverband an den Verhandlungen beteiligt. Insofern ist es ausreichend, wenn die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene ein Anhörungsrecht erhalten.

C) Änderungsvorschläge

§ 115 Abs. 1a Satz 10 SGB XI wird wie folgt gefasst:

Die Qualitätsdarstellungsvereinbarungen für den stationären Bereich sind bis zum 31. Dezember 2017 und für den ambulanten Bereich bis zum 31. Dezember 2018 jeweils unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, **und** des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. ~~und der Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene~~ zu schließen; **die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene sind anzuhören.**

Beteiligung von Interessenvertretungen – § 118 SGB XI

Artikel 1, Nr. 40

A) Beabsichtigte Neuregelung

Den maßgeblichen Organisationen der Selbsthilfe auf Bundesebene wird ein Mitberatungsrecht bei diversen Richtlinien, Vereinbarungen und Beschlüssen im SGB XI gewährt.

B) Stellungnahme

Aus Sicht des bpa ist an dieser Stelle die Beteiligung der Interessenvertretungen der Selbsthilfe nicht erneut zu regeln, da deren Beteiligungsrechte bereits in den jeweiligen Regelungen zu den Richtlinien, Vereinbarungen und Beschlüssen niedergelegt ist. Daher kann § 118 SGB XI gestrichen werden.

C) Änderungsvorschlag

§ 118 SGB XI wird gestrichen.

Modellvorhaben Betreuungsdienste – § 125 SGB XI

Artikel 2, Nr. 47

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 125 SGB XI wird der Verweis auf § 124 SGB XI gestrichen.

B) Stellungnahme

In § 125 SGB XI ist geregelt, dass der Spitzenverband Bund der Pflegekassen in den Jahren 2013 und 2014 aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung mit bis zu 5 Millionen Euro Modellvorhaben zur Erprobung von Leistungen der häuslichen Betreuung nach § 124 durch Betreuungsdienste vereinbaren kann.

Da der im Gesetz genannte Zeitrahmen beendet ist, kann der Gesetzgeber im Wege der Rechtsbereinigung diesen Paragraphen streichen

C) Änderungsvorschlag

§ 125 SGB XI wird gestrichen.

Überleitung in die Pflegegrade – § 140 SGB XI

Artikel 2, Nr. 50

A) Beabsichtigte Neuregelung

Allen Pflegebedürftigen, die bis 31.12.2016 eingestuft sind, werden ohne erneute Begutachtung die neuen Pflegegrade zugeordnet. Dabei gilt grundsätzlich:

- Einfacher Stufensprung für Pflegebedürftige ohne eingeschränkte Alltagskompetenz (aus Pflegestufe I wird Pflegegrad II).
- Doppelter Stufensprung für Pflegebedürftige mit eingeschränkter Alltagskompetenz: (aus Pflegestufe I wird Pflegegrad III).

B) Stellungnahme

Der bpa begrüßt diese Übergangsregelung. Sie sorgt dafür, dass diejenigen, die bisher schon Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, nicht erneut eingestuft werden. Das ist eine große Entlastung vor allen Dingen für die Pflegebedürftigen selbst. Zudem ist die Überleitung eindeutig und leicht verständlich, was leider nicht für alle Überleitungsregelungen des Gesetzes gilt.

Aus dem Gutachten von Prof. Dr. Heinz Rothgang (Versorgungsaufwände in stationären Pflegeeinrichtungen, Schriftenreihe zum Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, Band 13, hrsg. v. GKV-Spitzenverband) ergibt sich, dass die automatische Überleitung von den Pflegestufen in die Pflegegrade zu relativ hohen Einstufungen führt. Mehr Pflegebedürftige als bisher üblich werden in höheren Pflegegraden sein. Bisher ist es so, dass die meisten stationäre versorgten Pflegebedürftigen in den Pflegestufen I und II, die wenigsten in der Pflegestufe III sind: Ende 2013 waren 38 % in der Pflegestufe I, 40 % in der Pflegestufe II und 21 % in der Pflegestufe III. Diese Verteilung wird sich durch die automatische Überleitung zunächst für einen kurzen Zeitraum verändern. Wenn aber die Pflegebedürftigen, die automatisch übergeleitet wurden, verstorben sind und Pflegebedürftige in die Pflegeheime einziehen, die erst ab 2017 begutachtet werden, wird sich aller Voraussicht nach der Durchschnitt der Pflegegrade in den Pflegeheimen wieder deutlich verringern. Da die personelle Ausstattung in den Pflegeheimen an die Anzahl der Pflegebedürftigen im jeweiligen Pflegegrad gekoppelt ist, bedeutet ein Absinken der durchschnittlichen Pflegegrade auch eine Kürzung der Budgets und damit eine Verringerung der Personalausstattung. Das muss nach Ansicht des bpa unbedingt vermieden werden. Deshalb setzt sich der bpa dafür ein,

dass es auch für die Personalausstattung – wie für die jetzt eingestufteten Pflegebedürftigen – einen Bestandsschutz gibt, der verhindert, dass ab 2017 wegen geringerer Pflegegrade massiv Personal in den Pflegeheimen abgebaut werden muss.

C) Änderungsvorschlag

Im Fünfzehnten Kapitel (Überleitungs- und Übergangsrecht) wird eine neue Regelung eingefügt, die einen Bestandsschutz für die personelle Ausstattung am 1. Januar 2017 in Pflegeeinrichtungen gewährleistet.

Besitzstandsschutz –§ 141 SGB XI

Artikel 2, Nr. 50

A) Beabsichtigte Neuregelung

Versicherten, die am 31.12.2016 Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, wird ein Besitzstandsschutz für diese Leistungen auch nach dem 1. Januar 2017 eingeräumt. Dabei gibt es unterschiedliche Regelungen für die häusliche Pflege, die Leistungen nach § 45 a SGB XI und die stationäre Pflege.

Sofern der einrichtungseinheitliche Eigenanteil bei stationärer Pflege nach der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs höher ist als davor, zahlt die Pflegekasse die Differenz als Zuschlag (Abs. 3).

B) Stellungnahme

Der bpa begrüßt diese Regelungen. Sie bedeuten für die Pflegebedürftigen Rechtssicherheit und werden entscheidend zur Akzeptanz der Neuregelungen beitragen. Der bpa weist aber zugleich darauf hin, dass der Besitzstandsschutz nur für diejenigen gilt, die vor dem 31.12.2016 bereits Leistungen der Pflegeversicherung erhalten haben. Dagegen kommt es allerdings durchaus zu Leistungsabsenkungen, wenn man die Leistungen von stationär versorgten Pflegebedürftigen, die ab dem Jahr 2017 neu eingestuft werden, mit Leistungen vergleicht, die stationär versorgte Pflegebedürftige im Jahr 2015 erhalten (siehe dazu ausführlich die Stellungnahme zu § 43 SGB XI, Seite 53).

Im Vergleich zum Referentenentwurf hat der Gesetzgeber im vorliegenden Gesetzentwurf die Regelungen in Absatz 2 wesentlich verständlicher formuliert; das begrüßt der bpa.

Beim Ausgleich des einrichtungseinheitlichen Eigenanteils nach Absatz 3 schlägt der bpa vor, dass die Pflegekasse dem Pflegebedürftigen die Differenz direkt erstattet. Dadurch wird zusätzlicher bürokratischer Aufwand vermieden, da bei einer Erstattung an das Pflegeheim dieses den Zuschlag mit einer gesonderten Abrechnung gegenüber dem Bewohner abrechnen müsste.

C) Änderungsvorschlag

§ 141 Abs. 3 SGB XI wird wie folgt gefasst:

Ist bei Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 in der vollstationären Pflege der einrichtungseinheitliche Eigenanteil nach § 92e oder nach § 84 Absatz 2 Satz 3 im ersten Monat nach der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs höher als der jeweilige individuelle Eigenanteil im Vormonat, so **erhöht sich der Leistungsbetrag nach § 43 entsprechend ist zum Leistungsbetrag nach § 43 von Amts wegen ein Zuschlag in Höhe der Differenz von der Pflegekasse an die Pflegeeinrichtung zu zahlen**. Verringert sich die Differenz zwischen Pflegesatz und Leistungsbetrag in der Folgezeit, ist der **Leistungsbetrag Zuschlag** entsprechend zu kürzen. Dies gilt entsprechend für Versicherte der privaten Pflege-Pflichtversicherung.

Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren – § 142 SGB XI

Artikel 2, Nr. 50

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bei Versicherten, die von einer Pflegestufe in einen Pflegegrad übergeleitet werden, werden bis 1. Januar 2019 keine Wiederholungsbegutachtungen durchgeführt.

Die Frist, wonach spätestens fünf Wochen nach einem Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung der Antrag dem Versicherten zugegangen sein muss, wird für das Jahr 2017 weitgehend ausgesetzt. Sie gilt nur noch für diejenigen, bei denen ein besonders dringender Entscheidungsbedarf besteht.

B) Stellungnahme

Diese Regelung bedeutet, dass der Besitzstandsschutz für die Pflegebedürftigen auf zwei Jahre befristet ist. Pflegebedürftige, die von einer Pflegestufe in einen Pflegegrad übergeleitet werden, haben zunächst Besitzstandsschutz. Sie erhalten ab dem 1. Januar 2017 nicht weniger Leistungen als am 31. Dezember 2016. Wenn allerdings bei einer Wiederholungsbegutachtung ab dem 1. Januar 2019 eine Wiederholungsbegutachtung durchgeführt wird, und dabei festgestellt wird, dass nur noch ein niedrigerer Pflegegrad vorliegt, kommt es zu einer Absenkung der Leistungen.

Die Aussetzung der Fünf-Wochen-Frist lehnt der bpa ab. Auch Versicherte, die im Jahr 2017 eingestuft werden, haben einen Anspruch darauf, dass ihr Antrag auf Einstufung zügig bearbeitet wird. Nicht ohne Grund ist seinerzeit die Frist ins Gesetz aufgenommen worden, da die Begutachtungsverfahren in vielen Fällen viele Wochen, teilweise Monate gedauert haben. Durch die Aussetzung der Frist gibt der Gesetzgeber ein falsches Signal. Da es im Jahr 2017 keinen Rechtsanspruch mehr auf einen Abschluss des Begutachtungsverfahrens in einem festgelegten Zeitrahmen gibt, kann dieses für Versicherte, die im Jahr 2017 einen Antrag auf Leistungen aus der Pflegeversicherung stellen, zu einem erheblichen Nachteil werden. Darüber hinaus bewertet der bpa auch die Regelungen zu dem „besonders dringlichen Entscheidungsbedarf“ kritisch. Wenn besonders dringlicher Entscheidungsbedarf für eine Begutachtung besteht, soll weiterhin eine Frist von fünf Wochen für die Begutachtung gelten. Dafür soll

der Spitzenverband Bund entsprechende Kriterien entwickeln. Da die entsprechende Regelung nach § 142 SGB XI aber erst am 1. Januar 2017 in Kraft tritt, können auch erst ab diesem Zeitpunkt entsprechende Kriterien entwickelt werden. Bis diese in Kraft treten, besteht selbst für dringende Fälle große Rechtsunsicherheit. Der bpa plädiert deshalb dafür, im Sinne der Versicherten die in § 18 Abs. 3 SGB XI bestehenden Fristen auch im Jahr 2017 anzuwenden.

C) Änderungsvorschlag

Im Gesetz sollte verankert werden, dass der Besitzstandsschutz nicht für die Leistungen gilt, die Pflegebedürftige am 31.12.2016 erhalten haben, sondern für die Leistungen, die Pflegebedürftige am 1. Januar 2017 erhalten.

§ 142 Abs. 2 SGB XI wird gestrichen:

~~Die Frist nach § 18 Absatz 3 Satz 2 ist vom 1. Januar 2017 bis zum 31. Dezember 2017 unbeachtlich. Abweichend davon ist denjenigen, die ab dem 1. Januar 2017 einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung stellen und bei denen ein besonders dringlicher Entscheidungsbedarf vorliegt, spätestens fünf Wochen nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse die Entscheidung der Pflegekasse schriftlich mitzuteilen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen entwickelt bundesweit einheitliche Kriterien für das Vorliegen und die Feststellung eines besonders dringlichen Entscheidungsbedarfs. Die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen berichten in der nach § 18 Absatz 3b Satz 4 zu veröffentlichenden Statistik auch über die Anwendung der Kriterien zum Vorliegen und zur Feststellung eines besonders dringlichen Entscheidungsbedarfs.~~

Überleitungs- und Übergangsregelungen – § 144 SGB XI

Artikel 2, Nr. 50

A) Beabsichtigte Neuregelungen

Für Personen, die am 31. Dezember 2014 einen Anspruch auf einen Wohngruppenschlag nach § 38a haben, wird diese Leistung ab 1. Januar 2017 weiter erbracht, wenn sich an den tatsächlichen Verhältnissen nichts geändert hat (Abs. 1).

Am 31. Dezember 2016 nach Landesrecht anerkannte niedrigschwellige Betreuungsangebote und niedrigschwellige Entlastungsangebote gelten auch ab 2017 ohne neues Anerkennungsverfahren als anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag (Abs. 2).

B) Stellungnahme

Bestandsschutz in ambulant betreute Wohngruppen:

Hier sollte der Bestandsschutz nicht auf die Personen, die einen Anspruch auf Leistungen nach § 38a SGB XI haben, bezogen werden, sondern auf die ambulant betreute Wohngruppe. Denn ansonsten würde bei einem Auszug oder beim Tod der Person der Bestandsschutz erlöschen.

Bestandsschutz für anerkannte Betreuungsangebote:

Diese Regelung kann nach Auffassung des bpa gestrichen werden, da sie nicht erforderlich ist. Es ist sachgerecht, die Betreuungsangebote entsprechend der gesetzlich vorgegebenen Kriterien zu prüfen.

C) Änderungsvorschläge

§ 144 SGB XI wird wie folgt gefasst:

In einer ambulant betreuten Wohngruppe, in der ~~Für~~ Personen, die am 31. Dezember ~~2014~~2016 einen Anspruch auf einen Wohngruppenschlag nach § 38a in der ~~zu diesem Zeitpunkt am 31. Dezember 2014~~ geltenden Fassung haben, wird diese Leistung weiter erbracht, wenn sich an den tatsächlichen Verhältnissen

nichts geändert hat.

~~(2) Am 31. Dezember 2016 nach Landesrecht anerkannte niedrigschwellige Betreuungsangebote und niedrigschwellige Entlastungsangebote im Sinne der §§ 45b und 45c in der zu diesem Zeitpunkt geltenden Fassung gelten auch ohne neues Anerkennungsverfahren als nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung. Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung hiervon abweichende Regelungen zu treffen.~~

Hilfsmittel – § 33 SGB V

Artikel 4, Nr. 2

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bis zum 31. Dezember 2019 bedarf es keiner ärztlichen Verordnung für Hilfsmittel, wenn deren Notwendigkeit vom MDK im Rahmen einer Begutachtung nach § 18 Abs. 6a SGB XI festgestellt werden.

B) Stellungnahme

Hier sollte nach Auffassung des bpa klargestellt werden, dass die Verordnung weiterer Hilfsmittel durch Vertragsärzte nicht ausgeschlossen ist. Gleiches sollte für die Menge und Art von Hilfsmitteln gelten, deren Notwendigkeit bei der Begutachtung vom MDK festgestellt wird.

C) Änderungsvorschläge

§ 33 Abs. 5a SGB V wird wie folgt gefasst:

Eine vertragsärztliche Verordnung ist für die Beantragung von Leistungen nach den Absätzen 1 bis 4 nur erforderlich, soweit eine erstmalige oder erneute ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung medizinisch geboten ist. Abweichend von Satz 1 können die Krankenkassen eine vertragsärztliche Verordnung als Voraussetzung für die Kostenübernahme verlangen, soweit sie auf die Genehmigung der beantragten Hilfsmittelversorgung verzichtet haben. Bis zum 31. Dezember 2019 gelten die Sätze 1 und 2 im Fall des § 18 Absatz 6a des Elften Buches nicht; **die Möglichkeit der vertragsärztlichen Verordnung bleibt in diesen Fällen unberührt.**

Häusliche Krankenpflege –§ 37 SGB V

Artikel 4, Nr. 3

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelungen zu den krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen als Bestandteil der häuslichen Krankenpflege sollen gestrichen werden.

B) Stellungnahme

Im Referentenentwurf wurden die Regelungen zu den krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen im SGB XI gestrichen und im SGB V präzisiert; mit dem Gesetzentwurf sind diese Regelungen nun wieder im SGB XI enthalten, sollen aber in § 37 SGB V gestrichen werden.

Der bpa appelliert nachdrücklich an den Gesetzgeber, in § 37 SGB V die bisher enthaltenen Formulierungen zu den krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen wieder aufzunehmen. Zur Rechtssicherheit bedarf es unbedingt der Verankerung im SGB XI und im SGB V!

Nur so ist gewährleistet, dass es nicht Leistungsverchiebungen kommt. Der bpa verweist dazu auch auf die die Ausführungen zu § 15 SGB XI, Seite 18).

Die Gesetzesbegründung führt aus, dass die bisherige Legaldefinition der „verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Maßnahmen“ in § 15 Abs. 3 Satz 3 SGB XI nicht mehr im Einklang mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff stehe und es damit auch keinen Bezug mehr zu der Regelung in § 37 SGB V gebe. Das stimmt nur hinsichtlich des Verrichtungsbezugs; damit entfallen aber nicht krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen wie das An- und Ausziehen der Kompressionsstrümpfe. Die jetzt in § 15 SGB XI vorgenommene Definition ist nicht ausreichend, weil es damit keine Definition der krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen mehr im SGB V gibt. Deswegen war es richtig, dass der Referentenentwurf nur das Wort „verrichtungsbezogen“ gestrichen hat, aber ansonsten die Klarstellung im SGB V vollzogen hat. Die ursprüngliche Regelung aus dem Referentenentwurf sollte daher wieder aufgenommen werden.

C) Änderungsvorschlag

In § 37 Abs. 2 SGB V wird Satz 1 wie folgt gefasst:

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 als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist; **der Anspruch umfasst krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen auch in den in § 14 Absatz 2 des Elften Buches genannten Bereichen sowie bei Hilfen bei der Haushaltsführung, in denen dieser Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14 und 15 des Elften Buches zu berücksichtigen ist.**

Fiktiver Vermögensverbrauch – neu –

Artikel 6a – Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch

Vorgeschlagene Neuregelung

Für Pflegeeinrichtungen, die Sozialhilfeempfänger versorgen, erweisen sich die derzeit bestehenden Regelungen zum Einsatz des verwertbaren Vermögens der Hilfeempfänger vor dem Hintergrund der Dauer der Bewilligungsverfahren als zunehmend problematisch.

Vom Antrag bis zur Entscheidung des Sozialhilfeträgers über den zu deckenden Hilfebedarf gehen – häufig auch bedingt durch die Klärung der Frage, ob und inwieweit verwertbares Vermögen im Sinne des § 90 SGB XII vorliegt – einige Monate ins Land. Besonders davon betroffen sind stationäre Einrichtungen, die auf unklarer Finanzierungsgrundlage mit der Versorgung der Hilfebedürftigen in Vorleistung treten, bis sich schließlich mit dem Bescheid des Sozialhilfeträgers klärt, ob und in welchem Umfang noch ausstehendes Heimentgelt vom Sozialhilfeträger übernommen oder letztlich doch beim Pflegebedürftigen selbst zur Zahlung geltend gemacht werden muss. Von besonderer Brisanz ist dabei die mittlerweile vom Bundessozialgericht bestätigte Auffassung, dass vorhandenes, zu verwertendes und verwertbares Vermögen so lange zu berücksichtigen ist, wie es vorhanden ist (Urteil vom 20.09.2012, B 8 SO 20/11 R), ein sog. fiktiver Vermögensverbrauch scheidet aus. Mit anderen Worten: Stellt sich nach der Prüfung des Sozialhilfeträgers schließlich heraus, dass bei Antragstellung 500 Euro verwertbaren Vermögens vorhanden waren, werden diese 500 Euro, solange sie nicht verbraucht sind, im Rahmen der Beurteilung der Hilfebedürftigkeit Monat für Monat als vorhandenes Vermögen angerechnet – bei einem aus dem Einkommen des Hilfebedürftigen nicht gedeckten monatlichen Anteil des Heimentgelts von bspw. 500 €, der in z.B. 4 Monaten auf insgesamt 2.000 Euro anwächst, wird so getan, als könne der in Rechnung gestellte Eigenanteil jeden Monat mit den vorhandenen 500 € beglichen werden.

Dabei unterliegen in der Regel auch die betroffenen Pflegebedürftigen der Unsicherheit, inwieweit eventuell vorhandenes Vermögen, bspw. in Form einer Sterbegeldversicherung o.ä., verwertet werden kann und muss. Hierzu sei ein Beispiel aus der Praxis genannt: In Niedersachsen kämpfte eine Heimbewohnerin dafür, in einer bestimmten Pflegeeinrichtung versorgt zu werden, während der Sozialhilfeträger die Kostenübernahme mit dem Argument unverhältnismäßiger Mehrkosten ablehnte. Angaben über noch vorhandenes Vermögen wie auch eine Sterbegeldversicherung lagen dem Sozialhilfeträger vor, die Hilfebedürftigkeit der Bewohnerin war völlig unstrittig. Das Sozialgericht gab der Bewohnerin Recht, nach bei-

nahe acht Jahren Verfahrensdauer ließ sich das Landessozialgericht (LSG) vom Versicherer bestätigen, dass die Sterbegeldversicherung jederzeit kündbar gewesen wäre und in Höhe von ca. 700 € als verwertbares Vermögen zur Verfügung stand; mit dem Verweis auf den in der Sozialhilfe nicht in Betracht kommenden fiktiven Vermögensverbrauch und dem Hinweis, dem Monat für Monat ungedeckten Anteil des Heimentgelts von jeweils rund 500 Euro stehe – wenn auch tatsächlich nur einmalig vorhanden - Monat für Monat das Vermögen von 700 Euro gegenüber und bestehe daher kein Hilfebedarf, legte das LSG die Erledigterklärung des Verfahrens nahe. Die Hilfeempfängerin war zwischenzeitlich bereits verstorben, die Versicherungssumme an den Begünstigten längst ausbezahlt und die Pflegeeinrichtung musste schließlich auf im Laufe der Zeit knapp 4.000 Euro nicht gedeckten Heimentgelts verzichten.

Für den Einrichtungsträger ist hierbei am allerwenigsten erkennbar, ob dem Sozialhilfeempfänger noch verwertbares Vermögen zur Verfügung steht; dennoch ist er derjenige, der in dieser Situation seinen Zahlungsanspruch für seine zum Teil bereits über Monate erbrachten Leistungen nicht realisieren kann. Auch wenn die Rechtsprechung mangels gesetzlicher Grundlage davon ausgeht, dass der Hilfebedürftigkeit bis zu ihrem tatsächlichen Verbrauch bspw. 500 Euro verwertbaren Vermögens Monat für Monat aufs Neue entgegengehalten werden können, bleibt es faktisch doch dabei, dass der Hilfeempfänger, diese 500 Euro nicht Monat für Monat, sondern nur einmal ausgeben kann.

Aus Sicht des bpa ist daher im SGB XII dringend die gesetzliche Grundlage zu schaffen, die für die Beurteilung der Hilfebedürftigkeit einen sach- und interessengerechten fiktiven Vermögensverbrauch zugrunde legt.

Stellungnahme zum Antrag der Fraktion DIE LINKE.

Bürgerinnen- und Bürgerversicherung in der Pflege – Solidarische Pflegeversicherung einführen

Der Antrag fordert die Weiterentwicklung der bestehenden Pflegeversicherung zu einer Bürgerinnen- und Bürgerversicherung (Solidarische Pflegeversicherung). Dazu sollen alle Menschen, die in Deutschland leben, in diese Versicherung einbezogen werden. Die bisher bestehende private Pflegeversicherung würde damit abgeschafft werden.

Neben einer vollständigen Umstellung auf der Finanzierungsseite fordert Antrag auch diverse Änderungen auf der Leistungsseite. Notwendig seien deutliche Leistungsausweitungen, die Erweiterung des Pflegebegriffs, der vollständige Ausgleich des Wertverlustes der Pflegeleistungen, die Entlastung der Angehörigen, gute Entlohnung und Arbeitsbedingungen für Pflegekräfte sowie das Zurückdrängen des privaten, gewinnorientierten Pflegemarktes zugunsten freigemeinnütziger und öffentlicher Anbieter.

Der bpa teilt die Einschätzung, dass deutliche Leistungsausweitungen erforderlich sind. Insbesondere angesichts der ausgebliebenen Dynamisierung der Leistungen ist ein erheblicher Kaufkraftverlust entstanden. Insofern begrüßt der bpa die Forderung des Antrags, eine verbindliche, regelgebundene Leistungsdynamisierung einzuführen. Gleichwohl anerkennt der bpa auch, dass die Bundesregierung mit dem Pflegestärkungsgesetz I und dem Pflegestärkungsgesetz II erhebliche Leistungsausweitungen in der Pflegeversicherung umgesetzt hat, von der insbesondere ambulant versorgte Pflegebedürftige profitieren.

Der bpa setzt sich ebenso auch für die Erweiterung des bisherigen Pflegebegriffs ein, sieht diese Forderung aber durch die Umsetzung des PSG II zumindest auf den Weg gebracht.

Begrüßenswert ist aus Sicht des bpa eine weitergehende Entlastung der Angehörigen, die im Antrag vorgesehen ist. Dazu hat der bpa an verschiedenen Stellen in seiner Stellungnahme zum PSG II konkrete Vorschläge unterbreitet, etwa der Wegfall der Vorpflegezeit bei der Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI) und die Ausweitung der Pflegeberatung durch die Pflegeeinrichtungen (§ 37 Abs. 3 und § 45 SGB XI).

In aller Entschiedenheit lehnt der bpa aber das beabsichtigte Zurückdrängen des privaten Pflegemarktes zugunsten freigemeinnütziger und öffentlicher Anbieter ab!

Die privaten Pflegeanbieter in Deutschland sichern mittlerweile rund 50 %

der pflegerischen Versorgung. Eine pflegerische Versorgung ohne die privaten Pflegeanbieter und deren investiertes Kapital in Milliardenhöhe ist daher weder wünschenswert noch vorstellbar. Bedauerlich ist aus Sicht des bpa besonders, dass der Antrag eine Begründung für seine Forderung schuldig bleibt. In dem Zusammenhang verweist der bpa auf ein jüngst von Prof. Dr. Heinz Rothgang von der Universität Bremen erstelltes Gutachten zur Rolle der privaten Anbieter in der Pflegeversorgung in Deutschland. Dieses schafft endlich Klarheit und widerlegt Vorurteile, wie sie offenbar auch hinter dem Antrag der Fraktion DIE LINKE stehen:

Ohne die Privaten würde die pflegerische Versorgung zusammenbrechen, sie stellen von Helgoland bis Garmisch die flächendeckende Versorgung sicher. Sie sind auf dem flachen Land wie in der Stadt vertreten. Nur ihre dynamische Entwicklung hat die Versorgung der steigenden Zahl pflegebedürftiger Menschen ermöglicht. Sie sind in der Regel kleiner, überschaubarer, familiärer, beschäftigen mehr Fach- und Pflegekräfte und sind bei gleicher Qualität günstiger als die Angebote der Wohlfahrtsverbände und Kommunen. Ohne weiteres privatwirtschaftliches Engagement wird die Pflege in Deutschland in den kommenden Jahren zusammenbrechen. Und ohne die privaten Pflegeanbieter gäbe es heute keine flächendeckende Pflegeinfrastruktur in Deutschland. Denn über die Hälfte aller Pflegeeinrichtungen wären einfach nicht vorhanden. Es gäbe keinen Wettbewerb um die beste Versorgung und es gäbe auch keinen Wettbewerb um die besten von den Kunden gewünschten Konzepte und Leistungen.

Private Unternehmen stehen häufig persönlich – insbesondere als vor Ort verankerte Familienunternehmen – und mit ihrem Eigentum und Kapital für den Auf- und Ausbau der qualitativ hochwertigen Infrastruktur der pflegerischen Versorgung ein. Sie stellen die pflegerische Versorgung vor Ort sicher und sind zugleich Jobmotoren, wenn andere sich bereits lange aus der Übernahme der finanziellen Verantwortung zurückgezogen haben. Das Gutachten bestätigt eindrücklich: Die private Pflege kann mit Stolz auf die Entwicklungen der letzten Jahrzehnte und mit Zuversicht auf die nächsten Jahre blicken.

Weder die Bundesländer noch Kommunen oder der Bund und auch nicht die gemeinnützigen Träger waren in der Vergangenheit bereit oder in der Lage, die erforderliche Infrastruktur der Pflege aufzubauen oder zu finanzieren. Und nichts deutet darauf hin, dass sich an diesem Zustand auf absehbare Zeit etwas ändert.

Das Gutachten von Prof. Dr. Rothgang steht zum Download auf <http://www.bpa.de/Studien-Gutachten.53.0.html>.

Stellungnahme zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Gute Pflege braucht sichere und zukunftsfeste Rahmenbedingungen

Der Antrag kritisiert das vorliegende Pflegestärkungsgesetz II (PSG II) als nicht ausreichend. Insbesondere fehlten Antworten auf das Fachkräfteproblem in der Pflege. Die vorgesehene Einführung eines Personalbemessungssystems bis 2020 sei zu spät und zu wenig verbindlich. Der Antrag fordert, dass mehr Menschen für die Pflegeberufe gewonnen werden sollen. Er kritisiert, dass die Schnittstellenprobleme zwischen dem SGB XI und dem SGB XII mit dem PSG II nicht gelöst werden und er fordert eine Weiterentwicklung der Pflegeberatung sowie eine stärkere Unterstützung pflegender Angehöriger.

Der bpa unterstützt die Forderung, dass ein verbindliches Instrument zur Personalbemessung schnellstmöglich umgesetzt werden sollte. Zu Recht weist der Antrag darauf hin, dass im PSG II offen bleibt, ob das bis 2020 zu entwickelnde Personalbemessungssystem dann auch tatsächlich eingeführt wird. Deswegen hat der bpa darauf hingewiesen, dass dieses neue System bindend für die Kostenträger und die Bundesländer sein muss (s. Seite 107).

Der bpa teilt auch die Einschätzung, dass dringend mehr Menschen für die Pflegeberufe gewonnen werden müssen. Angesichts des demografischen Wandels und des extremen Pflegefachkräftemangels müssen alle Möglichkeiten ausgeschöpft werden. Ausdrücklich begrüßt wird in diesem Zusammenhang der Vorschlag des Antrags, von der vollständigen Zusammenführung der drei Pflegeberufe („Generalistik“) abzusehen. Damit würde der Beruf der Altenpflege faktisch abgeschafft, obwohl es gerade bei der Altenpflege durch gemeinsame Kraftanstrengungen gelungen ist, die Ausbildungszahlen deutlich zu erhöhen. Die Zusammenführung der drei Pflegeberufe wird daher nach Auffassung des bpa nicht zu einer Attraktivitätssteigerung in der Pflege führen, sondern vielmehr den Fachkräftemangel durch ruckläufige Ausbildungskapazitäten verstärken.

Eine Aufwertung der Pflegeberufe kann dagegen gelingen, wenn die Kompetenzen der Pflegefachkräfte erweitert werden. Deswegen weist der Antrag zu Recht darauf hin, dass es einer stärkeren Umsetzung der Modellprojekte nach § 63 Abs. 3c SGB V bedarf.

Der bpa begrüßt die von dem Antrag beabsichtigte stärkere Unterstützung pflegender Angehöriger. Dazu verweist der bpa

seine Stellungnahme zum PSG II, in der er dafür konkrete Vorschläge unterbreitet, etwa den Wegfall der Vorpflegezeit bei der Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI) und die Ausweitung der Pflegeberatung durch die Pflegeeinrichtungen (§ 37 Abs. 3 und § 45 SGB XI).

BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN fordern, dass die Pflegeberatung weiterentwickelt wird. Das unterstützt der bpa. Er teilt dabei die Auffassung, dass diese Beratung vorrangig aufsuchend sein sollte. Das Potential der 26.000 flächendeckend vorhandenen Pflegeeinrichtungen sollte dabei genutzt werden.