

Deutscher Bundestag

Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

18(14)0131(9)

gel VB zur öAnhörung am 30.09.

15_PSGII

28.09.2015



Stellungnahme zum Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II)

Grundsätzliche Anmerkungen

Am 12. August 2015 wurde durch die Bundesregierung der Entwurf für ein Zweites Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) vorgelegt. Das zentrale Ziel dieses Gesetzesvorhaben ist die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff wird einen Paradigmenwechsel initiieren, der eine noch stärker personenzentrierte und bedarfsgerechte Pflege ermöglicht. Eine Gleichbehandlung vorrangig somatisch beeinträchtigter Pflegebedürftiger und vorrangig kognitiv oder psychisch beeinträchtigter Menschen erfolgt in Zukunft über die Feststellung des Grades der Selbständigkeit und über die Abhängigkeit von personeller Hilfe in allen pflegerelevanten Bereichen. Das System von drei Pflegestufen und einer gesonderten Feststellung des Vorliegens einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz wird durch ein einheitliches Einstufungssystem mit fünf Pflegegraden ersetzt.

Der Paritätische sieht die Bundesregierung mit dieser Pflegereform auf dem richtigen Weg und der Systemwechsel wird grundsätzlich begrüßt. Dabei wird es aus Sicht des Paritätischen aber entschieden darauf ankommen, dass es für keinen Pflegebedürftigen zu einer Verschlechterung kommt. Mit den vorliegenden Regelungen wird der Grundsatz „ambulant“ vor „stationär“ weiter vorangetrieben. Den prognostizierten zusätzlichen Leistungsausgaben von rd. 1,6 Mrd. € im ambulanten Bereich, stehen 210 Mio. € im vollstationären Bereich gegenüber. Der Paritätische begrüßt ausdrücklich die Stärkung der ambulanten Versorgung. Allerdings sehen wir auch die Gefahr, dass es zu einer starken Belastung für Bewohner und Pflegekräfte in vollstationären Einrichtungen kommt, etwa, weil mit der erheblichen Absenkung der Leistungsbeträge für die in Relation zu den Pflegestufen stehenden unteren Pflegegrade Auswirkungen auf die zukünftige Bewohnerstruktur zu erwarten sind. Die zeitgleiche Einführung einrichtungseinheitlicher Eigenanteile führt zu einer weiteren Mehrbelastung insbesondere im Pflegegrad 2 und verstärkt dieses Problem. Wir haben berechnet, dass die Mehrbelastung in diesem Pflegegrad für zukünftige Antragsteller im Bundesdurchschnitt insgesamt nicht unter 500 € liegen wird. Ferner führen vom Pflegebedarf unabhängige gleiche Eigenanteile zu unterschiedlichsten Fehlanreizen in der Belegung. Der Paritätische gibt daher zu bedenken: Es kann nicht gewollt sein, dass vollstationäre Einrichtungen in der Zukunft Orte sind, in denen ausschließlich „Schwerstpflege“ geleistet wird. Ein derartiges Klima können und wollen wir uns dort nicht vorstellen. Eine vollstationäre Einrichtung ist ein lebendiger Ort und letztlich wird es bei dieser Reform darauf ankommen, dass auch künftig eine ausgewogene Verteilung der Pflegebedürftigen aller Pflegegrade abgebildet wird. Gerade für diese Pflegeeinrichtungen muss die Überleitung in das neue System gehandhabt werden können. Dort, wo Verhandlungen notwendig werden, wie etwa zur Personalbemes-

sung und zur Überleitung der Pflegesätze, sind für alle denkbaren Fallkonstellationen gesetzliche Regelungen erforderlich. Dies gilt umso mehr dann, wenn die Umsetzung in einem vergleichsweise engen Zeitfenster erfolgen soll und der Verhandlungsdruck steigt.

Der Paritätische weist darauf hin, dass der Gesetzgeber weiterhin für den Fall der alternativen Überleitung der Pflegesätze gem. § 92d SGB XI keine Regelung zur Überleitung des Personals vorsieht. Hier sehen wir einen schwerwiegenden Bruch in den Überleitungsvorschriften, der zu viel Verunsicherung führen wird und der bewirkt, dass eine Weiterentwicklung der Personalausstattung deutlich erschwert wird.

Die nun mit dem Regierungsentwurf eingeschobene Lösung nach § 113c SGB XI, dass die Vertragspartner nach § 113 SGB XI verpflichtet werden, im Einvernehmen mit dem BMG und dem BMFSFJ die Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach quantitativen und qualitativen Maßstäben zu beauftragen, wird aus Sicht des Paritätischen grundsätzlich begrüßt. Damit liegt aber ausdrücklich keine Lösung für den Übergang zum 01.01.2017 vor.

Der Paritätische spricht sich mit den in der BAGFW kooperierenden Verbänden in der gemeinsamen Stellungnahme zu diesem Stichtag für eine alternative Überleitung unter Einschluss der Weiterentwicklung des Personalbedarfs aus.

Hinsichtlich der Entwicklung eines Personalbemessungsinstrumentes wird gemeinsam konstatiert, dass der vorgeschlagene Weg in der vorliegenden Form nicht zielführend ist. Der Paritätische weist darauf hin, dass später für eine Verpflichtung zur Anerkennung des festgestellten Personalbedarfs weitere politische und gesetzliche Regelungen im SGB XI im 7. und 8. Kapitel zu treffen sind.

Hinsichtlich des Zeitrahmens für die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs lassen sich diesbezüglich Abweichungen zur „Roadmap“ des Expertenbeirats¹ feststellen: Der Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes ist zum 1. Januar 2016 geplant. Damit werden die vom Expertenbeirat für das Gesetzgebungsverfahren empfohlenen zwölf auf sechs Monate verkürzt. Das erschwert eine angemessene Beteiligung aller betroffenen Akteure im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens.

Auch an den Empfehlungen des Expertenbeirats für den Zeitplan vom Inkrafttreten des Gesetzes (Tag Null) bis zur Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (Stichtag für das neue Begutachtungsverfahren, das neue Leistungsrecht und die formale Überleitung der bisherigen Leistungsbezieher etc.) von 18 Monaten wird nicht festgehalten. Dagegen sieht der Gesetzesentwurf hier höchstens zwölf Monate vor. Da ein fester Stichtag (1. Januar 2017) genannt ist, kann sich dieser Zeitraum allerdings noch erheblich verkürzen, je nach dem, wann das Gesetz tatsächlich in Kraft tritt. Diese überstürzte Umsetzung ist in hohem Maße geeignet, unliebsame Fakten zu schaffen, die dem Zweck der Gesetzesänderung entgegenstehen und die sich später nicht mehr oder nur mit unverhältnismäßig hohem Aufwand beheben lassen. Beispielhaft erläutert wird dies in der gemeinsamen Stellungnahme der in der

¹ Vgl. Bericht des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, 2013, S. 93, Tabelle 36

Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) kooperierenden Verbände zu Punkt 3. „Überleitung Pflegesätze“ in Bezug auf die Wechselwirkungen zwischen der Frage der Personalausstattung und der Bemessung neuer Pflegesätze“.

Das alles wiegt schwer angesichts der Tatsache, dass es sich bei der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs um einen fundamentalen Systemwechsel in der Pflegeversicherung handelt, von dem nahezu jeder deutsche Bürger zumindest potentiell betroffen sein wird.

Neben den wesentlichen Veränderungen zur Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs werden mit dem Gesetzesentwurf weitere Regelungsschwerpunkte in den Bereichen „Pflegeberatung“ und der „Weiterentwicklung der Qualitätssicherung“ bzw. der „Entscheidungsstrukturen der Selbstverwaltung“ gesetzt. Der Paritätische stellt in diesem Zusammenhang mit Ernüchterung fest, dass es nach wie vor nicht die Absicht des Gesetzgebers ist, die unaufhörlich in der Kritik stehenden Pflegenoten abzuschaffen.

Mit der Umsetzung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs allein ist es allerdings nicht getan. Es gibt weitere grundlegende Weichenstellungen, die der Paritätische mit Nachdruck fordert:

Solidarische Finanzierung der Pflege

Die Finanzierung der Pflege muss nach Auffassung des Paritätischen grundsätzlich solidarisch getragen werden. Demnach lehnt der Paritätische weiterhin die zusätzliche private kapitalgedeckte Pflegeabsicherung ab und fordert deren Abschaffung. Die geringe Zahl der Versicherungsabschlüsse seit Einführung der privaten zusätzlichen Pflegeversicherung zeigt, dass das Angebot kaum in Anspruch genommen und somit seitens der Versicherten abgelehnt wird. Auch wurde durch die Einführung einer weiteren Finanzierungsquelle die Fragmentierung der Absicherung fortgeschrieben, ohne dass dies kurz- und mittelfristig zu positiven Finanzierungseffekten geführt hat. Der Paritätische fordert deshalb den solidarischen Ausbau der bestehenden Pflegeversicherung zu einer sozialen Bürgerversicherung durch Zusammenführung der sozialen und der privaten Pflegeversicherung. Während die soziale Pflegeversicherung sich ständig am Rande der Finanzierbarkeit bewegt, konnte die private Pflegeversicherung angesichts der günstigeren Risiken und der höheren finanziellen Leistungsfähigkeit der dort Versicherten enorme Rücklagen anhäufen.

Pflegevorsorgefonds abschaffen

Weiter hält der Gesetzgeber an dem Pflegevorsorgefonds gem. § 131 SGB XI fest. Der Paritätische fordert die Abschaffung der Bildung dieses Sondervermögens. Es ist mittlerweile hinlänglich bekannt, dass die Wirkungen des geplanten Vorsorgefonds marginal sein werden. Das Finanzvolumen wird dagegen aktuell dringend für die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs benötigt, um u.a. Verschlechterungen für zukünftige Bewohner in vollstationären Einrichtungen zu verhindern.

Vorrang der Krankenversicherung sicherstellen

Es lässt sich nachweisen, dass ältere Menschen durchaus Leistungen der medizinischen Rehabilitation erhalten, dass dies aber abrupt nachlässt, sobald eine Pflege-

stufe nach SGB XI festgestellt ist. Gleiches ist für Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V festzustellen. Diese Befunde verwundern nicht, wenn man in Rechnung stellt, dass die Interessen der Pflegeversicherung denjenigen der Krankenkassen untergeordnet werden und sich die Mitarbeiter loyal zu ihren Dienstherren – den Krankenkassen – verhalten. Entweder die Pflegekassen müssen die Verantwortung für diese Leistungen erhalten und mit einer Pauschalzuweisung aus Mitteln der Krankenkassen ausgestattet werden oder die Pflegekassen müssen unabhängig von den Krankenkassen agieren können. Zu diesem Komplex gehört auch, dass in teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen die Kosten der Behandlungspflege von den Krankenkassen zu tragen sind.

Rolle der Kommunen stärken

In der Koalitionsvereinbarung ist richtigerweise vorgesehen, dass die Rolle der Kommunen in der Ausgestaltung der pflegerischen Infrastruktur und auch der Leistungen zu stärken ist. Dieses Thema greift der Gesetzesentwurf auch nach Vorliegen der Empfehlungen der Bund-Länder AG leider nicht oder nur rudimentär auf. Dabei wird auf ein drittes Pflegestärkungsgesetz verwiesen. Der Paritätische gibt zu bedenken, dass bis dahin eine wesentliche Säule zur Bewertung des gesamten Kontextes fehlt.

Auskömmliche Refinanzierung der Einrichtungen und Dienste

Gemäß § 84 SGB XI und § 89 SGB XI müssen Pflegesätze leistungsgerecht sein und der Pflegeeinrichtung bzw. dem Dienst bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, den Versorgungsauftrag zu erfüllen. Leistungsgerecht bedeutet, dass die Vergütung sowohl der Leistungsmenge als auch deren Qualität gerecht wird. Infolge der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts vom 14.12.2000 verstetigte sich die negative Entwicklung einer ausschließlich preis- und marktorientierten Kostenträgerverhandlung, die sowohl Qualitätsentwicklungen als auch tatsächlich notwendige Bezahlungen von qualifizierten Mitarbeiter/-innen zunehmend ausblendete. Die Personalausstattung sollte mittels eines Personalbedarfsbemessungssystems festgestellt werden und muss durch die Vergütung auch tatsächlich leistbar sein. Mitursache des sich verschärfenden Fachkräftemangels ist das Image des Berufs, welches nicht unwesentlich bestimmt wird durch das zu erzielende Einkommen und die sich darin manifestierende Wertschätzung des Berufs. Der Paritätische forderte bereits in der Vergangenheit, die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts vom 29.01.2009 umzusetzen. Plausibel kalkulierte wirtschaftliche Gestehungskosten einschließlich der Kosten für die Qualitäts- und Qualifikationsanforderungen (Umsetzung Expertenstandards, Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 SGB XI, ordnungsrechtliche Qualitätsanforderungen, Beratungsleistungen, Dokumentation etc.) sowie angemessene Zuschläge für Unternehmerrisiko und Gewinn, sofern vorhanden auch die Eigenkapitalverzinsung, sind von den Kostenträgern zu refinanzieren, wobei Tarifbindung bzw. Tariforientierung immer als angemessen zu werten sind. Hier hat der Gesetzgeber mit dem PSG I den Schritt in die richtige Richtung getan, indem mit § 84 Abs. 7 der Nachweis zur Tarifbindung für die Refinanzierung gesetzlich festgeschrieben wurde. Der Paritätische fordert den Gesetzgeber auf, in Bezug auf die übrigen Kostennachweise auch die weiteren Schritte zu gehen.

Anpassung von Leistungsgrundlagen

Leistungsbeschreibung ambulant – Ein weiteres Handlungsfeld bezieht sich demgegenüber auf den ambulanten Bereich, nämlich auf die notwendige Anpassung der Leistungskomplexsysteme oder Leistungsbeschreibungen. Sie sind entweder Anlage der Rahmenverträge nach § 75 SGB XI, oder sie sind dem Vertrag nach § 89 SGB XI als Anlage zu entnehmen. Erreichen in Zukunft Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz höhere Pflegerade, benötigen sie folglich längere Versorgungszeiten sowie andere, über verrichtungsbezogene Maßnahmen hinausgehende, qualifizierte Leistungen. Diesbezüglich müssen die Leistungskataloge an die neuen Strukturen der Bedürftigen angepasst und Leistungen mit rehabilitativem und präventivem Charakter eingeflochten werden, die oftmals auch zeitintensiver sind und hohe fachliche Anforderungen mit sich bringen. Eine solche Anpassung der Leistungen ist mit vorliegendem Gesetzesentwurf erschwert, da für den ambulanten Bereich die notwendigen Voraussetzungen in § 75 Abs. 2 fehlen. Jedenfalls müssen in allen Fällen die Leistungsbeschreibungen schiedsstellenfähig sein.

Der Paritätische schlägt daher vor, § 75 Abs. 2 Nr.1 SGB XI wie folgt zu ändern:

- 1. den Inhalt der Pflegeleistungen, d.h. die Festlegung von Art, Inhalt sowie Bewertung der Leistungen der häuslichen Pflegehilfe sowie bei stationärer Pflege neben Art und Inhalt zusätzlich die Abgrenzung zwischen den allgemeinen Pflegeleistungen, den Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung und den Zusatzleistungen,*

sowie § 75 Abs. 2 Nr. 3 SGB XI wie folgt zu ändern:

- 3. Maßstäbe und Grundsätze für eine wirtschaftliche und leistungsbezogene, am Versorgungsauftrag orientierte Vergütung; für stationäre Pflegeeinrichtungen insbesondere die Festlegung der personellen und sächlichen Ausstattung,“.*

Präventive Maßnahmen – Der wichtigen Weichenstellung zur Leistungsbeschreibung schließt sich aufgrund der stark veränderten Erfassung der individuellen Unterstützungs- und Pflegebedarfe zwingend eine Erweiterung des Hilfeangebots an. Unterstrichen wird dies u.a. auch durch die im neuen Präventionsgesetz formulierte Verpflichtung des MDK, neben dem Reha- auch den Präventionsbedarf zwingend zu erfassen und zu benennen. Hier sollte es perspektivisch über die nach § 20 SGB V anerkannten Maßnahmen hinausgehen.

Hilfreich wäre eine Aussage des Medizinischen Dienstes über den Beratungsbedarf bzgl. der zu fördernden persönlichen Ressourcen des Leistungsberechtigten. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff zielt insbesondere auf die Erhaltung oder Wiedererlangung von Fähigkeiten zur Selbsthilfe ab. Dies kann auch im Rahmen alltäglicher Übungen und pflegerischer Maßnahmen erfolgen. Die verhaltensbezogenen Leistungen nach § 20 SGB V können hier nur in relativ wenigen Fällen hilfreich sein. Sie sind gebunden an hohe fachliche Anforderungen (z.B. bzgl. der kursförmigen Erbringung der Leistung, die Qualifikation der Kursleitung). Ein flächendeckendes Angebot entsprechender Angebote ist zudem oft nicht vorhanden. Die Teilnahme an solchen Angeboten ist insbesondere Leistungsberechtigten, die in einer Einrichtung leben, i.d.R. nicht mehr möglich. Daher sollte aus Sicht des Paritätischen im Rahmen

des Verfahrens der Feststellung der Pflegebedürftigkeit dieser Bedarf erhoben werden.

Der Paritätische schlägt daher vor, § 18 Abs.1 SGB XI wie folgt zu ändern: In § 18 Abs.1 SGB XI wird nach Satz 3 folgender Satz 4 angefügt: „Jede Feststellung hat zudem eine Aussage darüber zu treffen, ob Beratungsbedarf insbesondere in der häuslichen Umgebung oder in der Einrichtung, in der der Leistungsberechtigte lebt, hinsichtlich notwendiger Maßnahmen zur erhaltensbezogenen Prävention, einschließlich möglicher Leistungen nach § 20 Absatz 5 des Fünften Buches, besteht.“

Einheitliche Pflegesätze für die Kurzzeitpflege – Der Paritätische macht darauf aufmerksam, dass die Bemessung der Pflegesätze für die Kurzzeitpflege mit der Realität angepasst werden muss: Ein hoher Anteil der Kurzzeitpflegegäste hat keine dem Pflegeaufwand entsprechende Pflegestufe, da die Einstufung nach Klinikaufenthalten meist im Eilverfahren – also per Aktenlage – erfolgt. Der Paritätische fordert daher für die Kurzzeitpflege die Einführung einheitlicher Pflegesätze über alle Pflegegrade hinweg einzuführen.

Lösung:

Der Paritätische schlägt daher vor, § 84 Abs. 2 Satz 2 SGB XI wie folgt zu fassen: „Die Pflegesätze müssen leistungsgerecht sein. Sie sind in vollstationären Einrichtungen und teilstationären Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege nach dem Versorgungsaufwand, den der Pflegebedürftige nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit benötigt, entsprechend den fünf Pflegegraden einzuteilen“.

In § 84 Abs. 2 SGB XI wird nach Satz 3 folgender Satz 4 angefügt: „Davon ausgehend sind in der vollstationären Pflege für die Pflegegrade 2 bis 5 einrichtungseinheitliche Eigenanteile zu ermitteln; dieses gilt auch bei Änderungen der Leistungsbeiträge nach § 43 Absatz 2. Pflegesätze sind in Kurzzeitpflegeeinrichtungen für alle Pflegegrade einheitlich zu bemessen.“

Bei der Stellungnahme zum vorliegenden Gesetzesentwurf haben sich die in der BAGFW kooperierenden Verbände entschlossen, zu den wesentlichen Teilbereichen:

- Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff (§§ 2, 4, 14, 15, 18, 18c, 28, 28a, 36-39, 41 - 43, 43b, 44, 45, 53c und §§ 140 - 144)
- Angebote zur Unterstützung im Alltag, Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags (Umwandlungsanspruch), Entlastungsbetrag, Versorgungsstrukturen des Ehrenamts und Selbsthilfe (§§ 45a - d)
- Überleitung Pflegesätze (§§ 75, 82, 84, 87a, 89, 90 und §§ 92c - f)
- Qualitätssicherung (§§ 113 - 115)

eine gemeinsame Stellungnahme abzugeben. Diese Stellungnahme ist als Anlage beigefügt.

Der Paritätische nimmt zu den nachfolgenden Teilbereichen des Gesetzesentwurfs:

1. Dynamisierung der Pflegeversicherungsleistungen
2. Pflegeberatung/Einbindung Kommune
3. Redaktionelle Klarstellung und weitere Regelungen zu Leistungsberechtigter Personenkreis/Versicherungspflichtiger Personenkreis/Leistungen für Pflegepersonen/Träger der Pflegeversicherung/Grundsätzen der Datenverwendung/Datenlöschung, Auskunftspflicht/Statistik
4. Zusammenarbeit Heimrecht/Pflegeversorgungszulagen
5. Eingliederungshilfe
6. Artikel 5 - Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

im Einzelnen wie folgt Stellung:

Zu 1.: Dynamisierung der Pflegeversicherungsleistungen

§ 30 Abs. 1 Satz 1 Dynamisierung

Gesetzesentwurf

Die Bundesregierung prüft alle drei Jahre, erneut im Jahre 2020, Notwendigkeit und Höhe einer Anpassung der Leistungen der Pflegeversicherung.

Bewertung

Die Dynamisierung der Leistungen der Pflegeversicherung begrüßt der Paritätische ausdrücklich, weil so die tatsächliche Kostenentwicklung berücksichtigt und dem Kaufkraftverlust entgegengetreten werden kann.

Aus Sicht des Paritätischen sollte die Dynamisierung mindestens die amtliche Verbraucherpreisentwicklung berücksichtigen. Das zieht nach sich, dass jedes Jahr dynamisiert wird. Die vorliegende Regelung führt dazu, dass die nächste Anpassung nicht vor dem Jahr 2020 geprüft wird. Eine tatsächliche Anpassung könnte demnach sogar noch wesentlich später eintreten. Der Paritätische hält es für unzumutbar, die Entwicklungen der Pflegeversicherungsleistungen bis 2020 von der Preis- und Lohn-

entwicklung abzukoppeln. Aus unserer Sicht muss ab 2018 jedes Jahr geprüft und eine Anpassung vorgenommen werden.

Nicht zu vergessen ist in diesem Zusammenhang, dass weiterhin ein Defizit in der Refinanzierung von Pflegeleistungen vorhanden ist, welches sich aufgrund der annähernd stagnierenden Leistungen seit Einführung der Pflegeversicherung stetig erhöht hat. Dies gilt für stationäre, teilstationäre wie auch für ambulante Versorgungsformen von Pflegebedürftigen.

Zu 2.: Pflegeberatung/Einbindung Kommune

§§ 7, 7a, 7b, § 17 Abs. 1a

Aufklärung/Auskunft, Pflegeberatung & Beratungsgutscheine, Pflegeberatungs-Richtlinien

Gesetzesentwurf

§ 7 wird von „Aufklärung und Beratung“ auf „Aufklärung und Auskunft“ reduziert. Mit Antragseingang auf Pflegeversicherungsleistungen informiert die Pflegekasse unverzüglich über den Anspruch auf unentgeltliche Pflegeberatung nach § 7a, den nächstgelegenen Pflegestützpunkt nach § 7c sowie über die Leistungs- und Preisvergleichsliste nach § 7 Absatz 3. Ebenso gibt die zuständige Pflegekasse Auskunft über die in ihren Verträgen zur integrierten Versorgung nach § 92b Absatz 2 getroffenen Festlegungen, insbesondere zu Art, Inhalt und Umfang der Leistungen und der für die Versicherten entstehenden Kosten und veröffentlicht diese Angaben auf einer eigenen Internetpräsenz; Absatz 3 Satz 1 gilt entsprechend. Das Internetangebot in Verbindung mit der Einführung des DTA für niedrigschwellige Angebote (§ 7 Abs. 4) wird unter Einbezug der Angebote zur Unterstützung im Alltag gem. § 45a (Neu) ausgebaut. Die Ausgestaltung des Versorgungsplans wird auf neue Grundlagen gestellt, für die, genau wie für die Ausgestaltung der Beratung insgesamt, Richtlinien gem. § 17 Abs. 1a erstellt werden sollen. Beratungsgutscheine werden künftig bei allen wesentlichen Antragsarten ausgereicht. Eine stärkere kommunale Einbindung soll gem. § 7a Abs. 7 durch Landesrahmenverträge zur Zusammenarbeit mit den Pflegekassenverbänden erfolgen.

Bewertung

Die Beratungsstruktur wird mit den geplanten Änderungen zusammengefasst und im Umfang graduell abgestuft.

Der Ausbau des Internetangebotes soll Wettbewerb zwischen den verschiedenen Angeboten initiieren. Der Paritätische verweist darauf, dass diese Form von Wettbewerb fast immer ausschließlich einen Preiswettbewerb nach sich zieht und die Versorgungsqualität in den Hintergrund rückt. Dies wird besonders deutlich an der Verbindung mit der Einführung des DTA für niedrigschwellige Angebote (§ 7 Abs. 4). Wir fordern den Gesetzgeber auf, Regelungen zu schaffen, die den Wettbewerb über die Qualität und nicht über den Preis stimuliert.

Mit diesem Absatz tut sich auch eine neue Schnittstelle zur Eingliederungshilfe auf, indem dieser Bereich (Angebote zur Unterstützung im Alltag gem. § 45a (Neu)) in den DTA gem. § 7 Abs. 4 Satz 2 eingebunden werden kann: „*Träger weiterer Ange-*

bote, 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 bereit stellen.“ Bemerkenswert ist die Vorstellung, dass die technische Umsetzung des DTA quasi kostenfrei zu haben sei.

Die Versorgungsplanung nach § 7a ist vollkommen sachgerecht und Richtlinien gem. § 17 Abs. 1a werden begrüßt. Aus Sicht des Paritätischen ist die Versorgungsplanung der Pflegekassen zum Nachteil der Versicherten bis heute nicht in der Praxis angekommen. Dabei stecken in Bezug auf die leistungsrechtliche Ausgestaltung der Versorgung und die Vereinbarung notwendiger Leistungen über die Schnittstellen hinweg (SGB XI/SGB XII und SGB V) enorme Potentiale.

Die Erweiterung der Antragsbereiche für die Beratungsgutscheine gem. § 7b ist ebenfalls vollkommen sachgerecht. Zu kritisieren ist weiter, dass ein Beratungsgutschein nur dann auszustellen ist, wenn die Beratung innerhalb der zweiwöchigen Frist durch die Pflegekassen nicht selbst durchgeführt wurde.

Im Allgemeinen weist der Paritätische auf folgende Punkte hin: Gerade Angehörige tragen einen wesentlichen Anteil bei der Pflege und Betreuung pflegebedürftiger Menschen. Nur durch den tagtäglichen Einsatz pflegender Angehöriger ist es möglich, dass der Wunsch der meisten pflegebedürftigen Menschen, trotz der persönlichen Einschränkungen weiter zu Hause leben zu können, erfüllbar ist. Pflegende Angehörige bedürfen fördernder und unterstützender Rahmenbedingungen, um den sich aus der Pflegesituation ergebenden Belastungen gewachsen zu sein. Hierzu gehören insbesondere auch Beratungsleistungen über mögliche formelle und informelle Hilfen.

Kontaktpersonen der Pflegekassen sind nach unseren Erfahrungen mit den Pflegeberatern der Pflegekassen nach § 7a keine unabhängigen Berater – bei den Beratungen stehen die eigenwirtschaftlichen Interessen der Pflegekassen im Vordergrund und gerade nicht das Interesse, für den Versicherten eine angemessene Lösung im Pflegesetting bzw. Leistungsmix zu finden. Beratungsangebote müssen immer die Möglichkeit einer Wahl für den Pflegebedürftigen und den pflegenden Angehörigen belassen, insofern sind Beratungsangebote unterschiedlicher Ansprechpartner parallel nebeneinander aufzubauen. Damit besteht für die Pflegebedürftigen und deren Angehörige eine Wahlmöglichkeit hinsichtlich der Beratungsangebote.

Jeder, der die Voraussetzungen erfüllt, muss für die Beratung ermächtigt werden können. Prädestiniert sind hier kommunale Strukturen und zugelassene ambulante Pflegedienste, aber auch freigemeinnützige Organisationen und Vereine, die eine entsprechende Beratungsstruktur anbieten und die seinerzeit im Zuge des Aufbaus von Pflegestützpunkten nicht berücksichtigt wurden. Das Wahlrecht des Versicherten, eine Beratungsperson bzw. Beratungsstelle seines Vertrauens auszuwählen, ist sowohl im jetzigen § 7a SGB XI als auch im nunmehr vorgesehenen § 7b SGB XI gesetzlich zu verankern.

Die stärkere kommunale Einbindung über Landesrahmenverträge zur Zusammenarbeit mit den Pflegekassenverbänden soll zu einer strukturierten Abstimmung über die örtlich und regional bestehenden Hilfe- und Unterstützungsangebote führen, was der Paritätische ausdrücklich begrüßt.

§§ 7c u. 8a

Pflegestützpunkte, gemeinsame Empfehlungen zur pflegerischen Versorgung

Gesetzesentwurf

Die Regelungen zu Pflegestützpunkten, ehemals § 92c, werden in § 7c überführt. Aus § 92 (Landespflegeausschuss) wird „Gemeinsame Empfehlungen zur pflegerischen Versorgung“.

Bewertung

Die Verschiebung der Regelung zu Pflegestützpunkten ist sachgerecht. Bei der Umwidmung des „Landespflegeausschusses“ in „Gemeinsame Empfehlungen zur pflegerischen Versorgung“ bleibt die erwartete Einbindung der Kommunen über diese Empfehlungen auf die Versorgungsstruktur ungewiss. Der Paritätische wünscht sich hier eine Konkretisierung, die zur Umsetzung der wesentlichen Empfehlungen der Bund-Länder AG zur Rolle der Kommunen führt.

Zu 3.: Redaktionelle Klarstellung und weitere Regelungen zu Leistungsberechtigter Personenkreis/Versicherungspflichtiger Personenkreis/Leistungen für Pflegepersonen/Träger der Pflegeversicherung/Grundsätzen der Datenverwendung/Datenlöschung, Auskunftspflicht/Statistik

§ 18a Absatz 2

Weiterleitung der Rehabilitationsempfehlung, Berichtspflichten

Gesetzesentwurf

Die jährliche Berichterstattung der Pflegekassen wird um die Darstellungen zum bundeseinheitlichen Verfahren zur Feststellung von Rehabilitationsbedarfen in der Begutachtungspraxis erweitert und bis zum Jahr 2018 ausgedehnt. Durch diese Änderung soll *„die bestehende Berichtspflicht vor dem Hintergrund der Veränderungen im Begutachtungsverfahren, die sich auch auf das verbesserte Erkennen von Rehabilitationsbedarfen erstrecken und des durch Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die MDK eingeführten veränderten Verfahrens um drei Jahre bis in das Geschäftsjahr 2018 verlängert“* werden, so die Begründung zum § 18a. Darüber hinaus, so der Gesetzgeber *„[...] wird die Anwendung eines bundeseinheitlichen strukturierten Verfahrens zur Erkennung rehabilitativer Bedarfe in der Pflegebegutachtung zum verpflichtenden Gegenstand der Berichterstattung gemacht.“*

Bewertung

Der Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ wird bereits seit Langem gefordert. Nun wird diesem Sachverhalt auch in der Berichterstattung zum Begutachtungsverfahren und mit einem bundeseinheitlichen strukturierten Verfahren in der Begutachtung gesetzlich breitere Beachtung geschenkt. Die Regelungen werden vom Paritätischen begrüßt.

§ 23 Absatz 6 Nummer 1

Versicherungspflicht für Versicherte der privaten Krankenversicherungsunternehmen

Gesetzesentwurf

In § 23 wird das Wort „Pflegestufe“ gegen das Wort „Pflegetherad“ ausgetauscht. Das heißt, dass private Krankenversicherungsunternehmen oder andere, die Pflegeversicherung durchführende Versicherungsunternehmen, verpflichtet sind, die Maßstäbe der sozialen Pflegeversicherung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit sowie der Zuordnung der Pflegegrade und nicht mehr der Pflegestufen anzulegen, was mit der Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs einhergeht.

Bewertung

Die redaktionelle Anpassung ist in Anbetracht der Anwendung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sachgerecht.

§ 44a Absatz 3 Satz 4

Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzfristiger Arbeitsverhinderung

Gesetzesentwurf

Die Höhe des Pflegeunterstützungsgeldes ist weiterhin nach § 45 Absatz 2 Satz 3 bis 5 SGB V gültig, der Gesetzgeber sieht dabei vor, dass sich dieser Auszahlungsbetrag um die Sozialversicherungsbeiträge vermindert (§ 44a Absatz 3 Satz 4). Mit der Neuregelung soll laut der Begründung des Gesetzgebers zum § 44a klargestellt werden, „[...] dass die Pflegekasse, das private Versicherungsunternehmen sowie die Festsetzungsstellen für die Beihilfe oder der Dienstherr den jeweiligen Anteil des Beschäftigten an den Sozialversicherungsbeiträgen mit der Zahlung des Pflegeunterstützungsgeldes verrechnen können.“

Bewertung

Die Anpassung ist aus Sicht des Paritätischen sachgerecht.

§ 46 Absatz 3

Träger der Pflegeversicherung

Gesetzesentwurf

Träger der Pflegeversicherung sind nach § 46 weiterhin die Pflegekassen, welche den Krankenkassen in Zukunft 3,2% des Mittelwertes von Leistungs- und Beitragseinnahmen erstatten, um die angefallenen Verwaltungs- und Personalkosten der Krankenkassen zu mindern. Dies begründet der Gesetzgeber damit, dass den Krankenkassen, die für die Pflegeversicherung zuständig sind, **einmalig** erhöhte Verwaltungsaufwendungen im Jahr 2017 entstehen, die mit der Umstellung auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff einhergehen. „Die pauschale Erstattung der Verwaltungskosten in Zeiten deutlicher Leistungsausweitungen führt danach zu Zuwächsen, die über die tatsächliche Verwaltungstätigkeit hinausgehen. Vor diesem Hintergrund ist der bei unveränderter Berechnungsformel sich ergebende Mehrerstattungsbetrag dauerhaft zu hoch [...]“, so die Begründung zu § 46.

Bewertung

Die Anpassung ist aus Sicht des Paritätischen sachgerecht.

§ 94 Absatz 1 Nummer 3, 7 und 8 Personenbezogene Daten bei den Pflegekassen

Gesetzesentwurf

Die Pflegekassen sind dem Gesetzgeber zufolge dazu berechtigt, „*personenbezogene Daten auch zur Prüfung der Leistungspflicht und zur Gewährung von Leistungen an Versicherte im Hinblick auf die in § 28a aufgeführten Ansprüche zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen.*“, so die Begründung zu § 94, jedoch nur insoweit, als es neben den bisher zu beachtenden §§ nunmehr auch für die innenwohnende Aufgabe der Aufklärung und Auskunft zu § 7 (Erbringer) sowie für die Wahrung der Pflegestützpunkte (§ 7c) notwendig ist.

Bewertung

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung des § 28a, der die Leistungsansprüche der Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 integriert und ist demnach sachgemäß.

§ 95 Absatz 1 Nummer 1a Personenbezogene Daten bei den Verbänden der Pflegekassen

Gesetzesentwurf

Auch die Verbände der Pflegekassen können mit dem Gesetzesentwurf personenbezogene Daten erheben, verarbeiten und nutzen, soweit sie neben den bisherigen Regelungen auch „*[...] für die Information über die Erbringer von Leistungen der Prävention, Teilhabe sowie von Leistungen und Hilfen zur Pflege (§ 7) [...]*“ (§ 95), erforderlich sind. Das heißt im Besonderen: „*§ 95 wird um die Ermächtigung der Verbände der Pflegekassen erweitert, personenbezogene Daten der Erbringer von Leistungen der Prävention, Teilhabe sowie von Leistungen und Hilfen zur Pflege erheben, verarbeiten und nutzen zu können, um die Leistungs- und Preisvergleichslisten über das Angebot der Leistungserbringer erstellen, fortschreiben und auf einer Internetpräsenz veröffentlichen zu können (vgl. die Begründung zur Änderung von § 94 Absatz 1 Nummer 7) [...]*“ (Begründung zum § 95).

Bewertung

Die Regelung ist u.a. für die in § 7 genannten Aufgaben der Pflegekasse zur Veröffentlichung dieser Angaben auf der jeweils eigenen Internetpräsenz erforderlich und demnach sachgerecht.

§ 97 Absatz 1 Satz 1 Personenbezogene Daten beim Medizinischen Dienst

Gesetzesentwurf

Der Medizinische Dienst darf nach dem Gesetzesentwurf nunmehr auch für die Prüfungen, Beratungsleistungen sowie gutachterlichen Stellungnahmen nach § 38a in Bezug auf die Prüfung, ob der WG-Zuschlag bei gleichzeitiger Inanspruchnahme von Leistungen der Tages- und Nachtpflege gezahlt werden soll, personenbezogene Daten erheben, verarbeiten und nutzen.

Bewertung

Diese Regelung wird vom Paritätischen abgelehnt. Wir verweisen an dieser Stelle auf die ausführliche Begründung zu § 38a in der BAGFW Stellungnahme (Teil 1).

§ 108 Satz 1

Auskünfte an Versicherte

Gesetzesentwurf

Versicherte sind über die Leistungen zu unterrichten, die im laufenden Jahr, also zeitnah vor Antragstellung, erbracht wurden.

Bewertung

Die bislang bekannte Formulierung im SGB XI sieht vor, dass die Pflegekassen den Versicherten auf Antrag einen Überblick über die im letzten Geschäftsjahr in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten gewähren. Die Bereitstellung der Informationen aus dem laufenden Jahr war bis dato nicht vorgesehen, da das Geschäftsjahr in aller Regel dem Kalenderjahr gleich kommt und es demzufolge an einer rechtlichen Grundlage zur Übermittlung der Informationen aus dem laufenden Jahr fehlte. *„Diese rechtliche Grundlage wird mit der Änderung geschaffen: Nunmehr sind Versicherte auch über die Leistungen zu unterrichten, die im laufenden Jahr, also zeitnah vor Antragstellung, erbracht wurden [...]“*, so die Begründung zum § 108.

Des Weiteren wird mit dieser Neuformulierung *„[...] der Auskunftsanspruch gegenüber den Pflegekassen mit dem Anspruch auf Auskunft gegenüber den Krankenkassen nach § 305 Absatz 1 SGB V harmonisiert [...]“* und solle zu einer Verbesserung der Transparenz des Leistungsgeschehens für die Versicherten führen, so der Gesetzgeber. Die Verlängerung der Auskunftspflicht auf 18 Monate solle zudem den Verwaltungsaufwand der Pflegekassen schüren.

§ 109 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 und Absatz 2 Satz 2 Nummer 3

Pflegestatistiken

Gesetzesentwurf

Das Merkmal „eingeschränkte Alltagskompetenz“ wird in der Statistik gestrichen, da diese im Rahmen des Neuen Begutachtungsassessments nicht mehr festgestellt wird. Des Weiteren werden die Erhebungen zur Situation Pflegebedürftiger und ehrenamtlich Pflegenden um „die Angebote zur Unterstützung im Alltag“ erweitert.

Bewertung

Die Bundesregierung ist berechtigt, jährliche Erhebungen über ambulante sowie stationäre Pflegeeinrichtungen als auch häusliche Pflegearrangements anzuordnen. Diese Bundesstatistik umfasst bislang u.a. den Sachverhalt der betreuten Pflegebedürftigen sowie der Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz. Die Personengruppe mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz ist im Gesetzesentwurf gestrichen, da mit der Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und dem damit verbundenen Neuen Begutachtungsassessment die Erhebung der erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz entfällt (§ 109 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5). Des Weiteren werden die Erhebungen zur Situation Pflegebedürftiger und ehrenamtlich Pflegenden um „die Angebote zur Unterstützung im Alltag“ erweitert. Mit dieser Änderung werden *„[...] nun auch die unter dem Begriff der Angebote zur Unter-*

stützung im Alltag zusammengefassten Hilfen explizit benannt [...]“, so die Begründung zum § 109 Absatz 2 Satz 2 Nummer 3.

Zu 4.: Zusammenarbeit Heimrecht/Pflegeversorgungszulagen

§ 117 Absatz 2 Satz 2 und Absatz 4 Satz 2

Zusammenarbeit mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden

Gesetzesentwurf

Für die Zulassung und Überprüfung von Pflegeeinrichtungen sieht der Gesetzgeber eine Zusammenarbeit der Landesverbände der Pflegekassen, des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung und des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. mit den nach Heimrecht zuständigen Aufsichtsbehörden vor. Diese Instanzen haben die Möglichkeit, Modellvorhaben zur Qualitätsprüfung von Pflegeeinrichtungen auf den Weg zu bringen. In diesem Falle muss nicht an die in § 114a Absatz 7 und § 115 Absatz 1a festgelegten Richtlinien und Bundesvereinbarungen festgehalten werden. Der Bezug zum ehemaligen § 115 Absatz 1a Satz 6 wird aufgrund der Änderung des § 115 Absatz 1a (Neuformulierung) aufgehoben.

Die Prüfergebnisse sind laut § 117 Absatz 4 Satz 2 von den durchführenden Prüfungsinstanzen der der heimrechtlichen Vorschrift nach zuständigen Aufsichtsbehörde mitzuteilen. Davon unberührt bleibt weiterhin § 115 Absatz 1 Satz 1. Infolge der Aufhebung des § 115 Absatz 1 Satz 2 wird der Passus bezüglich § 115 Absatz 1 Satz 2 gestrichen.

Bewertung

§ 117 Absatz 2 Satz 2 ist eine Folgeänderung basierend auf den Änderungen zum § 115 Absatz 1a. Die Streichung des Passus „§ 115 Absatz 1 Satz 2“ im § 117 Absatz 4 Satz 2 ist folgerichtig mit Blick auf die Veränderungen des zugrundeliegenden § 115 Absatz 1. Grundsätzlich ist die weiterhin bestehende Möglichkeit zur Abweichung in Bezug auf die Richtlinien nach § 114a Absatz 7 und § 115 Absatz 1a zu begrüßen, da dies ein Hinweis darauf ist, dass es sich um neue Erkenntnisse handeln kann, die in späteren Verhandlungen Gegenstand werden können. Die Verbände der Pflegeeinrichtungen, so bereits die Forderung des Paritätischen zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung, sind deshalb in die Modellvorhaben einzubeziehen.

§ 127 Absatz 2 Nummer 4 und 5

Pflegevorsorgezulage; Fördervoraussetzungen

Gesetzesentwurf

Es handelt sich um Folgeänderungen zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der fünf Pflegegrade. Die bisherigen Verweise auf die Pflegestufen unter den Nummern 4. und 5. sind durch entsprechende Verweise auf die in § 15 Absatz 3 aufgeführten Pflegegrade zu ersetzen. Mit Blick auf die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs streicht der Gesetzgeber die bisherigen Sonderregelungen für Versicherte mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz und den Verweis auf § 45a in § 127 Absatz 2 Nummer 5.

Bewertung

Weiterhin hält der Gesetzgeber an der Pflegevorsorgezulage fest. Demnach haben zulageberechtigte Personen, leisten sie einen monatlichen Mindestbeitrag von 10 Euro im Kalenderjahr für eine förderfähige Pflege-Zusatzversicherung, Anspruch auf eine monatliche Zulagenhöhe von 5 Euro. Dabei sind nach § 127 Absatz 2 Nummer 4 „[...] die Voraussetzungen, die ein Versicherungsunternehmen hinsichtlich einer förderfähigen privaten Pflege-Zusatzversicherung zu erfüllen hat, [...] an den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und dessen rechtliche Umsetzung anzupassen. Die bisherigen Verweise auf die Pflegestufen unter den Nummern 4. und 5. sind durch entsprechende Verweise auf die in § 15 Absatz 3 aufgeführten Pflegegrade zu ersetzen.“ (Begründung zum § 127).

Der Paritätische hat bereits in seiner „Stellungnahme zum Referentenentwurf für ein Fünftes Gesetz zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Leistungsausweitung für Pflegebedürftige, Pflegevorsorgefonds (Fünftes SGB XI – Änderungsgesetz – 5. SGB XI-ÄndG)“ sowie im allgemeinen Teil dieser Stellungnahme auf die Fragwürdigkeit der zusätzlichen privaten kapitalgedeckten Pflegeabsicherung hingewiesen. Der Paritätische wird nicht müde zu betonen, dass eine solche Klausel gegen ein solidarisches Prinzip der Finanzierung der Pflege kämpft und die Schere zwischen Verlierern und Gewinnern der Reform nochmals verbreitert. Seit Einführung der privaten Pflegeabsicherung sind geringe Versicherungsabschlüsse zu verzeichnen, was doch deutlich machen sollte, dass ein solches Konzept seitens der Versicherten auf Ablehnung stößt. Ein Festhalten des Gesetzgebers an einem solchen Konstrukt stößt den Versicherten vor den Kopf. *„Während die soziale Pflegeversicherung sich ständig am Rande der Finanzierbarkeit bewegt, konnte die private Pflegeversicherung angesichts der günstigeren Risiken und der höheren finanziellen Leistungsfähigkeit der dort Versicherten enorme Rücklagen anhäufen.“* (Stellungnahme des Paritätischen zum Referentenentwurf für ein Fünftes Gesetz zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Leistungsausweitung für Pflegebedürftige, Pflegevorsorgefonds (Fünftes SGB XI-Änderungsgesetz – 5. SGB XI-ÄndG)).

Lösungsvorschlag

Der Paritätische fordert, eine solche private zusätzliche Pflegeabsicherung abzuschaffen und stattdessen den solidarischen Ausbau der bestehenden Pflegeversicherung zu einer sozialen Bürgerversicherung durch Zusammenführung der sozialen und der privaten Pflegeversicherung voranzutreiben und die Gelder für die Verhinderung der Schlechterstellung Pflegebedürftiger, vor allem in den Pflegegraden 2 und 3, zu verwenden. An dieser Stelle verweist der Paritätische auf die Stellungnahme der in der BAGFW kooperierenden Verbände zu Punkt 3. „Überleitung Pflegesätze“ und damit auf die grundsätzliche Forderung, die Leistungsbeträge der Pflegeversicherung unter Berücksichtigung der dauerhaften Sicherung der Realwertkonstanz anzuheben.

Zu 5.: Eingliederungshilfe

§ 35a

Teilnahme an einem trägerübergreifenden Persönlichen Budget nach § 17 Abs. 2 bis 4 des Neunten Buches

Gesetzesentwurf

Bedauerlicherweise sind auch in diesem Gesetzesentwurf keine Änderungen hinsichtlich der Inanspruchnahme der SGB XI-Leistungen als Teil eines trägerübergreifenden Persönlichen Budgets vorgesehen.

Bewertung

Die bisherigen Formulierungen konterkarieren die Bestrebungen der Bundesregierung, das Persönliche Budget als eine akzeptierte Leistungsform für Menschen mit Behinderung zu entwickeln. Pflegeleistungen gem. SGB XI sollten zumindest für Menschen mit Behinderung, die auch Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten, als Geldleistung in das Persönliche Budget integriert werden können. Dies ist eine langjährige Forderung des Paritätischen.

Lösungsvorschlag

Die bestehende Gutscheinregelung beim Persönlichen Budget ist für Menschen mit Behinderung abzuschaffen.

§ 36

Pflegesachleistung

Gesetzesentwurf

Die Leistungen der Pflegeversicherung nach § 36 Abs. 1 SGB XI sollen künftig in „körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung“ unterschieden werden. Dabei wird auf den Begriff Grundpflege verzichtet, was grundsätzlich zu begrüßen ist. Allerdings fehlt auch bei der Unterscheidung zwischen körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen der fachliche Bezug zum neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff. Hinzu kommt, dass diese Unterscheidung auch bei den niedrigschwelligen Angeboten gem. § 45 a ff. kaum adäquat zur Anwendung kommen kann. Mit der Unterscheidung wird eine am Menschen ausgerichtete ganzheitliche Leistungserbringung unnötig kleinteilig zergliedert, was in der Praxis zu Streitigkeiten hinsichtlich der Zuordnung und Erbringung der Leistungen nicht nur innerhalb des SGB XI, sondern insbesondere auch bei der Leistungserbringung für Menschen mit Behinderung im Rahmen der Eingliederungshilfe gem. §§ 53 und 54 SGB XII.

Bewertung

Der Gesetzesentwurf lässt die geplante Neuausrichtung der Eingliederungshilfe im Bundesteilhabegesetz unberührt, die „Nachwehen“ des neuen § 36 und das zukünftige Zusammenwirken der Eingliederungshilfe und der Pflegeversicherung sind somit kaum einzuschätzen.

Trotz Überarbeitung des § 36 bleiben Fragen unbeantwortet. Der Paritätische warnt davor, im SGB XI Neuerungen vorzunehmen, ohne die Sozialhilfe zu modifizieren, da dadurch Brüche und Kompatibilitätsprobleme entstehen können, die im Endeffekt zulasten der Betroffenen gehen, anstatt sie zu unterstützen.

Lösungsvorschlag

Der Paritätische fordert den Gesetzgeber auf, die Pflegereform nicht losgelöst vom geplanten Bundesteilhabegesetz durchzuführen. Mit der Pflegereform muss eine Modifizierung in den heute bestehenden Pflege- und Eingliederungshilfeleistungen der

Sozialhilfe erfolgen. Gleiches gilt für die Leistungen nach § 45a Abs. 4. Des Weiteren sollte auf die Unterscheidung zwischen körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen verzichtet und künftige Leistungen am neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff ausgerichtet werden, wobei die künftigen pflegerischen Maßnahmen vergleichbar den heute bestehenden, nicht abschließenden Leistungen gem. § 61 Abs. 1 Satz 2 SGB XII als Leistungskatalog offen formuliert werden sollten.

§ 37 Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen

Gesetzesentwurf

Anstelle einer häuslichen Pflegehilfe können Pflegebedürftige in den Pflegegraden 2 bis 5 nach § 37 Absatz 1 Pflegegeld beantragen, um deren Umfang entsprechende körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsleistungen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung sicherzustellen. Für den Pflegegrad 2 sind 316 €, für den Pflegegrad 3 545 €, für den Pflegegrad 4 728 € und für den Pflegegrad 5 901 € vorgesehen. Der Gesetzesentwurf sieht in § 37 Absatz 2 Satz 2 eine Fortgewährung der Hälfte des bezogenen Pflegegeldes während einer Kurzzeitpflege nach § 42 für bis zu acht Wochen, während der Verhinderungspflege nach § 39 für bis zu sechs Wochen vor. Nach § 37 Absatz 3 wird die Vergütung für die Beratung in der eigenen Häuslichkeit für die Pflegegrade 2 und 3 (halbjährlich) auf bis zu 23 € und für die Pflegegrade 4 und 5 (vierteljährlich) auf bis zu 33 € festgelegt. Pflegebedürftige im Pflegegrad 1 haben halbjährlich Anspruch auf einen Beratungsbesuch, der mit dem Satz für die Pflegegrade 2 und 3 vergütet wird. Pflegebedürftige, die von einem ambulanten Pflegedienst Pflegesachleistungen beziehen, haben ebenfalls einen halbjährlichen Anspruch auf einen Beratungsbesuch, der nach Satz 3 bis 5 vergütet wird.

Bewertung

Der Paritätische begrüßt die zeitliche Erweiterung der hälftigen Fortgewährung des Pflegegeldes im Falle einer Kurzzeit- oder Verhinderungspflege auf acht bzw. sechs Wochen. Wünschenswert wäre allerdings, dass das Pflegegeld nicht nur in hälftiger Höhe, sondern in voller Höhe fortgewährt und die Zeitspanne im Falle der Flexibilisierung der Verhinderungspflege ebenfalls auf bis zu acht Wochen ausgedehnt werden wird. Gleiches gilt im Rahmen der Kombinationsleistung nach § 38.

Dass Pflegesachleistungsbezieher künftig ebenfalls mit dem neuen Gesetzesentwurf Anspruch auf Beratung im häuslichen Umfeld haben, begrüßen wir. Wir möchten an dieser Stelle auf die grundlegenden Positionen der in der BAGFW kooperierenden Verbände bzgl. des § 37 verweisen.

Lösungsvorschlag

Der Paritätische fordert, das Pflegegeld nicht mehr nur allein zur Hälfte im einer Kurzzeit- oder Verhinderungspflege zu gewähren, sondern im vollen Umfang den Betroffenen bereitzustellen. Ferner ist die Kombinationsleistung nach § 38 dahingehend anzupassen.

§ 39

Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson

Gesetzesentwurf

Pflegepersonen von Pflegebedürftigen in den Pflegegraden 2 bis 5 haben Anspruch auf Verhinderungspflege. Weitere Überarbeitungen sind redaktioneller, an den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff angepasster Natur.

Bewertung

Grundsätzlich möchten wir an dieser Stelle ebenfalls auf die maßgeblichen Hinweise und Positionen in der Stellungnahme der in der BAGFW kooperierenden Verbände zum Pflegestärkungsgesetz 2 hinweisen.

Darüber hinaus möchte sich der Paritätische dafür aussprechen, die Flexibilisierung der Verhinderungspflege voranzutreiben, so wie es für die Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 2 durchgesetzt wurde. Hier wäre es ebenso ratsam, den Höchstbetrag von 3.224 € zu adaptieren und auf bis zu acht Wochen pro Kalenderjahr zu setzen. Nur so kann es gelingen, den Betroffenen die volle Leistungsausschöpfung zu ermöglichen. Zudem gibt diese Flexibilisierung monetärer sowie zeitlicher Art den Betroffenen sowie deren Angehörigen mehr Spielraum, auch im Hinblick auf eventuell entstehende Betreuungsengpässe. Zusätzlich hat der Paritätische bereits seinerzeit zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung wie folgt Stellung bezogen: *„Der Paritätische vertritt die Auffassung, dass die Karenz von sechs Monaten vor Inanspruchnahme von Verhinderungspflege, d. h. § 39 Absatz 1 Satz 2 SGB XI, ersatzlos zu streichen ist.“* Dieser Forderung ist der Gesetzgeber bislang bedauerlicherweise nicht nachgekommen.

Ferner ist festzustellen, dass in der Praxis bei Verhinderung der Pflegeperson zu wenig Angebote der Kurzzeitpflege in Einrichtungen für Menschen mit Behinderung vorhanden sind, was Engpässe, Wartezeiten und Aufnahmen in vollstationären Pflegeeinrichtungen zur Folge hat.

Lösungsvorschlag

Anpassung des § 39 an § 42 Absatz 2, um den Anspruchsbereich auf acht Wochen hochzusetzen und den Höchstbetrag auf 3.224 € pro Kalenderjahr festzuschreiben. § 39 Absatz 1 Satz 2 SGB XI ist ersatzlos zu streichen.

§ 41

Tagespflege und Nachtpflege

Gesetzesentwurf

Die Regelungen zur Tagespflege und Nachtpflege sind notwendige Folgeänderungen, die sich aus der Neufassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs ergeben.

Bewertung

In Bezug auf die Regelungen im § 41 verweist der Paritätische auf die grundlegenden Positionen in der Stellungnahme der in der BAGFW kooperierenden Verbände zum PSG II.

Darüber hinaus wollen vor allem berufstätige Eltern von Kindern mit Behinderung insbesondere das Angebot der Tages- und Nachpflege während der Schulferien in Anspruch nehmen, da die Angebote der Ferienbetreuung Kindern mit schweren Behinderungen oftmals versagt werden. Der Paritätische sieht hier dringenden Handlungsbedarf.

Lösungsvorschlag

Der Paritätische schlägt vor, Modellprojekte für Leistungen der Tagespflege zu initiieren, die sich insbesondere auf den Bedarf während der Schulferien fokussieren.

§ 43a

Vollstationäre Pflege – Inhalt der Leistung

Gesetzesentwurf

Der Gesetzesentwurf sieht in Bezug auf den Inhalt der Leistungen für Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe keine Neuerungen, sondern redaktionelle Anpassungen an den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff vor.

Bewertung

Nach § 43a übernimmt die Pflegekasse für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 in einer vollstationären Einrichtung der Behindertenhilfe, in der die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung behinderter Menschen im Vordergrund des Einrichtungszweckes stehen, zur Abgeltung der pflegebedingten Aufwendungen, der Aufwendungen der sozialen Betreuung und der medizinischen Behandlungspflege nur 10 Prozent des nach § 75 Abs. 3 SGB XII vereinbarten Heimentgeltes, maximal bis 266 Euro im Monat. Aus Sicht des Paritätischen stellt dies eine außerordentliche Ungleichbehandlung von pflegebedürftigen Menschen mit Behinderung in den oben aufgeführten Einrichtungen dar, führt zu Aufnahmen von jungen Menschen mit Behinderung in Altenpflegeheimen und ist so für den Verband nicht tragbar. Menschen mit Behinderung haben einen Anspruch auf gleichberechtigten Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung.

Ferner ist festzustellen, dass die Umsetzung der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie zu § 37 SGB V in Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe in der Praxis häufig daran scheitert, dass die Krankenkassen die Übernahme der Kosten ablehnen und es in Folge zu Streitigkeiten zwischen Sozialhilfe und Krankenkasse kommt.

Lösungsvorschlag

Die Sonderregelung des § 43a SGB XI ist ersatzlos zu streichen. Solange jedoch § 43a SGB XI gilt, ist mit der Reform ausdrücklich klarzustellen, dass für Menschen mit Behinderung die medizinische Behandlungspflege gem. § 37 SGB V in Einrichtungen der Behindertenhilfe von den Leistungen des § 43a SGB XI unberührt bleiben und somit neben diesen zu gewähren ist.

Teilhabe und Pflege – Schnittstelle zum geplanten Bundesteilhabegesetz

Die geplanten Änderungen des PSG II und die eingeführten Änderungen des PSG I tangieren die Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung gem. §§ 53/54 SGB XII und die geplante Schaffung eines modernen Bundesteilhabegesetzes. Daher hat der Paritätische das Papier „Teilhabe und Pflege – Position des Paritätischen

zu Leistungen für Menschen mit Behinderung im Rahmen der Reform der Pflegeversicherung und des geplanten Bundesteilhabegesetzes“ vorgelegt, mit dem auf Problemlagen und Schnittstellen bei der Einführung eines Bundesteilhabegesetzes in Verbindung mit dem Pflegeversicherungsgesetz aufmerksam gemacht werden soll. Das Positionspapier ist als Anlage beigefügt.

Zu 6.: Artikel 5 – Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 37 Abs. 2

Häusliche Krankenpflege Streichung des Teilsatzes Abs. 2 Satz 1

Gesetzesentwurf

Der Gesetzesentwurf sieht die Streichung des folgenden Teilsatzes in § 37 Abs. 2 Satz 1 vor: „; der Anspruch umfasst verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen auch in den Fällen, in denen dieser Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14 und 15 des Elften Buches zu berücksichtigen ist.“

Bewertung

Zur Schnittstelle des SGB V führt die Stellungnahme der BAGFW in den §§ 15 und 36 SGB XI entsprechend aus. Der Gesetzesbegründung ist zu entnehmen, dass technische Anpassungen im Bereich des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vorgenommen werden. Mit den Anpassungen seien aber keine Leistungsverchiebungen zwischen der sozialen Pflegeversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung verbunden. Aus Sicht des Paritätischen ist die o.g. Streichung demnach nicht einleuchtend.

Lösungsvorschlag

Um klarzustellen, dass für Pflegebedürftige weiterhin Anspruch auf krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen im SGB V haben, ist aus Sicht des Paritätischen im Gesetztext auf die vorgesehene Streichung zu verzichten.

Berlin, den 25. September 2015

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e.V.

Oranienburger Straße 13-14, 10178 Berlin, <http://www.paritaet.org>

Ansprechpartner:

Ingke List, Thorsten Mittag & Anuschka Novakovic

Anlagen:

- Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) zum Gesetzesentwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II)
- Teilhabe und Pflege – Position des Paritätischen zu Leistungen für Menschen mit Behinderung im Rahmen der Reform der Pflegeversicherung und des geplanten Bundesteilhabegesetzes



Stellungnahme zum Gesetzentwurf für ein Zweites Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II)

Inhalt	Seite
Zusammenfassung	2
Stellungnahme	13
1. Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff	13
2. Angebote zur Unterstützung im Alltag, Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags (Umwandlungsanspruch), Entlastungsbetrag, Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und des Ehrenamts	46
3. Leistungserbringungsrecht und Überleitung Pflegesätze stationär	55
4. Qualitätssicherung	68
Anlage	81
(Gesetzentwurf zur Änderung der Bestimmungen des Elften Kapitels des Elften Buches Sozialgesetzbuch über die Qualitätssicherung)	

Berlin, 25.09.2015

www.bagfw.de
info@bagfw.de

Zusammenfassung

Paradigmenwechsel durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff

Die BAGFW begrüßt, dass mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des Neuen Begutachtungsinstruments der notwendige Paradigmenwechsel in der Pflegeversicherung endlich eingeleitet wird. Damit wird die seit 20 Jahren bestehende systemisch bedingte Ungleichbehandlung von somatisch und kognitiv beeinträchtigten Menschen aufgehoben. Pflegerische Betreuungsmaßnahmen werden als neue gleichrangige Leistung ins SGB XI eingeführt und stehen künftig allen pflegebedürftigen Menschen zur Verfügung. Die alte defizitorientierte Sichtweise auf Pflege wird abgelöst durch ein neues Verständnis von Pflege, das den Blick auf die noch bestehenden Fähigkeiten und Ressourcen lenkt, um die Selbständigkeit der Person zu erhalten oder wieder herzustellen. Prävention und Rehabilitation rücken somit in den Vordergrund. Die BAGFW bittet, den Begriff der „körperbezogenen Pflegemaßnahmen“, der den bisherigen, veralteten Begriff der Grundpflege ersetzen soll, dringend pflegewissenschaftlich zu überprüfen. Um zu vermeiden, dass durch diesen Begriff die Dichotomie zwischen somatischer Pflege und Betreuung, die durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff überwunden wird, leistungsrechtlich wieder eingeführt wird, schlagen wir vor, Art und Umfang der Leistungen in § 4 mit „pflegerischen Maßnahmen i.S. des § 14 Absatz 2 und Hilfen zur Haushaltsführung“ zu ersetzen.

Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Die BAGFW begrüßt, dass das Gutachten den Antragstellern künftig automatisch übersandt wird. Dies entspricht einer langjährigen Forderung. Die BAGFW setzt sich zudem dafür ein, dass pflegebedürftige Menschen, die nach verkürzten Fristen begutachtet werden, wie z.B. nach Krankenhausaufenthalt nicht nur vorläufig, sondern in einen konkreten Pflegegrad eingestuft werden. Diese Einstufung kann ggf. auch befristet werden.

Umsetzung des neuen Pflegebegriffs in den leistungsrechtlichen Regelungen

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff wird inhaltlich und leistungsrechtlich vollumfänglich in den §§ 28 ff. umgesetzt. Dies spiegelt sich auch im neuen § 28 wider, welcher die Leistungsarten der Pflegeversicherung aufzählt. Der Umwandlungsanspruch in Ziffer 12a passt aus unserer Sicht rechtssystematisch dort nicht, denn er beschreibt keine Leistungsart, sondern nur eine Form der Leistungsanspruchnahme. Generell weist die BAGFW darauf hin, dass der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff mit dem PSG II noch nicht im SGB XII verankert wurde. Die Leistungsarten nach § 28 und die Leistungen nach § 28a SGB XI müssen umgehend in die Hilfe zur Pflege gemäß § 61 SGB XII aufgenommen werden. Dabei ist sicherzustellen, dass die Leistungen des bedarfsdeckenden Systems der Hilfe zur Pflege auch andere und weitergehende Hilfen als die des SGB XI umfassen müssen.

Die BAGFW bewertet positiv, dass auch der Pflegegrad 1 zum Zweck der Erhaltung und Wiederherstellung der Selbständigkeit und der Vermeidung schwererer Pflegebedürftigkeit leistungsrechtlich ausgestaltet wird.

Schnittstelle zur häuslichen Krankenpflege klar regeln

Die leistungsrechtlichen Folgen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs werden im SGB V nicht ausgeführt. Mit PSG II, insbesondere mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, dürfen keine Leistungsverchiebungen zwischen der sozialen Pflegeversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung verbunden sein und die Ansprüche der Versicherten auf Leistungen nach dem SGB V müssen dementsprechend unberührt bleiben. Das muss explizit auch – für die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V gelten. In § 37 Absatz 2 SGB V muss daher wiederaufgenommen werden, dass der Anspruch auf häusliche Krankenpflege auf für krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen gelten soll, die bereits der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14 und 15 des Elften Buches berücksichtigt wurden. Bei § 36 SGB XI ist klarzustellen, dass die körperbezogenen Pflegemaßnahmen nicht dazu gehören, soweit diese im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V zu leisten sind.

Weiterentwicklung der Pflegeberatung nach § 37 Absatz 3

Die BAGFW unterstützt das Anliegen des Gesetzentwurfs, den Beratungspflichtein-satz nach § 37 Abs. 3 mit einer neuen Qualität zu versehen durch die Verabschie-dung von Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche durch die Vertragsparteien nach § 113. Dieses Ziel wird mit der vorgeschlagenen Neuregelung alleine jedoch in keinster Weise erreicht. Es bedarf zudem einer entsprechend höhe-ren, angemessenen Vergütung. Eine qualitätsgesicherte Beratung ist mit 23 Euro bzw. 33 Euro nicht möglich.

Verhinderungs- und Kurzzeitpflege vollständig harmonisieren

Versicherte können Kurzzeitpflege für die Dauer von bis zu acht Wochen aus nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Verhinderungspflege nehmen, während Verhin-derungspflege umgekehrt nur für die Dauer von bis zu sechs Wochen aus nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege abrufbar ist. Diese unterschiedli-che Leistungsdauer führt bei den Versicherten zu Unverständnis und Intransparenz. Die BAGFW bittet zu prüfen, ob die maximale Inanspruchnahme der Verhinderungs-pflege von sechs auf acht Wochen verlängert werden kann. Ausdrücklich begrüßt wird hingegen die Neuregelung zur Fortgewährung des Pflegegelds bei Kurzzeit- und Verhinderungspflege im Sinne einer Anpassung der durch das PSG I flexibilisierten Höchstbezugsdauern. Die BAGFW bittet allerdings zu prüfen, ob das Pflegegeld nicht in voller statt in halber Höhe fortgewährt werden kann. Des Weiteren plädieren wir dafür, die Vorpflegezeiten bei der Verhinderungspflege abzuschaffen und gesetz-liche Klarstellungen zur stundenweisen Inanspruchnahme der Verhinderungspflege vorzunehmen.

Fahrtkosten in der Tagespflege refinanzieren

Mit dem PSG II wird der Ausbau der Tagespflege zu einer eigenständigen Leistung bestätigt. Nicht gelöst ist bisher das Praxisproblem, dass die Höhe der Beförderungskosten bislang oft nicht ausreichend refinanziert wird, insbesondere dann, wenn eine zweite Person zur Betreuung während der Fahrt oder für die Abholung aus der Wohnung erforderlich ist.

Praxisprobleme bei den ambulant betreuten Wohngruppen beseitigen

Die BAGFW setzt sich dafür ein, dass auch Menschen, die in ambulant betreuten Wohngruppen leben, uneingeschränkter Zugang zur Tages- und Nachtpflege haben. Das Argument des Missbrauchs der Regelungen zu § 38a darf nicht dazu führen, dass Menschen in Wohngruppen anders behandelt werden als Menschen, die in ihrer angestammten Häuslichkeit leben. Die BAGFW sieht bei drei weiteren Praxisproblemen, die zur Ablehnung der Zahlung des pauschalen Zuschlags für die Präsenzkraft geführt haben, gesetzgeberischen Handlungsbedarf: 1. Es muss klar gestellt werden, dass von einer gemeinsamen Wohnung auch dann ausgegangen werden muss, wenn die Privaträume über einen eigenen Sanitärbereich verfügen. 2. Als Beauftragung der Präsenzkraft muss auch gelten, wenn die Bewohner/innen der ambulanten Wohngruppe einen Pflegedienst beauftragen, der dann wiederum die Präsenzkraft stellt. 3. Der Begriff der „anbieterverantworteten ambulant betreuten Wohngruppe“ ist zu streichen.

Qualität der Angebote zur Unterstützung im Alltag ohne Preisdumping sicherstellen

Die BAGFW begrüßt die Systematisierung der Regelungen zu den Angeboten der Unterstützung im Alltag, die in § 45a vorgenommen wird, wenngleich sie die Differenzierung zwischen Entlastungs- und Betreuungsangeboten, die schon durch das PSG I erfolgt ist, nach wie vor für schwierig erachtet. In der Gesetzesbegründung sollte klargestellt werden, dass gewerbliche Angebote in diesem Bereich sozialversicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnisse vorzuhalten haben und nachweislich mindestens Mindestlohn zu bezahlen haben. Bei der Umsetzung der Regelungen für diese Angebote in den Länderverordnungen hat sich gezeigt, dass die Länder bestrebt sind, Preisobergrenzen sowohl für die Entlastungs- und Betreuungsangebote als auch für die Angebote der zugelassenen Pflegedienste festzulegen. Einen solchen Eingriff in den Wettbewerb halten wir für nicht sachgerecht. Gänzlich ordnungspolitisch verfehlt ist eine solche Regelung für die ambulanten Pflegedienste, denn der Entlastungsbetrag nach § 45b kann auch für dessen Regelleistungen eingesetzt werden.

Entlastungsbetrag als jährliches Budget ausgestalten

Die BAGFW begrüßt grundsätzlich die Einführung eines Entlastungsbetrags im ambulanten Bereich. Dieser soll von den Leistungen zum Ausgleich der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit und Fähigkeiten entkoppelt sein, damit die pflegenden Angehörigen ihn auch wirklich zu ihrer Entlastung nutzen. Die in der BAGFW kooperierenden Verbände weisen in diesem Zusammenhang jedoch, wie bereits im Rahmen ihrer Stellungnahmen zum PSG I erneut darauf hin, dass der Umwandlungsanspruch in Höhe von 40 Prozent der Pflegesachleistung im jeweiligen Pflegegrad zu

einem hohen bürokratischen Aufwand führt und die Unübersichtlichkeit der Leistungen im SGB XI nicht reduziert, sondern sogar noch erhöht. Grund hierfür ist, dass die Inanspruchnahme der Unterstützungsangebote von Monat zu Monat variiert, aber bezogen auf denselben Monat mit den Sachleistungs- und Pflegegeldleistungsansprüchen verrechnet werden muss. Da die Kostenerstattung der Angebote zur Unterstützung im Alltag jedoch frühestens im Folgemonat des Monats der Inanspruchnahme nach Rechnungslegung erfolgen kann, und die Pflegesachleistung und das Pflegegeld zu diesem Zeitpunkt schon verrechnet sind, muss der Versicherte sich regelmäßig bei seiner Pflegekasse erkundigen, wieviel Budget ihm zur Verfügung steht, um etwaige Fehlbeträge nicht selbst ausgleichen zu müssen. Die BAGFW hat bereits im Rahmen des Expertenbeirats als Alternative einen jährlichen Entlastungsbetrag vorgeschlagen, der sich aus den Mitteln der Verhinderungspflege, Kurzzeitpflege und dem Entlastungsbetrag nach dem jetzigen § 45b speisen soll. Danach stünden dem Pflegebedürftigen im Kalenderjahr insgesamt 4724 Euro zur Verfügung, die er ganz flexibel für alle Leistungen nach § 45b Absatz 1 Satz 3 Nummer 1-4 einsetzen könnte.

Sollte der Gesetzgeber bei dem monatlichen Entlastungsbetrag nach § 45b bleiben, fordert die BAGFW eine Klarstellung, dass die Inanspruchnahme des 40prozentigen Umwandlungsbetrags der Pflegesachleistung nicht erst möglich ist, wenn der Betrag nach § 45b Absatz 1 ausgeschöpft ist.

Abschläge bei den Rentenversicherungsbeiträgen aufgrund von Kombinationsleistungs- oder vollumfänglichem Sachleistungsbezug sind verfehlt

Die Leistungen der sozialen Sicherung der Pflegeperson werden aufgrund der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs übergeleitet und teilweise neugeregelt. Auch die neue Regelung sieht wiederum eine Staffelung innerhalb des jeweiligen Pflegegrades bei den Bezugswerten für die Rentenversicherungsbeiträge vor, sie differenziert nun nicht nach den Pflegezeiten, sondern danach, ob nur Pflegegeld bezogen wird oder auch Kombinationspflege oder Pflegesachleistung im vollen Umfang. Nach Auffassung der BAGFW trägt gerade die Inanspruchnahme von Pflegesachleistungen und anderen Unterstützungsangeboten zu einer Stabilisierung der häuslichen Pflegesettings bei und auch zu einer Gesundheitsförderung der pflegenden Angehörigen. Es ist gerade wünschenswert, dass pflegende Angehörige lernen, Hilfe und Unterstützung anzunehmen. Abschläge bei den jeweiligen Bezugsgrößen für die Rentenversicherungsbeiträge in Höhe von 15 Prozent bei Kombinationsleistungen bzw. von 30 Prozent bei ambulanten Pflegesachleistungen sind kontraindiziert und deshalb abzulehnen. Des Weiteren plädiert die BAGFW dafür, auch Pflegepersonen von Versicherten mit Pflegegrad 1 in die Regelungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen einzubeziehen. Die Regelungen zum Besitzstandsschutz in der häuslichen Pflege und zur sozialen Sicherung der Pflegeperson sind zu begrüßen.

Eigener Rechtsanspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung/ Vergütungszuschlag in stationären Pflegeeinrichtungen ohne Einzelnachweisführung

Die BAGFW begrüßt nachdrücklich, dass pflegebedürftige Menschen nun einen eigenen Rechtsanspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären

Pflegeeinrichtungen haben. Hierbei fehlt jedoch die korrespondierende Regelung für die Nichtversicherten im SGB XI. Die BAGFW hatte sich stets für den Erhalt des Vergütungszuschlags für die zusätzlichen Betreuungskräfte eingesetzt und begrüßt, dass diese Regelung Eingang in das PSG II gefunden hat. Mit den Regelungen in § 43b SGB XI werden die stationären Einrichtungen verpflichtet, entsprechendes Personal einzustellen, für welches sie einen Vergütungszuschlag nach den Maßgaben der §§ 84 Absatz 8 und 85 Absatz 8 SGB XI neu erhalten. D.h., die Einrichtungen müssen unabhängig von der täglich wechselnden Inanspruchnahme Anspruch auf Refinanzierung der Kosten haben, denn sie müssen das Personal für die zusätzliche Betreuung unabhängig von der Inanspruchnahme der Leistung durch die Pflegebedürftigen vorhalten. Dies ist in der Gesetzesbegründung klarzustellen.

Benachteiligung der unteren Pflegegrade in der vollstationären Pflege

Es erfolgt eine Neustaffelung der Leistungsbeträge. Pflegegrad 2 werden 770 Euro monatlich zugemessen, Pflegegrad 3 1262 Euro, Pflegegrad 4 1775 Euro und Pflegegrad 5 2005 Euro. Kritisch anzumerken ist, dass es bei den Leistungssätzen im Pflegegrad 2 und 3 zu Absenkungen kommt, die vor allem beim Pflegegrad 2 erheblich sind. In der Gesetzesbegründung findet sich kein Hinweis, nach welchen Grundsätzen die Festsetzung der Leistungshöhe für den Pflegegrad 2 vorgenommen wurde. Die Spreizung der Leistungshöhen zwischen den Pflegegraden wird mit der EViS-Studie begründet, aus den Aufwandsrelationen der EViS-Studie sind diese aber nicht ableitbar. Bei einem Vergleich der Leistungen zwischen der ambulanten und der vollstationären Sachleistung ist zudem zu bedenken, dass die medizinische Behandlungspflege im vollstationären Bereich in den Pflegesatz einberechnet wird und damit über den Eigenanteil vom Bewohner allein zu tragen ist. Betrachtet man den Leistungssatz im Pflegegrad 2 zusammen mit dem einrichtungsindividuellen Eigenanteil, der heute für Personen im künftigen Pflegegrad deutlich unter dem künftigen Eigenanteil liegt, wird es Menschen in Pflegegrad 2 künftig deutlich erschwert, in die vollstationäre Pflegeeinrichtung einzuziehen. Die BAGFW hält es zudem für geboten, den seit 20 Jahren im SGB XI vorzufindenden Grundsatz der „Heimbedürftigkeit“ aufzuheben, der mit den Neuregelungen der Absenkung der Leistungssätze auf 80 Prozent im PSG II sogar nochmals verstärkt wird.

Die Regelungen zum Besitzstandsschutz in der vollstationären Pflege werfen verschiedene Fragen auf und sind nicht abschließend zu bewerten

Bei pflegebedürftigen Menschen, die Leistungen nach § 43 SGB XI erhalten und in einer vollstationären Pflegeeinrichtung leben, bezieht sich der Besitzstandsschutz nicht auf die regelmäßig wiederkehrenden Leistungen nach § 43 SGB XI, sondern auf den bis zum 31.12.2016 bezahlten Eigenanteil bei den pflegebedingten Aufwendungen. Dies ist im Gesamtkonzept der geplanten einrichtungseinheitlichen Eigenanteile zu sehen, dennoch wirft die Regelung verschiedene Fragen auf. Die Höhe des Besitzstandsschutzes wird durch die Differenz des bisherigen Eigenanteils und des neuen einrichtungseinheitlichen Eigenanteils im ersten Monat nach der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs bestimmt. Es muss hier klargestellt werden, dass temporäre Schwankungen des Eigenanteils, etwa durch Abwesenheitstage, bei der Bemessung des Besitzstandsschutzes außer Betracht bleiben.

Einrichtungseinheitliche Eigenanteile

Für die Pflegegrade 2 bis 5 sind in den Pflegesatzverhandlungen erstmals so genannte einrichtungseinheitliche Eigenanteile zum 01.01.2017 zu vereinbaren. Die einrichtungseinheitlichen Eigenanteile werden, so der Gesetzgeber in seiner Begründung, ausgehend von dem jeweiligen prospektiven Versorgungsaufwand abzüglich der Summe des Leistungsbetrages nach § 43 ermittelt. Mit der Umstellung auf die einrichtungseinheitlichen Eigenanteile soll erreicht werden, dass der von den Pflegebedürftigen bzw. vom zuständigen Sozialhilfeträger zu tragende Eigenanteil nicht mehr mit der Schwere der Pflegebedürftigkeit steigt. Grundsätzlich begrüßt die BAGFW die Absicht, eine Mehrbelastung der höheren Pflegegrade zu verhindern.

Durch die einrichtungseinheitlichen Eigenanteile werden die Kosten für die Versorgung der Bewohner mit hohen Pflegegraden einrichtungsindividuell auf die Bewohner in niedrigen Pflegegraden verschoben. Das widerspricht dem Kostenverursachungsprinzip und stellt eine Ungleichbehandlung von Pflegebedürftigen im Pflegegrad 2 in der vollstationären Pflege dar.

Gemäß § 84 Absatz 2 Satz 1 SGB XI muss die Vergütung stationärer Pflegeleistungen leistungsgerecht sein. Die Frage der Leistungsgerechtigkeit stellt sich sowohl aus der Sicht der Pflegeeinrichtung als auch der Sicht der Pflegebedürftigen Menschen. Unserer Auffassung nach widerspricht der einrichtungseinheitliche Eigenanteil diesem Grundsatz, sowohl aus der Perspektive der pflegebedürftigen als auch der Einrichtungen.

Das eigentliche Grundproblem eines seit Beginn der Pflegeversicherung kontinuierlichen Anstiegs der Eigenanteile bei den Bewohnern wird durch diese Regelung nicht gelöst. Auf eine notwendig zwingende Behebung des ursächlichen Realwertverlustes durch eine regelmäßige und regelgebundene Leistungsanpassung haben die mit der BAGFW kooperierenden Verbände schon im Kontext der Dynamisierungsdiskussion beim PSG I entschieden hingewiesen. Aus Sicht der BAGFW muss dem Problem steigender Eigenanteile mit der entsprechenden Anhebung der regelmäßig wiederkehrenden Leistungsbeträge der Pflegeversicherung begegnet werden, und zwar unter Berücksichtigung der dauerhaften Sicherung der Realwertkonstanz. Einrichtungseinheitliche Eigenanteile sind aber das falsche Instrument zur Kostendämpfung.

Monitoring der Überleitung

Die genaue Betrachtung der Bemessungsgrundlagen, insbesondere die der Personalrichtwerte und der Verteilung in den Pflegegraden in Verbindung mit den Auswirkungen der gestaffelten vollstationären Leistungsbeträge der Pflegeversicherung, ist aus Sicht der BAGFW für den Umstellungszeitraum in ein eigenes Monitoringverfahren einzubinden. Der Gesetzgeber sieht selbst mit § 18c SGB XI eine Begleitstruktur für die Umstellung vor. Die Aufgaben dieses Begleitgremiums sollen um die konkrete fachliche Beratung zu diesem Themenbereich mit einem neuen Absatz 2 ergänzt werden, und zwar zu den Punkten

- Verhältnis zwischen der Zahl der Bewohner und der Zahl der Pflege- und Betreuungskräfte (in Vollzeitkräfte umgerechnet),
- die Unterteilung nach Pflegegrad (Personalanhaltszahlen),

- im Bereich der Pflege, der Betreuung und der medizinischen Behandlungspflege den Anteil der ausgebildeten Fachkräfte am Pflege- und Betreuungspersonal
- die Entwicklung der Zusammensetzung der Bewohner in Bezug auf die Verteilung in den Pflegegraden unter Berücksichtigung der Staffelung der Leistungsbeträge der Pflegeversicherung.
- die Entwicklung des einrichtungseinheitlichen Eigenanteils.

Geplante Verbesserungen für Menschen mit einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz müssen auch zu verbesserten Personalschlüsseln in den vollstationären Pflegeeinrichtungen führen und dürfen nicht zu Lasten der anderen Bewohner umgesetzt werden.

Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz erhalten durch den doppelten Stufensprung verbesserte Leistungen der Pflegeversicherung. Das geplante Umrechnungsverfahren sieht eine budgetgleiche Umstellung bei gleichbleibender Gesamtpersonalmenge vor. Dies bedeutet, dass die Verbesserungen für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz zu Lasten der Bewohner ohne eingeschränkte Alltagskompetenz gehen. Diese kann nicht im Sinne des Pflegestärkungsgesetzes sein. Um bei der Umstellung für Bewohner ohne eingeschränkte Alltagskompetenz das Niveau der pflegerischen Versorgung zu erhalten, müssen die dem doppeltem Stufensprung entsprechenden höheren Pflegeaufwendungen für Bewohner mit eingeschränkter Alltagskompetenz auch im Umrechnungsverfahren für die Pflegesätze berücksichtigt werden. Das in § 92e SGB XI beschriebene Umrechnungsverfahren ist dahingehend anzupassen.

Bestandsschutzregelung der Personalausstattung bei alternativer Überleitung einführen

Die BAGFW sieht die Neuverhandlung der Pflegesätze in Ermangelung der Klärung zur Personalbemessung insbesondere in vollstationären Einrichtungen mit Sorge. Die Umsetzung ist an dieser Stelle wegen der engen Fristsetzungen bis zum 30.09. bzw. 31.12.2016 ein zeitliches und ein inhaltliches und seit vielen Jahren verschlepptes Grundsatzproblem, nämlich die sachgerechte, wirtschaftliche und leistungsbezogene, am Versorgungsauftrag orientierte personelle Ausstattung der Pflegeeinrichtungen anzupassen.

Die BAGFW fordert die Bundesregierung auf, für die alternative Überleitung eine Übergangsregelung aufzunehmen, mit der die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens vorhandene Personalausstattung für mindestens sechs Monate unter Bestandsschutz gestellt wird.

Vereinfachtes Pflegesatzverfahren für die Übergangszeit nach der Systemumstellung

Wie sich die nachrückende Bewohnerstruktur ab 2017 entwickeln wird, hängt von vielen Faktoren ab und kann derzeit nicht prognostiziert werden. Eigenanteil und Pflegevergütung werden für die Vereinbarungslaufzeit festgelegt. Verändert sich die Bewohnerstruktur während dieser Laufzeit, so ermöglicht die vereinbarte Pflegevergütung die Abdeckung der pflegegradabhängigen Pflegeaufwendungen gegebenenfalls nicht mehr. Dies wird dem im SGB XI verankertem Grundsatz der

leistungsgerechten Vergütung nicht gerecht und birgt für die Einrichtungen nicht steuerbare, erhebliche Risiken. Das SGB XI muss es daher Einrichtungen ermöglichen, bei erheblichen Veränderungen der Bewohnerstruktur während des Vereinbarungszeitraums die Pflegevergütung diesbezüglich anzupassen. § 85 SGB XI sollte daher um ein vereinfachtes Pflegesatzverfahren für die Übergangszeit nach der Systemumstellung ergänzt werden.

Die alternativen Übergangsregelungen für die Pflegesätze reichen nicht aus

Der Gesetzgeber alternative Übergangsregelungen für die stationäre Pflege für den Fall vorgesehen, dass der Verhandlungsweg nicht erfolgreich ist. Die BAGFW fordert, die alternativen Übergangsregelungen wie folgt anzupassen:

- Anhebung der vollstationären Sachleistungsbeträge, die zusammen mit der zu § 43 vorgeschlagenen Staffelung verhindert, dass vollstationäre Pflege nur noch von den höheren Pflegegraden in Anspruch genommen wird; notfalls durch Umverteilung der sonstigen Mehrausgaben
- Überleitung der Pflegesätze auf der Grundlage des durchschnittlichen Monatsbudgets der letzten zwölf Monate (anstelle einer Stichtagsbetrachtung)
- Möglichkeit, künftig erwartete Kostenänderungen in die übergeleiteten Pflegesätze einzubeziehen oder zumindest Zuschlag in Höhe der allgemeinen Kostensteigerungsraten
- Maßnahmen zur Verbesserung der Erfolgsaussichten von Einzelverhandlungen stationärer Pflegesätze, u. a. Ausbau der Kapazitäten der SGB XI-Schiedsstellen
- Die Höhe des Besitzstandsschutzes wird durch die Differenz des bisherigen Eigenanteils und des neuen einrichtungseinheitlichen Eigenanteils im ersten Monat nach der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs bestimmt. Es muss hier klargestellt werden, dass es keine Befristung des Besitzstandsschutzes gibt und dass temporäre Schwankungen des Eigenanteils, etwa durch Abwesenheitstage, bei der Bemessung des Besitzstandsschutzes außer Betracht bleiben.

Die Bemessung der Äquivalenzziffern für die Überleitung im teilstationären Bereich ist zu hinterfragen

Nach Auffassung der BAGFW muss die Spreizung der übergeleiteten teilstationären Pflegesätze mit der Spreizung der teilstationären Leistungsbeträge übereinstimmen. Die Überleitung der Pflegesätze muss an die Abstufungen der Sachleistungsbeträge angepasst werden.

Qualitätsausschuss zu einer demokratisch legitimierten Selbstverwaltung weiterentwickeln

Kernstück der Neuregelungen zur Qualitätssicherung ist der neu eingeführte Qualitätsausschuss nach § 113b SGB XI. Er stellt gewissermaßen einen „Zwitter“ zwischen der Schiedsstelle Qualitätssicherung nach § 113b alt und neuen Strukturen der Selbstverwaltung zur Qualitätssicherung dar. Hinsichtlich seiner Zusammensetzung fehlt es nach wie vor an klaren Kriterien, aus denen sich ableiten lässt, welche Vereinigung der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene als Mitglied in der neuen Selbstverwaltungsstruktur legitimiert ist. Der neue Qualitätsausschuss erfüllt

die Funktion der Konfliktlösung, indem, ähnlich wie beim erweiterten Bewertungsausschuss, ein unparteiischer Vorsitzender und zwei weitere unparteiische Mitglieder hinzugezogen werden können. Diese sind jedoch keine permanenten Mitglieder, sodass es an einer permanenten Ergänzung der Selbstverwaltungspartner durch eine unparteiische Person fehlt. Der Gesetzentwurf nimmt mit dem vorgestellten Modell zwar Kurs auf eine neue Selbstverwaltungsstruktur, bleibt aber auf halber Strecke stecken. Die BAGFW hat ein weitergehendes klares Modell für eine neue Selbstverwaltung entwickelt, das sich am Modell des Gemeinsamen Bundesausschusses im SGB V, allerdings in deutlich schlankerer Form, anlehnt und die benannten Strukturdefizite vermeidet. Gegenüber der jetzt in § 113b geschaffenen Struktur eines „Zwitters“ zwischen Schiedsstelle und neuer Selbstverwaltungsstruktur entstünde mit einem Qualitätsausschuss nach BAGFW-Modell eine Selbstverwaltungsstruktur mit eingebautem Konfliktlösungsmechanismus, da der unabhängige Vorsitzende und zwei weitere unparteiische Mitglieder ständige Mitglieder dieser Struktur wären und nicht bei Bedarf hinzuziehende Schiedspersonen. Aufgrund der Rolle des unabhängigen Vorsitzenden könnten Patt-Situationen vermieden werden, indem immer eine Mehrheitsentscheidung herbeigeführt werden kann. Die von der BAGFW vorgeschlagene Struktur würde auch eindeutig gesetzlich regeln, welche Verbände demokratisch legitimierte Mitglieder wären. Im Unterschied zum Qualitätsausschuss nach § 113b sieht das Konstrukt der von der BAGFW vorgeschlagenen Selbstverwaltungsstruktur eine dritte Bank aus Vertreterinnen und Vertretern der auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger Menschen und von Menschen mit Behinderung vor. Sie sollen mitberaten können und antragsberechtigt sein. Ihre Beteiligung als dritte Bank ist ein Beitrag zur Beteiligung und Transparenz der Verfahren zur Qualitätssicherung gegenüber den Verbraucherinnen und Verbrauchern. Ein weiterer zentraler Unterschied zum im Gesetzentwurf vorgelegten Modell eines Qualitätsausschusses ist der Grad der Verbindlichkeit, den die Entscheidungen eines solchen Ausschusses haben. Während ihnen nach § 113b Absatz 3 letzter Satz lediglich die Rechtswirkung einer vertraglichen Vereinbarung oder Beschlussfassung zukommt, haben die Beschlüsse eines Qualitätsausschusses nach BAGFW-Modell den rechtsverbindlichen Charakter einer Richtlinie. Ein solcher G-BA würde Richtlinien über die Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität und Richtlinien zu den Ergebnissen von Qualitätsprüfungen einschließlich der Qualitätsberichterstattung erlassen. Auch die Expertenstandards wären Gegenstand seiner Richtlinienkompetenz. Durch die Richtlinienkompetenz wären die bisherigen Probleme zur Frage, wie die Allgemeinverbindlichkeit von Vereinbarungen hergestellt werden kann, juristisch sauber gelöst.

Indikatorengestütztes Verfahren zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität

Die BAGFW begrüßt, dass die verbindliche Verankerung eines indikatorengestützten Verfahrens zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität in § 113 SGB XI des Gesetzentwurfs nochmals eine Aufwertung erfahren hat. Die in der BAGFW kooperierenden Verbände hatten seinerzeit das von BMG und BMFSFJ durchgeführte und in § 113b Absatz 4 Satz 1 Ziffer 4 als Grundlage für das indikatorengestützte Verfahren erwähnte Projekt „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ angeregt. Mit der Fokussierung der Qualitätssicherung weg von der Struktur- und Prozessqualität

hin zur Ergebnisqualität verfolgt der Gesetzgeber einen Pfad, den die BAGFW forciert hat.

Inhaltliche Aufgaben des im Gesetzentwurf vorgesehenen Qualitätsausschusses ist nicht die Erstellung von Richtlinien nach §§ 113, 113a oder 115a, sondern die wissenschaftliche Begleitung von Instrumenten der Qualitätsprüfung im stationären und ambulanten Bereich, die auf der Grundlage des Indikatorenmodells erfolgen sollen und auch Module für die Befragung von Pflegebedürftigen als ergänzende Informationsquelle zur Bewertung der Lebensqualität darstellen. Das wird von der BAGFW ausdrücklich begrüßt. Dabei kann auf wissenschaftlich breit erprobte Projekte zur indikatorengestützten Erfassung von Ergebnisqualität der Diözesancaritasverbände Köln (EQisA) und Münster (EQMS) zurückgegriffen werden. Für die in § 113b Absatz 4 Nummer 4 geforderten Module zur Befragung der Lebensqualität in stationären Pflegeeinrichtungen liegt aus dem Projekt „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ ein wissenschaftliches Inventar vor, das im Projekt des Diözesancaritasverbandes Münster EQMS weiter erprobt wurde. In die Gesetzesbegründung sollte aufgenommen werden, dass auf dieses Instrument konkret zurückgegriffen werden soll.

Hinsichtlich der zeitlichen Vorgaben der Entwicklung von Instrumenten für die Prüfung der Qualität von ambulanten Pflegeeinrichtungen bezweifelt die BAGFW, dass diese einschließlich der dann abgeschlossenen Pilotierung bereits zum 31.3.2018 vorliegen können, denn im Unterschied zum stationären Bereich sind die Ergebnisindikatoren für den ambulanten Bereich noch nicht entwickelt.

Qualitätsprüfungen

Die Qualitätsprüfungen nach § 114 werden nach Auffassung der BAGFW dem in den §§ 113 und 113b beschriebenen, neuen indikatorengestützten Verfahren nicht mehr gerecht. Im Gesetzentwurf findet sich keine Anpassung des neuen Prüfgeschehens. Dies betrifft sowohl die künftigen externen Plausibilitätskontrollen als auch die Frage notwendiger Neujustierungen der weiteren Prüfarten. Die Konzepte der Regelprüfung und Wiederholungsprüfungen werden dem neuen Modell nicht mehr gerecht und sind entsprechend anzupassen und neu zu konzeptionieren, ebenso der Prüfauftrag für die Medizinischen Dienste und die Prüfdienste der PKV. Einzig die Anlassprüfung aufgrund von Beschwerden ist vor dem neu geregelten Hintergrund in der bestehenden Form weiterhin sinnvoll. In einem System der regelmäßigen Vollerhebung von Qualitätsdaten bei allen Bewohnerinnen und Bewohnern zu gesundheitsbezogenen Indikatoren der Ergebnisqualität sowie von Befragungen der Bewohner und Angehörigen zur Ergebnisqualität aus Nutzerperspektive würde das bisherige System der Regelprüfung durch jährliche Überprüfungen des MDK bzw. anderer akkreditierter Prüfinstitutionen zur korrekten Datenerhebung der gesundheitsbezogenen Indikatoren ersetzt. Die Prüfung könnte z. B. 10 Prozent aller Bewohnerinnen und Bewohner einer Einrichtung umfassen. Inhalt der Prüfung ist die korrekte Anwendung der Verfahrensregelungen und die Übereinstimmung der Prüfergebnisse mit dem Pflegezustand der Bewohnerinnen und Bewohner. Bei Unstimmigkeiten in der Datenerhebung würde ein Klärungsprozess eingeleitet, bei dem die Fehlerquellen und -ursachen herausgefunden und beseitigt werden sollen. Auf dieser Grundlage sind die Daten durch korrekte Daten zu bereinigen und zu aktualisieren. Im Falle bewusster fehlerhafter Angaben kann eine Sanktionskaskade in Gang gesetzt werden bis hin zur Kündigung der Versorgungsverträge nach § 74 SGB XI. Erzielt die Einrichtung in den

Qualitätsberichten überdurchschnittliche oder durchschnittliche Ergebnisse, ergibt sich kein weiterer Handlungsbedarf. Erzielt sie jedoch unterdurchschnittliche Ergebnisse wird ebenfalls eine Kaskade zur Stärkung der internen Qualitätssicherung in Gang gesetzt, die vom einfachen Stellungnahmeverfahren bis hin zu einer umfassenden Prüfung der Struktur- und Prozessqualität durch den MDK und vergleichbarer Prüfinstitutionen reicht.

**Stellungnahme
der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW)
zum
Gesetzentwurf für ein Zweites Gesetz zur Stärkung
der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften
(Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II)**

Die BAGFW bedankt sich für die Möglichkeit, zum o.g. Gesetz Stellung nehmen zu können. Wir nehmen insbesondere zu folgenden Themen Stellung:

1. Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff
2. Angebote zur Unterstützung im Alltag, Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags (Umwandlungsanspruch), Entlastungsbetrag, Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und des Ehrenamts
3. Leistungserbringungsrecht und Überleitung Pflegesätze stationär
4. Qualitätssicherung

Zu 1. Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff

§ 2 neu:

Selbstbestimmung

Gesetzentwurf

Die aktivierende Pflege wird in die Zielbestimmung und den Programmsatz zur Selbstbestimmung des SGB XI aufgenommen.

Bewertung

Die Bestimmung, dass Pflege grundsätzlich auch die Aktivierung der Pflegebedürftigen zum Ziel haben muss, ist aufgrund des Wegfalls von 28 Absatz 4 SGB XI alt in den Programmsatz zu § 2 SGB XI zur Selbstbestimmung verschoben worden. Aktivierende Pflege gehört zum allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse und stellt somit einen pflegefachlichen Grundsatz dar. Es ist angemessen, diesen Standard im einleitenden Teil der Programmsätze des SGB XI zu verankern.

§ 4 neu: Art und Umfang der Leistungen

Gesetzentwurf

In § 4 Absatz 1 Satz 1 wird das Wort „Grundpflege“ und „hauswirtschaftliche Versorgung“ gestrichen. Als Leistungsarten der Pflegeversicherung werden körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung festgelegt.

Bewertung

Der Begriff der „Grundpflege“, der 1967 durch den Krankenhausökonom Siegfried Eichhorn als Gegensatz zur „Behandlungspflege“ als Übersetzung aus englischsprachigen Arbeiten eingeführt wurde, entspricht einer Dichotomie, der aus dem ganzheitlichen Verständnis von Pflege in pflegewissenschaftlicher Betrachtung schon seit vielen Jahren widersprochen wird. Der Begriff der Grundpflege entbehrt zudem einer Legaldefinition. Daher begrüßt die BAGFW, dass dieser Begriff als Leistungsart mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs aus dem SGB XI entfernt wird. Die Ersetzung des Begriffs der Grundpflege durch „körperbezogene Pflegemaßnahmen“ greift jedoch zu kurz, denn „nursing“ umfasst nicht nur körperbezogene Pflegetätigkeiten, sondern auch Motivierung, Aktivierung, Kommunikation und Sinnfindung. Des Weiteren kann sich der Begriff der „körperbezogenen Pflegemaßnahmen“ auch auf die sogenannten. behandlungspflegerischen Maßnahmen erstrecken, welche dem Grundsatz nach zu den Aufgaben der Krankenversicherung gehören und im SGB V geregelt sind. Daher ist dieser Begriff nicht hinreichend trennscharf und auch pflegfachlich nicht zu begründen. Die BAGFW schlägt vor, das Adjektiv „körperbezogen“ entfallen zu lassen und für die „körperbezogenen Pflegemaßnahmen“ und die „pflegerischen Betreuungsmaßnahmen“ gemeinsam den Begriff der „pflegerischen Maßnahmen gemäß § 14 Absatz 2“ zu verwenden. Pflegerische Maßnahmen umfassen in einem ganzheitlichen Pflegeverständnis nicht nur die somatischen Verrichtungen, sondern auch Betreuung. Mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff soll der somatische, auf körperliche Verrichtungen bezogene enge Pflegebegriff überwunden werden. Daher sollten keine neuen, künstlichen Dichotomien zwischen körperbezogenen Maßnahmen und Betreuungsmaßnahmen geschaffen werden.

Lösungsvorschlag

In § 4 Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung“ durch die Wörter „pflegerische Maßnahmen gemäß § 14 Absatz 2 und Hilfen bei der Haushaltsführung“ ersetzt.

§ 14 neu: Begriff der Pflegebedürftigkeit

Gesetzentwurf

Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz wird der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt. § 14 wird daher komplett neu gefasst. Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn Personen in den sechs Bereichen Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen sowie bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte gesundheitsbedingte Beeinträchtigungen ihrer Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Pflegebedürftigkeit i.S. des SGB XI liegt auch auf Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs weiterhin nur dann vor, wenn die Beeinträchtigungen auf Dauer, d.h. für einen Zeitraum von voraussichtlich mindestens sechs Monaten bestehen. In Absatz 2 des § 14 SGB XI neu werden die sechs Bereiche, in denen gesundheitsbedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit bzw. der Fähigkeiten vorliegen können, näher beschrieben. In Absatz 3 des § 14 SGB XI neu wird klargestellt, dass Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr eigenständig bewältigt werden kann, bei den Aktivitäten und Fähigkeiten der sechs vorgenannten Module aus Absatz 2 bereits berücksichtigt sind.

Bewertung

Die BAGFW begrüßt, dass der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff und das Neue Begutachtungsassessment (NBA) mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz endlich eingeführt werden. Zwanzig Jahre nach Einführung der Pflegeversicherung ist es Zeit, die dem alten Pflegebedürftigkeitsbegriff impliziten Fehlsteuerungen zu beseitigen und seine Inhalte an die Anforderungen der Zukunft anzupassen. Die BAGFW begrüßt, dass dieser Paradigmenwechsel mit dem PSG II nun endlich vollzogen wird.

Durch das neue Begutachtungsinstrument (NBA) lässt sich die Beeinträchtigung der Selbstständigkeit bzw. das Ausmaß, in welchem eine Fähigkeit noch vorhanden ist, künftig wesentlich genauer erheben. Die Module mit ihren Unterkategorien ermöglichen Aussagen zum Grad der Selbstständigkeit bei Aktivitäten und in Bezug auf Fähigkeiten, die bisher kaum oder nur unzureichend darstellbar waren. Besonders hervorzuheben sind die Module 2, 3, 5 und 6. Sie erfassen die kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten (Modul 2). Die Erfassung der örtlichen, zeitlichen Orientierung, der Fähigkeit im Alltag Handlungen in der richtigen Reihenfolge auszuführen sowie Risiken und Gefahren, wie z.B. Barrieren am Boden zu erkennen, wird in diesem Differenzierungsgrad im heutigen Begutachtungssystem und auch in der Versorgungspraxis nicht erhoben. Diese Erkenntnisse sind jedoch wesentlich, um den Unterstützungsbedarf zu ermitteln, aber auch Fähigkeiten durch gezielte pflegerische Interventionen wiederzuerlangen. Ähnliches gilt auch für die Erfassung von Verhaltensweisen, die Ausdruck psychischer Problemlagen sind (Modul 3), wie z.B. Autoaggressionen, lautes Rufen, Schreien, Klagen, Ängstlichkeit, depressive Stimmungslagen oder sozial unangemessenes Verhalten. Auch diese Beeinträchtigungen werden im heutigen Begutachtungssystem nur sehr unzureichend, im NBA hingegen sehr differenziert, erfasst und können im Rahmen des individuellen Pflegeprozesses genutzt werden, um zur Überwindung von psychischen Problemen zu motivieren, emotional zu unterstützen und um Deutungs- und Orientierungshilfen im

Alltag zu geben. In Modul 5 wird die Selbständigkeit in Bezug auf die Krankheitsbewältigung erfasst. Was sich auf den ersten Blick wie der uns bekannte Katalog behandlungspflegerischer Maßnahmen liest, ist in Wirklichkeit ein Instrument, um zu erfassen, inwiefern ein pflegebedürftiger Mensch noch selbst seine Medikamente einnehmen, Blutzucker oder Blutdruck messen kann etc. Im Unterschied zum heutigen Begutachtungssystem soll aber nicht nur eruiert werden, in welchem Umfang der pflegebedürftige Mensch der Unterstützung bei diesen pflegerischen Maßnahmen bedarf, sondern wie er durch Motivation, Anleitung, Beratung und Edukation befähigt werden kann sich selbst zu versorgen. Auch die Fähigkeiten zur Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte (Modul 6) werden heute nur zu einem kleinen Ausschnitt erfasst, nämlich bezüglich der allgemeinen Beaufsichtigung und Betreuung. Im Unterschied dazu wird im NBA gezielt erhoben, welche Fähigkeiten zur Gestaltung des Tagesablaufs vorhanden sind, ob sich jemand selbst mit sich beschäftigen und ob er mit Personen in seinem näheren und weiteren Umfeld Kontakte pflegen kann. Diese Informationen sind erforderlich, um eine den individuellen Gewohnheiten und Bedürfnissen adäquate Pflege und Teilhabe planen zu können. Das NBA leistet somit aufgrund seiner umfassenden und differenzierten Erhebung der relevanten somatischen, kognitiven, kommunikativen, psycho-sozialen Fähigkeiten und Kompetenzen zur Krankheitsbewältigung einen wichtigen Beitrag zur Erfassung von Potenzialen und Ressourcen, die notwendig sind, um einen möglichst hohen Grad an Selbständigkeit zu bewahren und wiederzugewinnen. Dem neuen Begutachtungsassessment ist somit auch ein präventiver und rehabilitativer Charakter inhärent. Die in Absatz 2 des § 14 beschriebenen Module und deren Ausprägungen entsprechen vollumfänglich der Beschreibung der Module aus dem Abschlussbericht der Drs. Wingenfeld, Büscher und Gansweid zu Hauptphase 1 zum Neuen Begutachtungsassessment zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit vom 25. März 2008.

Der Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, dessen Abschlussbericht am 27. Juni 2013 veröffentlicht wurde, hat empfohlen auf die Ermittlung eigener Punkt- und Scorewerte für die Module 7 und 8 zu verzichten, da die Erhebung der Beeinträchtigungen aus den Modulen 1 bis 6 bereits alle relevanten Aspekte der Module 7 und 8 umfasst. Der Gesetzentwurf erwähnt in Absatz 3 jedoch nur, dass Modul 8 (Haushaltsführung) nicht gesondert berücksichtigt werden muss. Die Aktivitäten aus Modul 7 (Außerhäusliche Aktivitäten) sind jedoch auch bereits in den Modulen 1 bis 6 erfasst. Diese Aktivitäten sind daher im § 14 Absatz 3 SGB XI neu entsprechend zu ergänzen. Wir weisen nachdrücklich darauf hin, dass die Hilfen zur Haushaltsführung weiterhin Bestandteil der Leistungen der Pflegeversicherung sein muss. Dafür hat sich auch der Expertenbeirat nachdrücklich ausgesprochen. Der vorliegende Gesetzentwurf gewährleistet dies, indem die Hilfen zur Haushaltsführung in § 4 Absatz 1 Satz 1 als Leistungsart benannt sind.

Wir hatten in unserer Stellungnahme zum Referentenentwurf angeregt, den Begriff der „Fähigkeitsstörungen“ in § 14 Absatz 1 zu überdenken, denn der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff umfasst nicht nur Beeinträchtigungen der Selbständigkeit, sondern in den Modulen 2 und 3 auch Beeinträchtigungen in den Fähigkeiten. Der Begriff der „Fähigkeitsstörung“ entstammt jedoch der ICDH und ist daher veraltet. Der Begriff der Fähigkeitsstörung sollte durch den Begriff „Beeinträchtigung der Fähigkeiten“ ersetzt werden. Der Gesetzgeber ist diesem Vorschlag der BAGFW gefolgt, was wir begrüßen.

§ 15 neu:

Ermittlung des Grads der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument i.V. mit § 17 Absatz 1 Richtlinien der Pflegekassen i.V. § 13 Absatz 2 und i.V. Artikel 4 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch - Häusliche Krankenpflege

Gesetzentwurf

In § 15 SGB XI neu wird das Begutachtungsinstrument definiert und festgestellt, wie auf dessen Grundlage der Grad der Pflegebedürftigkeit zu ermitteln ist. Das Begutachtungsinstrument greift die Module nach § 14 Absatz 2 SGB XI neu auf. Der Schweregrad wird in den Modulen 1, 2, 4 und 6 nach den Kategorien selbständig, überwiegend selbständig, überwiegend unselbständig und unselbständig erfasst. Im Modul 3 werden die Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen nach der Häufigkeit des Auftretens nach den vier Kategorien nie, maximal einmal wöchentlich, mehrmals wöchentlich und täglich kategorisiert. In Modul 5 wird der Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen nach dem Vorkommen, der Häufigkeit des Auftretens oder der Selbständigkeit bei der Durchführung kategorisiert.

Die Erfassung des Pflegegrads erfolgt in einem mehrschrittigen Verfahren, das in den Anlagen 1 und 2 zu § 15 Absatz 2 SGB XI neu beschrieben wird.

Pflegegrad 1 wird erreicht bei einem Gesamtpunktwert zwischen 12,5 bis unter 27 Punkten, Pflegegrad 2 bei 27 bis unter 47,5 Punkten, Pflegegrad 3 bei 47,5 bis unter 70 Punkten, Pflegegrad 4 bei 70 bis unter 90 Punkten und Pflegegrad 5 bei 90 bis 100 Punkten. Zusätzlich kann Personen mit besonderen Bedarfskonstellationen, wie Gebrauchsunfähigkeit beider Arme und Beine, vollständigem Verlust der Greif-, Steh- oder Gehfunktionen, hochgradigen Kontrakturen, hochgradigem Tremor auch unabhängig von der Erreichung des Schwellenwertes von 90 Punkten aus pflegefachlichen Gründen der Pflegegrad 5 zugemessen werden. Die Voraussetzungen hierfür sind in den vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen zu erlassenden Richtlinien nach § 17 Absatz 1 zu konkretisieren und werden nicht gesetzlich festgelegt.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlässt im Rahmen der Vorziehrefelung zum Präventionsgesetz nach § 17 Absatz 1 SGB XI neu unter Beteiligung des MDS Richtlinien zur pflegefachlichen Konkretisierung der Inhalte des Begutachtungsinstruments, insbesondere zu den in den Modulen enthaltenen Aktivitäten und Fähigkeiten, zur Einschätzung ihrer Ausprägung in den entsprechenden Kategorien und zur Höhe der Einzelpunktwerte sowie zum Verfahren der Feststellung von Pflegebedürftigkeit nach § 18. Bei der Erstellung der Richtlinien sind die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Sozialhilfeträger und die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene durch die Möglichkeit zur Stellungnahme zu beteiligen, aber nicht mehr die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege auf Bundesebene. Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung über die Richtlinie einzubeziehen. Die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen wirken nach Maßgabe der Verordnung nach § 118 Absatz 2 beratend mit.

Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbständigkeit und ihrer Fähigkeitsstörungen mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt. Um den Besonderheiten von

Pflegebedürftigkeit bei Kleinkindern (0 – 18 Monate) gerecht zu werden, wurde die Einstufung in Pflegegraden für diese Gruppe verändert. Pflegegrad 2 wird erreicht bei einem Gesamtpunktwert zwischen 12,5 bis unter 27 Punkten, Pflegegrad 3 bei 27 bis unter 47,5 Punkten, Pflegegrad 4 bei 47,5 bis unter 70 Punkten, und Pflegegrad 5 bei 70 bis 100 Punkten.

Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz, insbesondere mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, sollen keine Leistungsverschiebungen zwischen der sozialen Pflegeversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung verbunden sein. Das betrifft insbesondere die häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V. § 13 Absatz 2 wird deshalb um die krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen, soweit diese im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V zu leisten sind, ergänzt. In § 15 Absatz 5 wird klargestellt, dass bei der Begutachtung auch solche Kriterien zu berücksichtigen sind, die zu einem Hilfsbedarf führen, für den Leistungen des SGB V vorgesehen sind. Die dazu korrespondierende Regelung in § 37 Absatz 2 Satz 1 SGB V soll gestrichen werden. Diese und weitere rechtstechnische Änderungen im SGB V, die sich aus den neuen Begrifflichkeiten im SGB XI ergeben werden in Artikel 4 des Gesetzes ausgeführt.

Bewertung

Das neue Begutachtungsinstrument beruht auf dem Pflegebedürftigkeitsbegriff nach § 14 und deckt die dort in Absatz 2 genannten Bereiche im Rahmen seiner sechs Module ab. Das neue Begutachtungsverfahren NBA wurde über einen Zeitraum von insgesamt acht Jahren durch mehrere wissenschaftliche Studien erarbeitet und durch zwei Expertenbeiräte begleitet. Seine Entwicklung ist abgeschlossen und das Instrument ist somit einführungsreif. Durch die Vorziehregelung, die im Rahmen des Präventionsgesetzes beschlossen wurde, können die Vorbereitungen für die Einführung des Instruments nun zügig erfolgen. § 15 Absatz 2 gibt die Ergebnisse der Empfehlungen der beiden Expertenbeiräte wieder.

Durch die in § 15 Absatz 3 durch den Expertenbeirat empfohlene und gesetzlich vorgeschriebene Gewichtung der Module, und damit auch der Punktwerte, werden erstmalig psychische, kognitive und somatische Beeinträchtigungen von Beginn an gleichwertig behandelt. Damit wird die Gesamtlogik des SGB XI grundlegend verändert. Der bisherigen Vernachlässigung psychischer und kognitiver Beeinträchtigungen wird, z. B. durch die neuen Module 2 Kognitive und Kommunikative Fähigkeiten und 3 Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, besonders Rechnung getragen. Zusammen mit Modul 6 Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte werden diesen drei Modulen insgesamt 30 Prozent zugerechnet. Den körperbezogenen Modulen Mobilität (Modul 1) und Selbstversorgung (Modul 4) kommt mit zusammen 50 Prozent auch weiterhin eine diesen Faktoren der Pflegebedürftigkeit angemessene zentrale Rolle zu.

Ausdrücklich positiv hervorzuheben ist, dass der Gesetzentwurf die Schwellenwerte bei Pflegegrad 1 und 2 gegenüber den Empfehlungen der Beiratsberichte abgesenkt hat. So können Menschen mit Beeinträchtigungen Pflegegrad 1 bereits bei einem Gesamtpunktwert von 12,5 Punkten, statt der vom Expertenbeirat noch vorgesehenen Schwelle von 15 Punkten erreichen. Pflegegrad 2 beginnt bereits ab einem Gesamtpunktwert von 27 Punkten statt der vom Expertenbeirat vorgesehenen Schwelle 30 Punkte. Pflegegrad 3 wird bereits mit 47,5 Punkten statt der vorgesehenen 50 Punkte erreicht.

Der Expertenbeirat empfahl bei der Begutachtung der Kinder bis 18 Monate, diesen einen Pflegegrad zwischen 2 und 3 (bei 30 Punkten) pauschal zuzuordnen. Die hier vorgeschlagene Regelung ordnet den Kindern generell einen Pflegegrad höher als die Erwachsenen zu. Dies halten wir für sachgerecht.

Ein Stellungnahmerecht bei den Begutachtungs-Richtlinien haben nach den Änderungen im Kabinettsentwurf gegenüber der bisherigen gesetzlichen Regelung neu die Verbände der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene und nicht mehr die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege aus Bundesebene. Dies verkürzt die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege unzulässiger Weise auf ihre Rolle als Leistungserbringerverbände. Die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege sehen sich jedoch in gleicher Weise als Vertreterinnen der Interessen von hilfebedürftigen Menschen und haben ihr Mandat als stellungnahmeberechtigte Verbände bei den Richtlinien der Pflegekassen nach § 17 auch stets in dieser Funktion wahrgenommen. Daher sind die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege auf der Bundesebene explizit in § 17 Absatz 1 als Stellungnahme berechtigte Verbände aufzunehmen.

Schnittstelle Häusliche zur Krankenpflege im SGB V

Die leistungsrechtlichen Folgen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs werden im SGB V nicht ausgeführt. Mit dem PSG II, insbesondere mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, sollen keine Leistungsverschiebungen zwischen der sozialen Pflegeversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung verbunden sein. Die Ansprüche der Versicherten auf Leistungen nach dem SGB V bleiben dementsprechend unberührt. Das soll insbesondere - wie schon bisher geregelt - für die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V gelten. § 13 Absatz 2 wird dahingehend ergänzt, dass dies auch unverändert für die krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen gelten soll, die im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V zu leisten sind. Daneben wird in § 15 Absatz 5 die gegenwärtige Regelung aus § 15 Absatz 3 Satz 2 und 3 fortgesetzt. Diese stellt klar, dass bei der Begutachtung auch solche Kriterien zu berücksichtigen sind, die zu einem Hilfsbedarf führen, für die Leistungen des SGB V vorgesehen sind. Hier werden auch wieder explizit die sogenannten krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen benannt. Mit diesen beiden Regelungen greift der Gesetzgeber auch eine Kritik der in der BAGFW kooperierenden Verbände am Referentenentwurf auf. Beide Regelungen sind sachgerecht und deshalb zu begrüßen.

Leider wurde nun mit dem Gesetzentwurf die korrespondierende Regelung in § 37 SGB V gestrichen. Diese ersatzlose Streichung ist nicht nachvollziehbar. Um den Leistungsanspruch des Versicherten im SGB V zu statuieren und abzusichern ist die im Referentenentwurf formulierte Regelung wieder aufzunehmen.

Lösungsvorschlag

§ 37 Absatz 2 Satz 1 2. Halbsatz SGB V aus dem Referentenentwurf muss erhalten bleiben und ist folgt zu fassen:

„der Anspruch umfasst krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen auch in den in § 14 Absatz 2 Nummer 1 und 4 des Elften Buches genannten Bereichen sowie bei Hilfen bei der Haushaltsführung, in denen dieser Hilfsbedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14 und 15 des Elften Buches zu berücksichtigen ist“.

§ 17 Absatz 1 Satz 2 ist wie folgt zu formulieren:

„Er hat dabei die Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege auf Bundesebene, die Bundesverbände privater Alten- und Pflegeheime, die Verbände der privaten Dienste, den Verband der privaten Pflegeversicherung e.V., die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene und die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene zu beteiligen.“

§ 18 neu:

Verfahren zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit

Gesetzentwurf

Der Gesetzentwurf enthält in Absatz 1 Anpassungen, die durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs notwendig sind, wie die Ersetzung der Begriffe der „Stufen“ durch „Grade“ in § 18 Absatz 1 Satz 1 oder den Wegfall des Verfahrens zur Ermittlung zum Vorliegen einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nach § 45a in § 18 Absatz 1 Satz 2.

Inhaltlich neu ist, dass dem Antragsteller nach § 18 Absatz 3 Satz 8 und 9 SGB XI neu künftig das Gutachten automatisch durch die Pflegekasse übermittelt wird, sofern er der Übersendung nicht widerspricht. Dem Gutachten wird eine zentrale Rolle mit Blick auf die Beratung und das Erstellen eines Versorgungsplans nach § 7a SGB XI und dem Versorgungsmanagement nach § 11 Absatz 4 SGB V zugemessen. Der neu eingefügte Absatz 5a verpflichtet die Gutachter, ausdrücklich auch die Module 7 des NBA (außerhäusliche Aktivitäten) und 8 (Haushaltsführung) in die Erfassung der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit und Fähigkeitsstörungen einzubeziehen. Die Ergebnisse des Gutachtens sind transparent darzustellen und dem Antragsteller verständlich zu erläutern. Die Anforderungen an Transparenz und Verständlichkeit muss der Spitzenverband Bund der Pflegekassen in seinen Richtlinien nach § 17 Absatz 1 pflegefachlich konkretisieren.

Für die gesonderte Rehabilitationsempfehlung wird im Gesetzentwurf nach § 18 Absatz 6 Satz 3 SGB XI jetzt ein bundeseinheitlich strukturiertes Verfahren vorgeschrieben. Über die Erfahrungen mit diesem Verfahren soll nach § 18a Absatz 2 jährlich bis 2018 berichtet werden.

Neu ist auch die vorgeschlagene Regelung in Absatz 6a, wonach der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter in ihrer Stellungnahme zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit konkrete Empfehlungen zur Hilfs- und Pflegehilfsmittelversorgung mitzuteilen haben. Diese Empfehlungen sollen als Antrag auf Leistungsgewährung gelten, sofern der Versicherte zustimmt. Dem Antragsteller wird von der Pflegekasse unverzüglich, jedoch spätestens mit Übersendung des Bescheids über die Feststellung von Pflegebedürftigkeit, die Entscheidung übermittelt.

Bewertung

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege haben sich schon immer dafür eingesetzt, dass das Gutachten den Antragstellern automatisch mit dem Bescheid der Pflegekasse übersandt wird. Die BAGFW begrüßt die vorgeschlagene Änderung des § 18 Absatz 3 Sätze 8 und 9 daher nachdrücklich.

Auch nach unseren Erfahrungen werden Rehabilitationsempfehlungen in der Praxis noch zu wenig ausgesprochen. In Kenntnis der Ergebnisse des Projektberichtes des MDK, wonach durch ein MDK-übergreifendes einheitliches Verfahren zur Beurteilung von Rehabilitationsbedarfen die Quote der Rehabilitationsempfehlungen von 0,4% auf 6,3% beträchtlich gesteigert werden konnte, begrüßen wir, dass der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und der MDS nunmehr gesetzlich verpflichtet werden, ihre Selbstverpflichtung zur Umsetzung dieses Verfahrens einzulösen.

Eine erhebliche bürokratische Entlastung der Versicherten stellt auch die vorgeschlagene Vereinfachung des Antragsverfahrens für Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel dar. Im Gesetzestext sollte lediglich klargestellt werden, dass sich die Entscheidung des Leistungsträgers auf die Bewilligung der empfohlenen Hilfs- und Pflegehilfsmittel bezieht. Gleichzeitig weisen wir darauf hin, dass es dem MDK-Gutachter in der Regel aufgrund des begrenzten Zeitrahmens der Begutachtung nicht möglich sein dürfte, den Bedarf an Hilfsmitteln nach § 33 SGB V und an Pflegehilfsmitteln nach § 40 SGB XI umfassend oder gar abschließend zu ermitteln und festzustellen. Es ist daher im Gesetz klarzustellen, dass der Antragsteller jederzeit auch nach der Begutachtung weitere Anträge auf Hilfsmittel oder Pflegehilfsmittel stellen kann.

Die BAGFW hat sich stets dafür eingesetzt, dass auch die Module 7 und 8 bei der Feststellung des Verfahrens zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit Berücksichtigung finden. Auch wenn die Erhebung von Aktivitäten im Rahmen dieser beiden Module für die Feststellung des Pflegegrades pflegewissenschaftlich nicht erforderlich ist, wäre es notwendig, die Hilfebedarfe in den Bereichen Haushaltsführung und außerhäusliche Aktivitäten zu ermitteln. Wir unterstützen daher nachdrücklich, dass die Module 7 und 8 in § 18 als neuer Absatz 5a eingefügt wurden. Wichtig ist auch, dass die außerhäuslichen Aktivitäten auch erfasst werden, wenn Menschen in einer Einrichtung leben. Gegenüber dem Beiratsbericht wurde bei den außerhäuslichen Aktivitäten ergänzt, dass diese sich auch auf den Besuch von Tagesbetreuungsangeboten beziehen können. Dies ist ebenso positiv zu bewerten wie die ausdrückliche Nennung der Wäschepflege im Bereich der Haushaltsführung in Nummer 2 des Absatzes 5a.

Darüber hinaus regt die BAGFW zwei weitere Änderungen in § 18 SGB XI an, die ihre Einzelverbände schon wiederholt vorgetragen haben.

1. Bei verkürzten Fristvorgaben, z. B. beim Aufenthalt des Versicherten im Krankenhaus, muss das Gutachten nur die Feststellung beinhalten, ob Pflegebedürftigkeit i.S. der §§ 14 und 15 vorliegt. In der Regel wird hier bisher die vorläufige Pflegestufe 1 bzw. künftig Pflegegrad 2 ausgesprochen, Diese Einstufung entspricht häufig nicht dem tatsächlichen Hilfebedarf der Versicherten, insbesondere bei einer Entlassung aus dem Krankenhaus oder aus einer stationären Rehabilitationseinrichtung. Diese Regelung führt in der Praxis zu vielfältigen Problemen, sowohl für den Versicherten und seine Angehörigen als auch für die Einrichtungen und Dienste. Zur Stärkung der Rechte pflegebedürftiger Menschen sollte auch bei einem verkürzten Verfahren der tatsächliche Pflege-/Hilfebedarf des Versicherten ermittelt werden, und die Pflegebedürftigen eine konkrete Zuordnung in einen Pflegegrad entsprechend ihres Pflege-/Hilfebedarfs erhalten. Dies kann nach § 33 Absatz 1 SGB XI ggf.

auch auf einen kürzeren Zeitraum befristet werden, beispielsweise für die Dauer eines anschließenden Kurzzeitpflegeaufenthalts.

2. Für die Ungleichbehandlung von Antragstellern in stationären Einrichtungen gegenüber Antragstellern im ambulanten Bereich nach § 18 Absatz 3b Satz 2 SGB XI besteht kein sachlicher Grund. Auch der Antragsteller, der sich in einer stationären Einrichtung befindet, sollte 70 Euro für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung erhalten, falls der Gesetzgeber überhaupt an dieser Regelung festhalten will. Für das Jahr 2017 wird die Regelung im Gesetzentwurf bereits aufgehoben. Die BAGFW setzt sich für eine endgültige Streichung ein.

Lösungsvorschlag

In § 18 Absatz 5a ist in Nummer 1 außerhäusliche Aktivitäten zu ergänzen: „das Verlassen und das Fortbewegen außerhalb der Wohnung **oder Einrichtung**“

In § 18 Absatz 6a Satz 4 SGB XI neu soll nach dem Wort „Entscheidung“ die Worte „über die Bewilligung“ ergänzt werden.

Befindet sich der/die Antragsteller/in im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung, soll ihr/ihm kein vorläufiger Pflegegrad zugeordnet werden, sondern es soll eine Zuordnung zu einem konkreten Pflegegrad, die dem tatsächlichen Hilfebedarf entspricht, erfolgen.

In § 18 Absatz 3 soll Satz 6 daher wie folgt gefasst werden: „In den Fällen der Sätze 3 bis 5 muss die Empfehlung die Feststellung beinhalten, ob Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 14 vorliegt. Es muss eine vorläufige Zuordnung zu einem Pflegegrad nach § 15 erfolgen.“

Sofern der Gesetzgeber an der Zahlung von 70 Euro bei Fristüberschreitung der Begutachtung festhält, soll dieser Betrag auch an Pflegebedürftige in stationärer Pflege geleistet werden.

In § 18 Absatz 3b Satz 2 sind daher die Worte „oder wenn sich der Antragsteller in vollstationärer Pflege befindet und bereits eine erhebliche Beeinträchtigung der Selbständigkeit (Pflegegrad 2)“ zu streichen. Wir machen in diesem Zusammenhang auf ein redaktionelles Versehen des Gesetzentwurfs aufmerksam. In § 18 Absatz 3b neu fehlt bei den Änderungen das Verb.

§ 18c neu:

Fachliche und wissenschaftliche Begleitung der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Gesetzentwurf

Die Neuregelung sieht die Einrichtung einer Begleitgremiums durch das BMG im Benehmen mit dem BMAS und dem BMFSFJ vor, welches die Vorbereitung der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14, 15 und 18 pflegefachlich und wissenschaftlich unterstützen soll. Aufgabe des Beirats soll, neben der Klärung fachlicher Fragen, auch ausdrücklich die Unterstützung des Spitzenverbands der Pflegekassen, der Medizinische Dienste und der Vereinigungen der

Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene bei der Umstellung auf das neue System sein.

In Absatz 2 wird vorgeschlagen, dass die Maßnahmen und Ergebnisse der Vorbereitung und Umsetzung der Umstellung des Verfahrens zur Pflegebedürftigkeit evaluiert werden. Ein Bericht über die Ergebnisse der Evaluation ist bis zum 1.1.2020 zu veröffentlichen. Dem BMG sind auf Verlangen Zwischenberichte vorzulegen.

Bewertung

Die Einrichtung eines Begleitgremiums zur Klärung fachlicher Fragen und zur Beratung der Akteure, die die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des neuen Begutachtungsinstruments auf Bundesebene begleiten müssen, wird von der BAGFW als sinnvoll angesehen. Unklar ist, wer mit dem Auftrag zur begleitenden wissenschaftlichen Evaluation zu Maßnahmen und Ergebnissen der Vorbereitung und Umsetzung der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit beauftragt werden sollen. Es ist sinnvoll, den Auftrag dem Begleitgremium nach Absatz 1 zu erteilen. Die vorgesehene Frist der Evaluation von 3 Jahren halten wir für vertretbar, da das BMG sich auch Zwischenberichte vorlegen lassen kann.

Für den vollstationären Bereich ist aus Sicht der BAGFW die genaue Betrachtung der Bemessungsgrundlagen, insbesondere die der Personalrichtwerte und der Verteilung in den Pflegegraden, für den Umstellungszeitraum in ein Monitoringverfahren einzubinden. Die Aufgaben dieses Begleitgremiums sollen aus Sicht der BAGFW um die konkrete fachliche Beratung zu diesem Themenbereich ergänzt werden.

In §18c SGB XI ist nach Absatz 1 ein neuer Absatz 2 einzufügen. Aus Absatz 2 wird Absatz 3 SGB XI:

„(2) Das Begleitgremium berät das Bundesministerium für Gesundheit im Übergangszeitraum zu fachlichen Fragen zum Verhältnis zwischen der Zahl der Bewohner und der Zahl der Pflege- und Betreuungskräfte (in Vollzeitkräfte umgerechnet), unterteilt nach Pflegegrad (Personalanzahlzahlen), sowie im Bereich der Pflege, der Betreuung und der medizinischen Behandlungspflege, zusätzlich den Anteil der ausgebildeten Fachkräfte am Pflege- und Betreuungspersonal sowie zu der Entwicklung der Zusammensetzung der Bewohner in Bezug auf die Verteilung in den Pflegegraden und zur Entwicklung des einrichtungsindividuellen Eigenanteils.“

§ 28 neu: Leistungsarten, Grundsätze

Gesetzentwurf

Die aufgelisteten Änderungen sind Folgeänderungen der Neufassung der leistungrechtlichen Änderungen, die teils infolge der Neufassung der §§ 14 und 15 erfolgen, wie Nummer 9a, Aufhebung des Absatz 1b Satz 2 und des Absatzes 4; teils entsprechen sie redaktionellen Änderungen infolge von Änderungen im Leistungsrecht, wie Nr. 13.

Bewertung

Die Änderungen sind überwiegend sachgerecht. Unklar ist, warum Ziffer 12a „Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags“ gesondert aufgezählt wird. Es

handelt sich hierbei nicht um eine Leistungsart, sondern lediglich um eine Form, wie die Leistungsarten in Kombination miteinander in Anspruch genommen werden können.

Lösungsvorschlag

Streichung von Ziffer 12a.

Die in der BAGFW kooperierenden Verbände verweisen in diesem Zusammenhang darauf, dass sich infolge fehlender Änderungen im SGB XII alle Ansprüche auf Hilfe zur Pflege auf die Leistungen gemäß des jetzt bestehenden, alten Pflegebedürftigkeitsbegriffs beziehen. Die Inhalte der Leistungen des § 61 SGB XII alt beziehen sich nur auf den § 28 Absatz 1 Nr. 1 und 5 bis 8. Somit sind die neuen Nummern 9a und 13 nicht von der Hilfe zur Pflege umfasst. Ebenso gravierend wirkt, dass § 61 SGB XII sich in den Absätzen 3 bis 5 auf den alten Pflegebedürftigkeitsbegriff bezieht. Die BAGFW sieht hier dringenden Korrekturbedarf. Wir erachten es als schwierig, die notwendigen Anpassungen im SGB XII in einem gesonderten Gesetzgebungsverfahren, das unabhängig vom Zweiten Pflegestärkungsgesetz erfolgt, durchzuführen, da sichergestellt sein muss, dass der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff auch im SGB XII umgesetzt wird. Wenn die notwendigen Änderungen in einem separaten Gesetzgebungsverfahren durchgeführt werden, ist sicherzustellen, dass dieses auch spätestens zum 1.1.2017 in Kraft tritt. Es muss zudem gewährleistet sein, dass ein neuer § 61 SGB XII auch andere und weitergehende Hilfebedarfe als die vom neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff umfassten Hilfebedarfe anerkennt.

§ 28a neu:

Leistungen bei Pflegegrad 1

Gesetzentwurf

Pflegegrad 1 wird nach dem vorliegenden Gesetzentwurf mit anderen, geringeren Leistungen belegt als die übrigen Pflegegrade. Pflegegrad 1 umfasst die Leistungen der Pflegeberatung nach den §§ 7a und 7b, die Beratung in der Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3, die zusätzlichen Leistungen in ambulant betreuten Wohngruppen gemäß § 38a, die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln gemäß § 40 Absatz 1 bis 3 und 5, finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfeldes gemäß § 40 Absatz 4, die zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 43b und Zugang zu Pflegekursen für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen gemäß § 45. Zudem können Personen im Pflegegrad 1 den Entlastungsbetrag gemäß § 45b Absatz 1 Satz 1 in Höhe von 125 Euro monatlich erhalten, um sich auf der Basis der Kostenerstattung Leistungen der Tages- und Nachtpflege, der Kurzzeitpflege sowie Leistungen der ambulanten Pflegedienste im Sinne des § 36 sowie Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a Absatz 1 und 2 in Anspruch zu nehmen. Wenn Pflegebedürftige im Pflegegrad 1 vollstationäre Pflegeleistungen wählen, gewährt ihnen die Pflegeversicherung nach § 28a Absatz 3 einen Zuschuss in Höhe von 125 Euro.

Bewertung

Die beiden Expertenbeiräte haben empfohlen auch den Pflegegrad 1 mit Leistungen zu hinterlegen. Vorgesehen werden sollen Leistungen, die häufige Bedarfslagen des PG 1 adressieren oder der Vermeidung schwerer Pflegebedürftigkeit dienen. Die Be-

eintrüchtigungen des Personenkreises von Pflegegrad 1 liegen nach den Erkenntnissen des Beirats überwiegend im somatischen Bereiche. Erforderlich sind Teilhilfen bei der Selbstversorgung, beim Verlassen des Hauses und bei der hauswirtschaftlichen Versorgung. Der Gesetzentwurf ist beim vorgesehenen Leistungsspektrum für den Personenkreis des Pflegegrades 1 den Empfehlungen des Expertenbeirats gefolgt, welche die BAGFW vollumfänglich unterstützt hat. Zu hinterfragen ist, warum bei den Beratungsleistungen nicht auch die Beratung in den Pflegestützpunkten nach § 7c vorgesehen ist. Falls hier kein redaktionelles Versehen vorliegt, ist § 7c in Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 zu ergänzen. Von zentraler Bedeutung ist, dass die Personen in Pflegegrad 1 den Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI neu erhalten und diesen auch für die körperbezogenen Pflegemaßnahmen von ambulanten Pflegediensten einsetzen können, da auch in Bezug auf diese Aktivitäten ein Bedarf bestehen kann.

Nach Schätzungen des Beirats werden ca. 433.000 Menschen in den Pflegegrad 1 eingestuft werden. Nach den heute aus der Antragstellerstatistik gerundeten Zahlen leben 19.150 derzeit leistungsberechtigte Personen und aufgrund des Fehlens von PEA noch nicht leistungsberechtigte Personen im vollstationären Bereich. Das sind immerhin 8,2 Prozent aller Antragsteller. Es gibt Personen, die trotz geringen Hilfebedarfs mangels eines entsprechenden familiären oder sonstigen Unterstützungsangebots auf die Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen angewiesen sind. Dieser Personenkreis hat nach den vorgesehenen Neuregelungen gemäß § 28a Absatz 3 nur Anspruch auf einen Zuschuss aus der Pflegeversicherung in Höhe von 125 Euro. Ein darüber hinausgehender Anspruch auf Hilfe zur Pflege i.S. des § 61 SGB XII besteht nicht, da § 61 SGB XII nicht um Leistungsinhalte nach § 28a SGB XI neu erweitert wurde.

§ 36 neu:

Pflegesachleistung i.V. mit der Aufhebung der §§ 123 und 124

Gesetzentwurf

Anspruch auf die häusliche Pflegehilfe als Pflegesachleistung haben nur Personen, die mindestens Pflegegrad 2 erreichen. Sie haben Anspruch auf körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung. Der Anspruch umfasst dem Wortlaut des Gesetzes nach pflegerische Maßnahmen in den in § 14 Absatz 2 genannten Bereichen bzw. Modulen des Neuen Begutachtungsinstruments. Die bisherige Voraussetzung, dass Betreuungsleistungen nur in Anspruch genommen werden können, sofern Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung – oder in neuer Terminologie: körperbezogene Pflegemaßnahmen und Hilfen zur Haushaltsführung – sichergestellt sind, entfällt.

Neu ausgestaltet sind die Leistungssätze. Dabei wurden die Leistungssätze nach § 123 SGB XI alt in § 36 Absatz 3 SGB XI neu integriert. § 123 SGB XI alt ist entsprechend aufgehoben worden.

Bewertung

Korrespondierend zu § 4 Absatz 1 Satz 1 SGB XI neu wird das Wort „Grundpflege“ durch „körperbezogene Pflegemaßnahmen“ und die Wörter „hauswirtschaftliche Versorgung“ durch die Begriffe „Hilfen bei der Haushaltsführung“ ersetzt. Als neue regelhafte Leistung wird Betreuung als „pflegerische Betreuungsmaßnahmen“ ins SGB XI

eingeführt. Mit Ausnahme der Tatsache, dass der Begriff „körperbezogene Pflegemaßnahmen“ kritikwürdig ist (vgl. die Ausführungen zu § 4 SGB XI oben), begrüßt die BAGFW nachdrücklich, dass Betreuung nun eine gleichrangige Leistung der Pflegesachleistung (häuslichen Pflegehilfe) wird. Es entspricht dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und seinem Pflegeverständnis, dass Betreuungsleistungen auch in Anspruch genommen werden können, wenn die körperbezogene Pflege und Hilfen zur Haushaltsführung nicht sichergestellt sind. Pflegebedürftige Menschen sollen aus Sicht der BAGFW frei wählen können, welche Leistungen sie sich im häuslichen Umfeld zusammenstellen wollen. Bei demenzkranken Personen können dies überwiegend Betreuungsleistungen sein, bei Personen mit somatischen Einschränkungen überwiegend grundpflegerische Maßnahmen.

Ausdrücklich positiv zu bewerten ist, dass die Leistungen der häuslichen Betreuung nach § 124 SGB XI in die Pflegesachleistungen nach § 36 integriert wurden. Dies entspricht den Empfehlungen des Expertenbeirats. Die pflegerischen Betreuungsmaßnahmen umfassen dabei die Leistungen, die bisher in § 124 Absatz 2 beschrieben wurden, nämlich Unterstützung von Aktivitäten im häuslichen Umfeld, die dem Zweck der Kommunikation und der Aufrechterhaltung der sozialen Kontakte dienen und Unterstützung bei der Gestaltung des Alltags. Die Beeinträchtigungen, auf die sich diese Hilfen und Unterstützungsleistungen beziehen, liegen primär im Bereich des Moduls 6 Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte. Die Begründung zu § 36 weist ausdrücklich darauf hin, dass es darüber hinaus im Bereich der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen noch ein Spektrum an psycho-sozialer Unterstützung gibt, das unter Bezugnahme auf die Analysen von Wingenfeld & Gansweid (Analysen für die Entwicklung von Empfehlungen zur leistungsrechtlichen Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs; Abschlussbericht April 2013, S. 35) auch die folgenden Hilfen umfasst:

- Hilfen bei der Kommunikation, emotionale Unterstützung,
- Hilfen zur Verhinderung oder Reduzierung von Gefahren,
- Orientierungshilfen,
- Unterstützung bei der Beschäftigung,
- kognitiv fördernde Maßnahmen,
- Präsenz.

Der Gesetzgeber nimmt keine Abgrenzung zwischen den Leistungen der Eingliederungshilfe und der Pflegeversicherung vor, sondern führt statt dessen in der Begründung aus: "Soweit der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff auch in das SGB XII und andere Gesetze eingeführt wird, wird der Begriff der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen zur Klärung von Schnittstellen näher zu definieren sein. Ob hierfür ein detaillierter, offener Leistungskatalog erforderlich ist, wo derartige Regelungen verortet werden, und welche Regelungen zur Leistungskonkurrenz erfolgen, wird noch festgelegt."

Die leistungsrechtlichen Auswirkungen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes werden im SGB V nicht ausgeführt. Um leistungsrechtliche Abgrenzungsprobleme zu vermeiden, ist in § 36 weiterhin auf die Schnittstelle zum SGB V hinzuweisen. Es ist klarzustellen, dass die körperbezogenen Pflegemaßnahmen sich auf die Pflegemaßnahmen bei den in § 14 genannten Bereichen beziehen, die krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen jedoch nicht dazu gehören, soweit diese im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 des Fünften Buches zu leisten sind.

Die BAGFW begrüßt die Integration der Leistungssätze der Übergangsvorschrift nach § 123 SGB XI alt in die Leistungssätze nach § 36 SGB XI neu, denn für Sonderregelungen gibt es im Leistungsrecht nach dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff keine Begründung mehr.

Lösungsvorschlag

Um Abgrenzungsprobleme zur Häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V zu vermeiden, ist in §36 Absatz 1 folgender Satz 3 aufzunehmen

„Körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung umfassen in den in § 14 Absatz 2 genannten Bereichen nicht die Verrichtungen bei den krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen, soweit diese im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 des Fünften Buches zu leisten sind.“

§ 37 neu:

Pflegegeld i.V. mit der Aufhebung von § 123

Gesetzentwurf

Die Regelungen zum Pflegegeld sind notwendige Folgeänderungen, die sich aus der Neufassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs ergeben. Anspruch auf diese Leistung haben alle Leistungsberechtigten der Pflegegrade 2 bis 5. Die Leistungssätze entsprechen der Zusammenführung der bisherigen Leistungssätze des alten § 37 SGB XI mit dem § 123 SGB XI. Pflegegrad 5 wird auch ein Leistungssatz zugeordnet.

Des Weiteren wird die Fortgewährung des Pflegegelds bei Kurzzeit- und Verhinderungspflege in § 37 Absatz 2 Satz 2 SGB XI neu geregelt. Mit dem PSG I wurden die Leistungen der Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege durch verbesserte Kombinationsfähigkeit flexibilisiert. Das Pflegegeld wurde trotz dieser Flexibilisierungen weiterhin nur für bis höchstens 4 Wochen in hälftiger Höhe fortgewährt. Mit diesem Gesetzentwurf wird die Fortgewährung an die neuen flexibilisierten Höchstgrenzen angepasst: Das Pflegegeld kann bei Verhinderungspflege daher künftig für bis zu sechs Wochen fortgewährt werden, bei Kurzzeitpflege für bis zu acht Wochen. Entsprechendes gilt für die Fortgewährung des anteiligen Pflegegelds bei Inanspruchnahme der Kombinationspflege nach § 38 Absatz 1 Satz 4 neu.

Des Weiteren erfolgen Neuregelungen zu den Beratungseinsätzen nach § 37 Absatz 3 SGB XI. So haben künftig Pflegebedürftige in den Pflegegraden 2 und 3 Anspruch auf einen halbjährlichen Beratungseinsatz und Pflegebedürftige in den Pflegegraden 4 und 5 auf einen vierteljährigen Beratungseinsatz. Pflegebedürftige im Pflegegrad 1 können die Beratung einmal halbjährlich in Anspruch nehmen. Neu ist, dass auch Pflegesachleistungsbezieher ebenfalls halbjährlich einmal einen Beratungsbesuch in Anspruch nehmen können.

Ferner erhöht sich die Vergütung für den Beratungseinsatz, die nach Pflegegraden gestaffelt ist, um jeweils 1 Euro. Der Gesetzgeber beabsichtigt jedoch auch eine Verbesserung der Qualitätssicherung. So sollen die Empfehlungen der Beratungsbesuche, die bisher gemeinsam durch den Spitzenverband der Pflegekassen, den Verband der PKV und die Vereinigungen der Träger der ambulanten Pflegeeinrich-

tungen beschlossen werden sollten, künftig von den Vertragsparteien nach § 113 gemäß § 113b beschlossen werden. Hierfür wird als Frist für den Beschluss der 1.1.2018 festgelegt. In § 37 Absatz 5 Satz 2 SGB XI neu wird zudem vorgesehen, dass der Beschluss auf Verlangen des BMG oder einer der Vertragsparteien nach § 113 neu zu treffen ist, wenn eine der Vertragsparteien im Einvernehmen mit dem BMG zum Beschluss neuer Empfehlungen aufruft.

Bewertung

Die erfolgten Folgeänderungen zum Pflegegeld in Anpassung an den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff erachten wir als sachgerecht.

Die Verbände der BAGFW haben schon anlässlich des PSG I gefordert, dass die Regelungen zur Fortgewährung des Pflegegelds bei der Inanspruchnahme der flexibilisierten Kurzzeit- und Verhinderungspflege an die neuen zeitlichen Höchstgrenzen angepasst werden müssen. Insofern begrüßen wir die Regelungen nachdrücklich. Wünschenswert wäre allerdings, dass das Pflegegeld nicht nur in hälftiger Höhe, sondern in voller Höhe fortgewährt wird.

Die Pflege in den Privathaushalten geht teilweise mit großen Belastungen einher. Nicht selten fehlt es an Wissen über Pflegeechniken, Entlastungsmöglichkeiten und Sozialleistungsansprüche. Für die Unterstützung pflegender Angehöriger sowie die Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der familialen Pflege kommt bestehenden Beratungs- und Schulungsangeboten eine zentrale Rolle zu. Die Beratung nach § 37 Absatz 3 SGB XI dient der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege, der regelmäßigen Hilfestellung und der praktischen pflegfachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden und der Stabilisierung des Pflegesettings. Vor diesem Hintergrund begrüßen die in der BAGFW kooperierenden Verbände, dass zukünftig auch Pflegesachleistungsbezieher halbjährlich einmal einen Beratungsbesuch in Anspruch nehmen können. Dies ermöglicht pflegebedürftigen Menschen und ihren pflegenden Angehörigen auch ohne Pflegegeldbezug den Beratungseinsatz in Anspruch zu nehmen. Wir halten es des Weiteren für erforderlich, dass alle pflegebedürftigen Menschen in der häuslichen Pflege die Beratung auch häufiger abrufen können als dies in § 37 Absatz 3 Satz. 1 SGB XI vorgesehen ist.

Die BAGFW unterstützt das Anliegen des Gesetzentwurfs, den Beratungspflichteinsatz mit einer neuen Qualität zu versehen. Dieses Ziel wird mit den vorgeschlagenen Neuregelungen jedoch in keinster Weise erreicht. Zunächst ist die Erhöhung der Vergütung des Pflegepflichtesatzes um 1 Euro zwar zu begrüßen, sie reicht aber bei weitem nicht aus, um die notwendige Qualität zu gewährleisten. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Beratung mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs qualitativ einer Weiterentwicklung bedarf, da nicht nur zu Fragen in Bezug auf die körperlichen Einschränkungen beraten werden muss, sondern vor allem auch zu Fragen, welche die kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten und den Umgang mit psychischen Problemlagen und Verhaltensweisen betreffen. Ein solcher Beratungseinsatz ist in dem bisherigen, zunehmend engeren Zeitkorsett, nicht zu leisten. Er bedarf zudem einer entsprechend höheren, angemessenen Vergütung. Die Vergütungen der Einsätze sind so zu gestalten, dass sie auch aus wirtschaftlicher Sicht eine umfangreiche, individuelle und qualitätsgesicherte Beratung zulassen. Dies ist mit 23 bzw. 33 Euro nicht möglich. Eine qualitätsgesicherte Beratung erfordert nach unserer Einschätzung sicherlich den doppelten Betrag. Die Verbände der BAGFW hatten sich in den letzten Jahren bereits dafür eingesetzt, die Vergütungen nicht ge-

setzunglich festzuschreiben, sondern zukünftig in den Grundsätzen für die Vergütungsregelung nach § 89 SGB XI zu vereinbaren. Auf dem Wege der Verhandlung können sie so an die allgemeine Lohnentwicklung angepasst werden und sind zudem schiedsstellenfähig.

Die Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche können aus Sicht der BAGFW durchaus von den Vertragsparteien nach § 113 beschlossen werden. Neben den bereits im Gesetzentwurf beschriebenen Inhalten sollten nach Auffassung der BAGFW die Empfehlungen auch Kriterien für eine angemessene Vergütung beschreiben; § 37 Absatz 4 ist entsprechend zu erweitern.

Lösungsvorschlag

Der bisherige Satz 4 in § 37 Absatz 3 SGB XI ist zu streichen und wie folgt zu formulieren:

„Die Vergütung wird in den Grundsätzen für die Vergütungsregelung nach § 89 Absatz 3 SGB XI vereinbart.“

Die Vergütung für den Pflegepflichteneinsatz ist in den Verträgen nach § 89 SGB XI zu regeln.

In § 89 Absatz 1 Satz 1 sind nach den Wörtern „der Leistungen der häuslichen Pflegehilfe“ die Wörter „und die Vergütung für die Beratung nach § 37 Absatz 3 Satz 4“ einzufügen.

§ 38 neu:

Kombination von Geldleistung und Sachleistung

Gesetzentwurf

Bei den Neuformulierungen handelt es sich um rein redaktionelle Änderungen in Folge der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs.

Bewertung

Die Neuformulierungen sind sachgerecht. Wir bitten, in § 38 die Vorschrift der sechsmonatigen Bindungsfrist an die gewählte Kombination von Pflegesachleistung und Pflegegeld in Satz 3 zu bereinigen, Diese Regelung hat in der Praxis nie eine Rolle gespielt. Sie entspricht nicht den Lebenswirklichkeiten pflegebedürftiger Menschen, die Pflegegeld und Pflegesachleistung variabel kombinieren können müssen. Dies gilt erst recht vor dem Hintergrund des 40 prozentigen Umwidmungsbetrags, der eine noch höhere Flexibilität erfordert.

Lösungsvorschlag

Streichung von Satz 3.

§ 38a neu: Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige im ambulant betreuten Wohngruppen i.V. mit der Aufhebung von § 123

Gesetzentwurf

Der pauschale Zuschlag für die Präsenzkraft wird von gegenwärtig 205 Euro monatlich auf 214 Euro monatlich erhöht. In Absatz 1 Nr. 4 wird der Klammerzusatz „anbieterverantwortete ambulant betreute Wohngruppe“ eingefügt. Des Weiteren regelt der

Gesetzentwurf, dass Leistungen der Tages- und Nachtpflege nur dann gleichzeitig mit dem Wohngruppenzuschlag in Anspruch genommen werden können, wenn durch eine Prüfung des MDK gegenüber der Pflegekasse nachgewiesen wird, dass die Pflege ohne teilstationäre Pflege nicht sichergestellt werden kann. Die Regelung gilt auch für Privatversicherte.

Bewertung

Die BAGFW begrüßt die erneute Erhöhung des Wohngruppenzuschlags nachdrücklich. Abgelehnt wird hingegen die Neuregelung zur gleichzeitigen Inanspruchnahme von Tagespflege und der Leistung nach § 38a. Hintergrund der Regelung dürften bekannt gewordene Fälle sein, nach denen vollstationäre Einrichtungen in ambulante Wohngruppen umgewandelt wurden und die Pflege u.a. durch ein Angebot der Tagespflege im selben Haus sichergestellt wurde. Die BAGFW lehnt eine solche missbräuchliche Umwandlung von Wohn- und Pflegeformen grundsätzlich ab. Das Argument des Missbrauchs kann jedoch nicht dazu führen, dass Menschen, die in ambulant betreuten Wohngruppe eingezogen sind und somit eine neue Häuslichkeit gewählt haben, anders behandelt werden als Menschen, die in ihrer angestammten Häuslichkeit leben und gepflegt werden. Der freie Zugang zur Tages- und Nachtpflege muss entsprechend dem Wunsch- und Wahlrecht, das allen Versicherten zusteht, uneingeschränkt auch pflegebedürftigen Menschen in ambulant betreuten Wohngruppen zur Verfügung stehen. Für die geplante Neuregelung gibt es auch keinen Sachgrund, denn der Leistungsbetrag nach § 38a Absatz 1 ist zweckgebunden für die Finanzierung der Präsenzkraft nach § 38a Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 einzusetzen. Die Präsenzkraft wiederum soll und darf ausdrücklich nicht pflegen, sondern soll unabhängig von der individuellen pflegerischen Versorgung (!) allgemeine organisatorische, verwaltende, betreuende oder das Gemeinschaftsleben fördernde Tätigkeiten verrichten. Wenn die Präsenzkraft pflegerische Tätigkeiten verrichtet, darf die Pflegekasse die Leistung nach § 38a nicht auszahlen. Fazit ist, dass es keine Schnittmenge zwischen pflegerischen Leistungen und der Leistung nach § 38a gibt. Daher gibt es auch keinen Grund für eine Prüfung, ob durch das Leben und die Aktivitäten in der ambulant betreuten Wohngruppe die Pflegeleistung abgedeckt ist. Daraus folgt, dass es auch keinen Grund gibt, zu prüfen, ob die pflegerische Versorgung durch teilstationäre Leistungen abgedeckt ist oder nicht. Völlig sachfremd ist zudem die Prüfung dieses Sachverhalts durch den MDK. Aus den genannten Gründen ist § 38a Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 letzter Satz ersatzlos zu streichen. Der Begriff „anbieterverantwortete ambulant betreute Wohngruppe“ ist in den heimrechtlichen Regelungen der Länder unterschiedlich belegt – sofern er dort aufgegriffen und definiert wird. Der geplante Einschub führt in der Praxis nicht zu mehr Klarheit, sondern erhöht die Interpretationsvielfalt und führt dadurch zu sehr restriktiven Leistungsgenehmigungen. Dies kann nicht im Sinne der Versicherten sein. Deshalb ist der Klammerzusatz „anbieterverantwortete ambulant betreute Wohngruppe“ wieder zu streichen.

Die in der BAGFW kooperierenden Verbände weisen auf drei weitere Probleme aus der Umsetzungspraxis des § 38a SGB XI hin, die mit dem vorliegenden Gesetzentwurf beseitigt werden sollen.

1. Manche Krankenkassen verweisen darauf, dass es sich nicht um eine gemeinsame Wohnung handelt, wenn die Bewohner der ambulanten Wohngruppen in ihrem Privatraum über einen eigenen Sanitärbereich verfügen. Die Zahlung des Wohngruppenzuschlags wird in diesem Fall verweigert. Im Ge-

setz ist nicht näher definiert, wann es sich um eine „gemeinsame Wohnung“ handelt. Das leistungsrechtliche Rundschreiben der Pflegekassen führt hierzu aus, dass „von einer gemeinsamen Wohnung ausgegangen werden kann, wenn der Sanitärbereich, die Küche und – wenn vorhanden – der Aufenthaltsraum einer abgeschlossenen Wohneinheit von allen Bewohnern jederzeit allein oder gemeinsam genutzt werden kann“. Des Weiteren ist dort nachzulesen, dass es ein „Indiz gegen eine gemeinsame Wohnung sein kann, wenn die Privaträume der Bewohner über vollausgestattete Sanitärbereiche“ verfügen. Das Leistungsrechtliche Rundschreiben lässt hier zahlreiche Interpretationsspielräume offen: Was ist ein „vollausgestatteter“ Sanitärbereich, z.B. wenn das Zimmer jedes Bewohners über ein eigenes WC verfügt? Was bedeutet „jederzeit allein oder gemeinsam“ nutzbar mit Blick auf den Sanitärbereich? Wenn ambulante Wohngruppen eine Alternative zur stationären Versorgung darstellen sollen, muss es auch möglich sein, dass sie ihren Bewohnern separat zu nutzende Sanitärbereiche anbieten. Aufgrund der Unklarheiten in der Praxis bitten die in der BAGFW zusammengeschlossenen Verbände den Gesetzgeber, dies in der Begründung klarzustellen.

2. Wenn die Mieter einer ambulanten Wohngruppe einen Pflegedienst beauftragen, eine Präsenzkraft zu stellen, wird ihnen der Wohngruppenzuschlag verweigert mit Verweis darauf, dass mit Beauftragung eines Dienstes der Wortlaut des Gesetzes nicht erfüllt sei, wonach die Bewohner der Wohngruppe eine Person beauftragen müssen.
3. Die Formulierung „Anbieter der Wohngruppe“ nach § 38a Absatz 1 Nummer 4 ist missverständlich und führt zur Ablehnung der Zahlung des Wohngruppenzuschlags. Der Anbieter einer Wohngruppe kann nur der Vermieter sein, nicht ein Pflegedienst. In Nummer 4 wird jedoch der Nachweis gefordert, dass der „Anbieter der Wohngruppe“ keine Leistungen erbringt, welche den Umfang einer vollstationären Pflege annehmen. Der Pflegedienst ist jedoch selbst nur Gast in der Wohngruppe und erbringt – von außen kommend – die von den Bewohnern der ambulanten Wohngruppe beauftragten Pflegesachleistungen. Da er nur ambulant tätig wird und nach Durchführung der pflegerischen Leistungen die ambulante Wohngruppe wieder verlässt, ist bereits deutlich, dass er keine Leistungen im Umfang der vollstationären Pflege erbringt. Der Nachweis, dass keine vollstationäre Pflege erbracht wird, erübrigt sich somit qua Leistungsform. Die in Nummer 4 vorgenommene Negativdefinition, dass eine vollstationäre Pflege nicht vorliegt, „wenn eine aktive Einbindung der eigenen Ressourcen und des sozialen Umfelds“ der Bewohner gegeben ist, erachten wir als problematisch. Auch in der vollstationären Pflege ist die aktive Einbringung der pflegenden Angehörigen erforderlich. Sozialraumorientierung ist ebenfalls eine Schlüsselkategorie der vollstationären Pflege. Insgesamt hält die BAGFW Nummer 4 für verfehlt. Nummer 4 ist daher zu streichen.

Lösungsvorschlag

Die in der BAGFW kooperierenden Verbände lehnen eine Einschränkung des Wunsch- und Wahlrechts hinsichtlich der Inanspruchnahme von Tages- oder Nachtpflege durch Menschen, die in ambulanten Wohngruppen leben, ab und fordern daher die Streichung des § 38a Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 Satz 2.

Der Begriff „Anbieter der Wohngruppe“ in § 38a Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 ist missverständlich und führt zu nicht nachvollziehbaren Leistungsausschlüssen. Nummer 4 ist daher vollständig zu streichen. Des Weiteren ist die geplante Aufnahme des

Klammerzusatzes „anbieterverantwortete ambulant betreute Wohngruppe“ zu streichen.

Präsenzkräfte werden zumeist von Pflegediensten gestellt. Das sieht auch die Gesetzesbegründung zu § 38a ausdrücklich vor. „Personen“ im Sinne des § 38a Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 können sowohl juristische als auch natürliche Personen sein. Daher sollen in Nummer 3 vor dem Wort „Person“ die Wörter „natürliche oder juristische“ eingefügt werden.

§ 39 neu: Verhinderungspflege i.V. mit der Aufhebung von § 123

Gesetzentwurf

Anspruch auf Verhinderungspflege haben Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 bis 5. Insgesamt wird der Paragraph redaktionell an die Änderungen in Folge der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs angepasst und damit klarer sowie übersichtlicher gegliedert. Inhaltliche Änderungen sind durch die Neuformulierungen nicht erfolgt.

Bewertung

Die BAGFW erachtet die Neuformulierungen für sachgerecht. Gleichzeitig wiederholen wir unser Petition einer vollständigen Harmonisierung der wechselseitigen Anrechenbarkeit der Leistungen der Verhinderungs- und Kurzzeitpflege. Nach dem PSG I können Versicherte Kurzzeitpflege für die Dauer von bis zu acht Wochen aus nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Verhinderungspflege zu nehmen, während Verhinderungspflege umgekehrt nur für die Dauer von bis zu sechs Wochen aus nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege abrufbar ist. Diese unterschiedliche Leistungsdauer führt bei den Versicherten zu Unverständnis und Intransparenz. Die BAGFW bittet zu prüfen, ob die maximale Inanspruchnahme der Verhinderungspflege von sechs auf acht Wochen verlängert werden kann.

Die Wartefristen bei der Verhinderungspflege sollten ersatzlos gestrichen werden. Angehörige von demenzkranken Menschen haben diese oftmals schon vor Beantragung von Leistungen aus der Pflegeversicherung betreut und benötigen daher auch schon vor Ablauf der 6 Monate nach Gewährung von Leistungen eine Auszeit.

Hohe bürokratische Hürden bestehen auch bei der Inanspruchnahme von Verhinderungspflege: Hier wird die stundenweise Abrechnung von Verhinderungspflege von den Pflegekassen häufig abgelehnt. Es soll daher gesetzlich klargestellt werden, dass bei stundenweiser Inanspruchnahme von Verhinderungspflege unter acht Stunden am Tag keine Anrechnung auf die Höchstanspruchsdauer pro Kalenderjahr erfolgt. Auch das Pflegegeld soll bei stundenweiser Inanspruchnahme entsprechend nicht gekürzt werden.

Lösungsvorschlag

In § 39 Absatz 1 Satz 1 sowie in Absatz 3 Satz 1 ist das Wort „sechs“ jeweils durch „acht“ zu ersetzen.

In Absatz 1 Satz 1 sind nach „Kalenderjahr“ die Wörter „bei einer tagesweisen Inanspruchnahme zu ergänzen“, um zwischen einer tagesweisen und stundenweisen Inanspruchnahme unterscheiden zu können.

Es soll explizit klargestellt werden, dass bei stundenweiser Inanspruchnahme von unter 8 Stunden pro Tag keine Anrechnung auf die Höchstanspruchsdauer erfolgt. In Absatz 1 sind nach Satz 4 folgende Sätze einzufügen:

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

In Absatz 2 Satz 1 sind die Leistungsbeträge „806 Euro“ durch „1.612 Euro“ und die „2.418 Euro“ durch „3.224 Euro“ zu ersetzen.

§ 41 Tagespflege und Nachtpflege neu i.V. mit der Aufhebung von § 123

Gesetzentwurf

Die Regelungen zur Tagespflege und Nachtpflege sind notwendige Folgeänderungen, die sich aus der Neufassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs ergeben. Anspruch auf diese Leistung haben alle Leistungsberechtigten der Pflegegrade 2 bis 5. Die Leistungssätze entsprechen der Zusammenführung der bisherigen Leistungssätze des alten § 41 SGB XI mit dem § 123 SGB XI. Pflegegrad 5 wird auch ein Leistungssatz zugeordnet.

Bewertung

Die in der BAGFW zusammengeschlossenen Verbände unterstreichen nochmals, dass der Ausbau der Tages- und Nachtpflege zu einer eigenständigen Leistung nachdrücklich zu begrüßen ist. Wir verweisen in diesem Zusammenhang jedoch auf ein Praxisproblem: Es zeigt sich, dass die Höhe der Beförderungskosten bislang oft nicht ausreichend refinanziert wird. Zu berücksichtigen ist nämlich u.a., dass v.a. für gerontopsychiatrisch veränderte Menschen oftmals eine zweite Person zur Betreuung während der Fahrt oder für die Abholung aus der Wohnung erforderlich ist. Dieser Umstand verhindert entscheidend den weiteren Aufbau von Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen und damit den Ausbau dringend benötigter und stark nachgefragter teilstationärer Strukturen, die entscheidend zu Stärkung der häuslichen Pflege und Entlastung pflegender Angehöriger beitragen können.

Lösungsvorschlag

In § 41 SGB XI Absatz 1 Satz 2 wird klargestellt, dass die Beförderung auch eine zweite Begleitperson erfordern kann. Daher sollen in Satz 2 vor das Wort „notwendige“ die Wörter „im jeweiligen Umfang“ ergänzt werden.

In § 84 Absatz 2 ist sicherzustellen, dass auch die Fahrtkosten für die Hin- und Rückfahrt zur Tagespflege so finanziert werden müssen, dass auch weitere Strecken im ländlichen Bereich durch die Pauschalen abgedeckt sind. Bezüglich der Beförderungsleistung im Rahmen der Tages- bzw. Nachtpflege halten wir eine Klarstellung für notwendig, dass zwar die Pflegekassen die Beförderungskosten übernehmen, dass aber die Einrichtungen, die die Tages- bzw. Nachtpflege erbringen, die Beförderungsleistung nicht selbst erbringen müssen, d. h. auch deren Kosten nicht zwingend mit den Pflegekassen verhandeln müssen. Die Einrichtungen müssen die Beförderungsleistung lediglich sicherstellen. Dies kann auch eine organisatorische Sicher-

stellung sein; die Einrichtung kann dementsprechend auf einen örtlichen „Beförderer“ verweisen, der diese Leistung erbringt.

§ 84 Absatz ist nach Satz 4 um folgenden Satz 5 zu ergänzen:

„Dies umfasst auch die Vergütung der Beförderung des Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Tages- oder Nachtpflege und zurück, sofern die stationären Pflegeeinrichtungen die Beförderung selbst anbieten.“

§ 43 neu:

Inhalt der Leistung bei vollstationärer Pflege

Gesetzentwurf

Die Leistungsarten der vollstationären Pflege werden an den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff angepasst: Aus „sozialer Betreuung“ wird Betreuung und es wird klargestellt, dass die pflegebedingten Aufwendungen auch die Aufwendungen für Betreuung umfassen.

Des Weiteren erfolgt eine Neustaffelung der Leistungsbeträge. Pflegegrad 2 werden 770 Euro monatlich zugemessen, Pflegegrad 3 1262 Euro, Pflegegrad 4 1775 Euro und Pflegegrad 5 2005 Euro.

Neu geregelt werden die Folgen, wenn Pflegebedürftige die vollstationäre Pflege wählen, obwohl sie nach Feststellung der Pflegekasse nicht erforderlich ist. Gehen Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung, erhalten sie aus der Pflegekasse einen Zuschuss von 125 Euro, der um 20 Prozent gekürzt wird. Er beträgt dann mithin 100 Euro. In gleicher Weise wird der Leistungsbetrag für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 auf 80 Prozent gekürzt, wenn sie vollstationäre Pflege wählen, obwohl die Pflegekasse festgestellt hat, dass dies nicht erforderlich ist.

Bewertung

Die BAGFW lehnt die Schlechterstellung der Pflegegrade 2 und 3 gegenüber den referentiellen Pflegestufen 1 und 2 ab.

Zur Neufestsetzung und Neustaffelung der Leistungsbeträge werden keine substantiellen inhaltlichen Erläuterungen in der Gesetzesbegründung gemacht. Es wird lediglich ausgeführt, dass die vollstationären Leistungsbeträge so gestaffelt sind, dass sie zusammen mit dem einrichtungseinheitlichen Eigenanteil nach § 84 im Durchschnitt den in der vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen beauftragten Studie der Universität Bremen zur Erfassung von Versorgungsaufwänden in stationären Einrichtungen (**EViS**) festgestellten Aufwandsrelationen entsprechen.

Unabhängig von den Limitierungen der EViS-Studie geht dieser Ansatz ins Leere, da er die Aufwandsrelationen der EViS-Studie nur scheinbar nachvollzieht. Im Ergebnis werden die Aufwandsrelationen der EViS-Studie zu keinem Zeitpunkt in irgendeiner Einrichtung erreicht. Das liegt an der Verquickung mit dem einrichtungseinheitlichen Eigenanteil. Erstens ist der Eigenanteil als variable und veränderliche Größe zur Festschreibung einer Relation ungeeignet. Der Eigenanteil ist von der konkreten Kosten- und Belegungsstruktur einer Einrichtung abhängig, daher bei allen Einrichtungen

unterschiedlich hoch und verändert sich ferner mit den Kosten und der Belegung im Laufe der Zeit. Zweitens setzt das BMG nach Rückmeldungen der Leistungserbringer mit 580 EUR einen deutlich zu niedrigen durchschnittlich zu erwartende Eigenanteil an, was die Aufwandsrelation weiter verzerrt. Drittens ist der einrichtungseinheitliche Eigenanteil so konzipiert, dass die niedrigen Pflegegrade hierüber einen höheren Anteil an den Gesamtkosten einer Einrichtung übernehmen als die hohen Pflegegrade. Der Eigenanteil zusammen mit dem Leistungsbetrag spiegelt daher gerade nicht den durchschnittlichen Versorgungsaufwand des einzelnen Pflegegrades wieder. Er ist somit auch aus diesem Grund als Bezugspunkt für eine Aufwandsrelation ungeeignet.

Zudem kann die EViS-Studie die erhebliche Absenkung des Leistungsbetrages für den Pflegegrad 2 auf eine Höhe von 770 Euro gegenüber der jetzigen Referenzpflegestufe 1 und den Empfehlungen des Expertenbeirates in Höhe von 1064 Euro nicht zu erklären. Im Zusammenspiel mit den einrichtungseinheitlichen Eigenanteilen müssen die Bewohner im künftigen Pflegegrad 2 gegenüber den bisherigen durchschnittlichen Eigenanteilen der Pflegestufe 1 von 350 Euro im Jahr 2014 eine weitaus höhere Zuzahlung leisten und werden doppelt benachteiligt. Damit wird für Personen, die in Pflegegrad 2 eingestuft sind, künftig deutlich erschwert, in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung einzuziehen.

Ergänzend dazu wird in der Begründung zu § 84 ausgeführt: „Mit diesem Prinzip soll es auf Grundlage der einrichtungseinheitlichen Eigenanteile gelingen, Steigerungen bei den Eigenanteilen in den oberen Pflegegraden entgegenzuwirken.“ Aus Sicht der BAGFW muss dem Problem steigender Eigenanteile aber mit der entsprechenden Anhebung der regelmäßig wiederkehrenden Leistungsbeträge der Pflegeversicherung begegnet werden, und zwar unter Berücksichtigung der dauerhaften Sicherung der Realwertkonstanz.

Für das Jahr 2020 ist zwar eine Dynamisierungsoption vorgesehen, jedoch keine grundlegende Neufestsetzung der Leistungsbeträge in § 43 SGB XI. Dies ist nicht ausreichend. Es bedarf stattdessen eines jährlichen Monitorings der Auswirkungen der Neufestsetzung der Leistungsbeträge in § 43 SGB XI und ggf. einer jährlichen Korrektur der Leistungssätze nach § 43 SGB XI, mindestens für den Übergangszeitraum der nächsten drei Jahre ab dem Jahr 2017.

Während die Behandlungspflege in der häuslichen Pflege durch die Krankenversicherung übernommen wird, zählt die medizinische Behandlungspflege in der vollstationären Pflege zu den pflegebedingten Aufwendungen nach § 43 SGB XI, die mit den in § 43 Abs. 2 genannten pflegegradbezogenen Leistungsbeträgen pauschal abgegolten werden muss. Grundsätzlich sind die Leistungsbeträge für vollstationäre Pflege auch vor diesem Hintergrund in Relation zu den Sachleistungsbeträgen in der häuslichen Pflege zu gering und nicht sachgerecht.

Des Weiteren ist problematisch, pflegebedürftige Menschen, die nur Pflegegrad 1 erreichen, grundsätzlich von Leistungen der vollstationären Pflege auszuschließen. Dies stellt eine nicht zu rechtfertigende Einschränkung des Wunsch- und Wahlrechts dar. Auch bei Menschen, die einen geringen Bedarf an pflegerischen Leistungen haben, kann Pflege in vollstationären Einrichtungen geboten sein, etwa wenn es ihnen an einem unterstützenden Umfeld zuhause gänzlich fehlt.

Die BAGFW regt an, den leistungsrechtlich in § 43 Absatz 3 und 4 verankerten Grundsatz der sog. „Heimbedürftigkeit“, der von Anfang an im SGB XI verankert war, grundsätzlich aufzuheben. Aus Sicht der BAGFW gibt es keinen „Heimsog“. Umfragen belegen, dass der Einzug in eine vollstationäre Pflegeeinrichtungen die „ultima ratio“ darstellt. Menschen möchten solange wie möglich in ihrem vertrauten häuslichen Umfeld verbleiben. Das gilt für Menschen in allen Pflegegraden. Daher bittet die BAGFW den Gesetzgeber dringend, die Absätze 3 und 4 zu prüfen.

Lösungsvorschlag

Die Leistungshöhe für Pflegegrad 2 und 3 sind entsprechend der Empfehlungen des Expertenbeirats auszugestalten.

Die Leistungshöhen in den Pflegegraden 2 bis 5 sind in der Übergangszeit jährlich neu zu überprüfen und anzupassen.

Die Finanzverantwortung für die Behandlungspflege ist im SGB V zu verankern.

§ 43 Abs. 4 ist zu streichen.

§ 43b neu:

Fünfter Titel: Zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen

Gesetzentwurf

Pflegebedürftige in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen haben Anspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung, die über die nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit notwendige Versorgung hinausgeht.

Bewertung

Erstmals erhalten Pflegebedürftige in stationären Einrichtungen einen individuellen Rechtsanspruch auf Maßnahmen der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung. Damit werden die stationären Einrichtungen verpflichtet, entsprechendes Personal einzustellen, für welches sie einen Vergütungszuschlag nach den Maßgaben der §§ 84 Absatz 8 und 85 Absatz 8 SGB XI neu erhalten können. Die BAGFW hatte sich stets dafür eingesetzt, dass der Vergütungszuschlag nach § 87b dem Inhalt nach erhalten bleibt. Das hat auch der Expertenbeirat gefordert. Die BAGFW begrüßt ausdrücklich, dass der bisherige Anspruch der Einrichtung auf Zahlung einer Vergütung durch die Pflegekasse nun durch einen individuellen Leistungsanspruch der pflegebedürftigen Menschen in den Einrichtungen ergänzt wird.

§ 19 Begriff der Pflegepersonen i.V. mit § 44 Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen

Artikel 3: Änderung des SGB III/ § 28a Versicherungspflichtverhältnis auf Antrag bei der Arbeitslosenversicherung

Artikel 5: Änderung des SGB VI- Rentenversicherung der Pflegepersonen/

Artikel 6: Absicherung der Pflegeperson in der Unfallversicherung

Gesetzentwurf

Anspruchsvoraussetzung für Leistungen der sozialen Sicherung der Pflegeperson soll anstatt der bisherigen Mindestpflegezeit von 14 Stunden nun eine Mindestpflegezeit von zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tagen in der Woche sein. Dies gilt für alle Pflegepersonen, die eine oder mehrere pflegebedürftige Personen der Pflegegrade 2, 3, 4 oder 5 pflegen. Es wird vermutet, dass die Pflege eines Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 weniger als zehn Stunden wöchentlich umfasst. Voraussetzung ist weiter, dass die Pflegeperson regelmäßig nicht mehr als dreißig Stunden wöchentlich erwerbstätig ist und keine Vollrente wegen Alters bezieht. Das Pflegeverständnis wurde an den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff angepasst und umfasst körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung.

Wegen des geringen Umfangs des Pflegebedarfs ist die Absicherung in der Arbeitslosenversicherung, die rentenrechtliche Absicherung und die Absicherung in der Unfallversicherung nicht für Pflegepersonen geplant, die einen Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 pflegen.

Bei der sogenannten Mehrfachpflege werden Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung und Arbeitslosenversicherung nur entrichtet, wenn die jeweilige Pflege Tätigkeit im Verhältnis zum Gesamtpflegeaufwand mindestens 30 Prozent umfasst (Mindestpflegeaufwand). Beträgt der prozentuale Anteil nicht mindestens 30 Prozent des Gesamtpflegeaufwands, erfragt der Medizinische Dienst der Krankenversicherung oder ein anderer von der Pflegekasse beauftragter unabhängiger Gutachter, ob die Pflegeperson weitere Pflegebedürftige pflegt. Hierbei muss der addierte Pflegeaufwand dann 30 % betragen, damit Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung oder Arbeitslosenversicherung von der Pflegeversicherung entrichtet werden.

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung oder ein anderer von der Pflegekasse beauftragter unabhängiger Gutachter ermitteln im Einzelfall ob die Pflegeperson eine oder mehrere pflegebedürftige Personen wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, pflegt.

Die in den §§ 19 und 44 festgelegten Definitionen gelten dann für den Versicherungsschutz in der Unfallversicherung den Anspruch auf die Entrichtung von Rentenversicherungsbeiträgen sowie für die neu eingeführte Versicherungspflicht von Pflegepersonen in der Arbeitsförderung. Letztere gilt unabhängig von der Inanspruchnahme einer Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz – für die gesamte Dauer der Pflege eines Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2. Bisher galt eine Beitragsbemessungsgrenze von bis zu 400 € im Monat, bis zu der eine nicht erwerbsmäßige Pflege als geringfügig galt und somit Versicherungsfreiheit bestand. Diese Regelung soll nun aufgrund der geplanten Änderungen in § 44 Absatz 1 SGB XI in § 5 Absatz 2 SGB VI aufgehoben werden. Begründet wird dies damit, dass künftig der

Umfang der Pflegetätigkeit mindestens 30 Prozent des Gesamtpflegeaufwandes beziehungsweise 30 Prozent eines addierten Pflegeaufwandes betragen muss und dadurch gewährleistet ist, dass eine nur in geringem Umfang ausgeübte Pflegetätigkeit nicht zur Beitragspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung führt.

§ 166 Absatz 2 Satz 1 regelt die künftige Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen für die Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen nach § 44 Absatz 1 SGB XI für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen. Die Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen ist nach den Pflegegraden 2 bis 5 gestaffelt und beträgt künftig im höchsten Pflegegrad 5 bis zu 100 Prozent der Bezugsgröße. Im Gegensatz zur bisherigen Systematik ist zudem eine Staffelung innerhalb des jeweiligen Pflegegrades vorgesehen. Für Pflegepersonen, die eine pflegebedürftige Person pflegen, die Kombinationsleistungen nach § 38 oder ambulante Pflegesachleistungen nach § 36 beziehen, sind Abschläge von den jeweiligen Bezugsgrößen in Höhe von 15 Prozent bei Kombinationsleistungen und von 30 Prozent bei Inanspruchnahme ambulanter Pflegesachleistungen vorgesehen.

Bewertung

Der Referentenentwurf sah vor, dass die soziale Pflegeversicherung für Pflegepersonen Beiträge zur sozialen Sicherung entrichtet, wenn diese regelmäßig an mindestens zwei Tagen in der Woche pflegt. Nach dem Gesetzentwurf soll die Pflege wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche erfolgen. Die Untergrenze von zehn Stunden pro Woche stellt eine praktikable Präzisierung der mit dem Referentenentwurf vorgesehenen unbestimmten Begriffs „regelmäßig an mindestens zwei Tagen in der Woche“ dar und entspricht damit unserer Forderung nach einer Definition, um unnötige Interpretationsversuche zu vermeiden und dadurch die Zugangsschwellen zu erhöhen.

Um auszuschließen, dass eine nur in sehr geringem Umfang ausgeübte Pflegetätigkeit einer Pflegeperson bereits den Zugang zu den Leistungen der Sicherung der Pflegeperson nach § 44 SGB XI eröffnet, wird widerlegbar vermutet, dass der erforderliche Umfang der nicht erwerbsmäßigen Pflege für den Pflegegrad 1 weniger als zehn Stunden wöchentlich beträgt und ein darüber hinaus gehender Umfang der nicht erwerbsmäßigen Pflege erst ab Pflegegrad 2 einsetzt. Zum einen teilen wir die Vermutung nicht, dass die Pflege eines Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 weniger als zehn Stunden wöchentlich umfasst. Zum anderen ist weiterhin nicht nachvollziehbar, warum nicht auch die Pflegepersonen von pflegebedürftigen Menschen mit Pflegegrad 1 einen Zugang zu einem Versicherungsschutz erhalten sollen. Nach Auffassung der in der BAGFW kooperierenden Verbände müssen die Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen allen Pflegepersonen offenstehen, um die familiäre Pflegebereitschaft zu stärken.

Sollte weiterhin daran festgehalten werden, dass die Regelungen zu den Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen nur Anwendung auf die Pflegepersonen der Versicherten mit den Pflegegraden 2 bis 5 finden sollen, dann muss zumindest Sorge getragen werden, dass alle Pflegepersonen, die einen Versicherten des Pflegegrades 2 pflegen, auch Berücksichtigung finden. Folglich darf der Umfang der Pflegetätigkeit bei der Mehrfachpflege nur mindestens 27 % umfassen, anstatt der bisher geplanten 30%, da die Untergrenze für den Pflegegrad 2 bei einem Gesamtpunktwert von 27 von 100 Punkten und damit auch bei 27 % liegt. § 44 Absatz 1 und Absatz 6 sind entsprechend zu ändern.

Die Anpassung des Pflegeverständnisses an den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff ist folgerichtig.

Die zukünftige Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen für die Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen nach § 44 Absatz 1 SGB XI für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen wird in § 166 Absatz 2 Satz 1 SGB VI nach den Pflegegraden 2 bis 5 gestaffelt. Gegenwärtig erfolgt die Stafflung nach Pflegestufen. Bisher konnten in der höchsten Pflegestufe III nur maximal 80 Prozent der Bezugsgröße erreicht werden. Sie beträgt ab dem 01.01.2017 im höchsten Pflegegrad 5 bis zu 100 Prozent der Bezugsgröße. Dies bedeutet, dass ein Rentenpunkt/Entgeltpunkt erreicht werden kann. Die Erhöhung wird von den in der BAGFW kooperierenden Verbänden begrüßt.

Die gegenwärtige Regelung beinhaltet eine Stafflung des Prozentsatzes der Bezugsgröße nach der Pflegezeit der Pflegepersonen. Auch die neue Regelung sieht wiederum eine Staffelung innerhalb des jeweiligen Pflegegrades vor. Die Staffelung differenziert den Leistungsanspruch danach, ob nur Pflegegeld bezogen wird oder auch Kombinationspflege oder Pflegesachleistung im vollen Umfang.

Einerseits ist die Pflegeversicherung weiterhin ein Teilleistungssystem. Dies impliziert, dass die Leistungen nach den §§ 36 ff. nur einen pauschalen Zuschuss darstellen, gestaffelt nach Pflegegraden zu den tatsächlichen Pflegekosten. Andererseits trägt gerade die Inanspruchnahme von Pflegesachleistungen und anderen Unterstützungsangeboten zur Stabilisierung der häuslichen Pflegesettings und auch zu einer Gesundheitsförderung der pflegenden Angehörigen bei. Es ist gerade wünschenswert, dass pflegende Angehörige lernen, Hilfe und Unterstützung anzunehmen. Abschläge bei den jeweiligen Bezugsgrößen für die Rentenversicherungsbeiträge in Höhe von 15 Prozent bei Kombinationsleistungen bzw. von 30 Prozent bei ambulanten Pflegesachleistungen sind kontraindiziert und deshalb abzulehnen.

Nicht geregelt wurde die Weiterzahlung der Sozialversicherungsbeiträge nach den §§ 44 und 44a SGB XI während der Inanspruchnahme von Kurzzeit- und Ersatzpflege. Dies ist erforderlich um die Pflegebereitschaft aufrechtzuerhalten. § 34 Absatz 3 ist hier entsprechend zu ergänzen.

Generell ist eine Weiterentwicklung der rentenrechtlichen Absicherung für die pflegenden Angehörigen erforderlich und nicht nur eine Überleitung der bestehenden Regelungen. Für die berufstätigen pflegenden Angehörigen sollte allein die für die Pflege aufgewendete Zeit (in der die Rentenversicherten auf eigene Erwerbstätigkeit verzichtet haben) für die rentenrechtliche Bewertung den Ausschlag geben. Für alle anderen pflegenden Angehörigen soll sich die Beitragshöhe nach § 166 Absatz 2 SGB VI pflegegradunabhängig und einheitlich anteilig an der Bezugsgröße nach § 18 SGB IV bemessen.

Offen bleibt die Frage, wie die Höhe der Bezugsgröße bemessen wird, wenn die Pflegesachleistung gemäß der Umwandlungsregelung in § 45a in niedrighwellige Leistungen umgewandelt wird.

Zusammenfassend vertreten die in der BAGFW kooperierenden Verbände die Auffassung, dass weder die Überleitung der gegenwärtigen Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen sachgerecht erfolgt ist, noch dass die bestehenden Defizite in der sozialen Absicherung der Pflegepersonen gelöst wurden.

Den Zielsetzungen des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes entsprechend wird die soziale Sicherung von Pflegepersonen verbessert. Die in der BAGFW kooperierenden Verbände begrüßen, dass zukünftig in der Arbeitslosenversicherung eine Versicherungspflicht – unabhängig von der Inanspruchnahme einer Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz – für die gesamte Dauer der Pflege eines Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 gilt. Mit dieser Neuregelung wird der Versicherungsschutz für den Fall der Arbeitslosigkeit im Anschluss an eine Pflegeetätigkeit erheblich gestärkt. Außerdem werden die Betroffenen in das Leistungssystem der Arbeitsförderung einbezogen.

Lösungsvorschlag

Die Staffelung des Prozentsatzes der Bezugsgröße nach Inanspruchnahme der Leistungen Pflegegeld, Kombinationsleistung und Pflegesachleistung ist zu streichen. Die Einbeziehung der Pflegepersonen von pflegebedürftigen Menschen mit Pflegegrad 1 in die Regelungen für die Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen ist vorzunehmen.

Sollte weiterhin an einem Ausschluss von Pflegegrad 1 festgehalten werden, dann bedarf es einer Synchronisierung des Umfangs der Prozentsätze bei den Pflegeetätigkeiten mit den Untergrenzen von Pflegegrad 2, damit dann wirklich auch alle Pflegepersonen von pflegebedürftigen Menschen mit Pflegegrad 2 bei der Mehrfachpflege einbezogen werden.

§ 45 – neu: Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen

Gesetzentwurf

Die bisherige Sollvorschrift wird zu einer Verpflichtung der Pflegekassen weiterentwickelt, Pflegekurse nunmehr verpflichtend – entweder als Gruppen- oder als Einzelschulungen – durchzuführen, auf Wunsch der Pflegeperson und des Pflegebedürftigen auch in der häuslichen Umgebung. In diesem Fall muss eine Einwilligung des Pflegebedürftigen in Form einer Urkunde oder einer anderen zur dauerhaften Wiedergabe in Schriftzeichen geeigneten Weise abgegeben werden. Die Vorschrift des § 114a Absatz 3a gilt entsprechend.

Bewertung

Durch die Umwandlung der bisherigen Sollvorschrift in eine Verpflichtung der Pflegekassen soll der Bedeutung der Pflegekurse für Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pflegeetätigkeit interessierte Personen Rechnung getragen werden. Die in der Begründung angeführten Argumente werden von den in der BAGFW kooperierenden Verbänden unterstützt, dennoch halten wir die geplante Gesetzesänderung nicht für ausreichend, um die dort angeführten Ziele zu erreichen.

Des Weiteren sollte die bisherige Soll-Vorschrift des Angebots nicht nur in ein Pflichtangebot der Pflegekasse ohne Qualitätsvorgaben umgewandelt werden, sondern in einen individuellen Rechtsanspruch des Versicherten bzw. seiner Angehörigen. Die Inanspruchnahme der Leistung wird gegenwärtig erschwert, weil es einer gesonderten Vereinbarung zwischen dem ambulanten Pflegedienst und der jeweiligen Pflegekasse des Versicherten bedarf. Neben der Einführung einer Leistungsverpflichtung gegenüber den Versicherten sollte daher ein Kontrahierungsanspruch für

die Leistungsträger mit allen zugelassenen ambulanten Pflegediensten, welche die Leistungen gemäß den Qualitätsvorgaben erbringen, statuiert werden.

Sofern die/der Pflegebedürftige eine Anleitung in der Häuslichkeit anfragt und es in diesem Rahmen zu einem Betreten der Häuslichkeit kommt, bedarf es nach Ansicht der BAGFW keiner gesonderten Einwilligung durch die/den Pflegebedürftige/n. In der Anfrage liegt u.E. nach eine konkludente Einwilligung vor, die Räumlichkeit betreten zu dürfen. Zudem handelt es sich bei dem Besuch zur Anleitung in der Häuslichkeit um einen anderen Besuchsgrund, als der in § 114a SGB XI normiert ist; denn dort geht es um die Durchführung der Qualitätsprüfung und mithin um einen von Dritten veranlassten Besuch in der Häuslichkeit. Vor diesem Hintergrund bedarf es u.E. nach nicht der Einwilligung in Textform oder in Form einer Urkunde), wie in § 114a Absatz 3a SGB XI vorgesehen, welcher entsprechend auch für § 45 SGB XI gelten soll. Satz 4 des § 45 SGB XI neu ist somit zu streichen.

Lösungsvorschlag:

Streichung von Satz 4.

§§ 140 – 143 Regelungen zur Rechtsanwendung im Übergangszeitraum, zur Überleitung in die Pflegegrade, zum Besitzstandsschutz für Leistungen der Pflegeversicherung sowie Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren im Rahmen der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes

§ 140: Anzuwendendes Recht und Überleitung in die Pflegegrade

Gesetzentwurf

Die Feststellung des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit oder einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nach § 45a erfolgt jeweils auf der Grundlage des zum Zeitpunkt der Antragstellung geltenden Rechts. Dabei kommt es auf den Eingang des Antrags bei der Pflegekasse an. Gleiches gilt für den Erwerb einer Anspruchsbeziehung auf Leistungen der Pflegeversicherung.

Um die Leistungsansprüche der bisherigen Leistungsbezieher zum 01.01.2017 eindeutig zu klären und um umfangreiche Neubegutachtungen zu vermeiden, werden Überleitungsregelungen statuiert. Diese verfolgen das Ziel, bisherige Leistungsbezieher nicht schlechter zu stellen. Grundsätzlich erfolgt die Überleitung in einen Pflegegrad, mit dem entweder gleich hohe oder höhere Leistungen als bisher verbunden sind. Zusätzlich werden Bestandsschutzregelungen geschaffen. Pflegebedürftige ohne erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz, welche am 31.12.2016 in Pflegestufe 1 eingestuft sind, werden in den Pflegegrad 2 übergeleitet, in der Pflegestufe 2 erfolgt die Überleitung in den Pflegegrad 3, in der Pflegestufe 3 in den Pflegegrad 4, in der Pflegestufe 3 mit einer vorliegenden Härtefallregelung in den Pflegegrad 5 (einfacher Stufensprung). Bei Versicherten/pflegebedürftigen Menschen mit vorliegender erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz kommt der doppelte Stufensprung zur Anwendung, d.h. Versicherte ohne gleichzeitiges Vorliegen einer Pflegestufe werden in den Pflegegrad 2 übergeleitet, bei Vorliegen der Pflegestufe 1 in den Pflegegrad 3, etc..

Die Zuordnung ist dem Versicherten durch die Pflegekasse schriftlich mitzuteilen und bleibt grundsätzlich bis zu einer erneuten Begutachtung bestehen, unabhängig da-

von, ob die Begutachtung aufgrund eines Höherstufungsantrags oder einer späteren Wiederholungsbegutachtung erfolgt. Sollte aus der Neubegutachtung keine Anhebung des Pflegegrads oder die Feststellung resultieren, dass keine Pflegebedürftigkeit mehr vorliegt, hat der Versicherte einen Anspruch darauf, in dem Pflegegrad, der sich aus der Überleitung ergeben hat, zu verbleiben.

Bewertung

Die in der BAGFW kooperierenden Verbände halten es für sachgerecht, dass die Feststellung des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit und der weiteren für das Vorliegen einer Anspruchsberechtigung erforderlichen Voraussetzungen sich nach dem zum Zeitpunkt der Antragstellung geltenden Recht richtet. In der Begründung wird auch klaggestellt, dass dieser Grundsatz das gesamte Verfahren von Antragstellung über die Begutachtung bis zum Erlass des Leistungsbescheids sowie auch für ggf. mögliche nachfolgende Widerspruchs- und sozialgerichtliche Verfahren gilt.

Die Anwendung des einfachen Stufensprungs bei pflegebedürftigen Menschen ohne erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz entspricht einer einstimmigen Empfehlung des Expertenbeirats. Der doppelte Stufensprung für Versicherte/ Pflegebedürftige mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz wurde mehrheitlich vom Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs empfohlen. Er wird vermutlich dazu führen, dass dieser Personenkreis regelhaft einen Pflegegrad höher eingestuft wird als Pflegebedürftige mit vorrangig körperlichen Beeinträchtigungen. Dies ist nach Auffassung der BAGFW auch angezeigt, um die Gleichstellung dieses Personenkreises mit pflegebedürftigen Menschen mit vorrangig körperlichen Beeinträchtigungen im Rahmen der Überleitung so weit wie möglich zu verwirklichen.

Nach dieser Überleitungsregelung sollen viele bisherige Leistungsbezieher deutlich besser als heute gestellt werden. Des Weiteren soll dadurch erreicht werden, dass kein bisheriger Leistungsbezieher schlechter gestellt werden wird. Beides ist nach Auffassung der in der BAGFW kooperierenden Verbände sehr zu begrüßen. Die Vermeidung der Schlechterstellung der bisherigen Leistungsbezieher soll auch dadurch gewährleistet sein, dass sie auch bei einer Neubegutachtung einen Anspruch auf den im Rahmen der Überleitung erworbenen Pflegegrad haben, auch wenn das Ergebnis der Neubegutachtung keinen oder einen niedrigeren Pflegegrad zuweisen würde.

§ 141 Besitzstandsschutz und Übergangsrecht zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen

Gesetzentwurf

Bereits durch die Überleitungsregelung in § 140 soll gewährleistet werden, dass bei der Systemumstellung von dem Grundsatz auszugehen ist, dass kein Leistungsberechtigter, der vorher bereits Leistungen bezogen hat, nach der Umstellung betragsmäßig niedrigere Ansprüche erhält oder einen völligen Verlust von Ansprüchen erleidet. Da es aber evtl. nicht vorhersehbare Konstellationen geben kann, die dennoch eine Schlechterstellung zur Folge haben könnten, werden zusätzlich verschiedene Besitzstandsregelungen gesetzlich festgeschrieben.

Versicherte der sozialen Pflegeversicherung und der privaten Pflege-Pflichtversicherung sowie Pflegepersonen, die am 31.12.2016 Anspruch auf Leistun-

gen der Pflegeversicherung haben, erhalten Besitzstandsschutz auf die ihnen unmittelbar vor dem 01.01.2017 zustehenden, regelmäßig wiederkehrenden Leistungen nach den §§ 36, 37, 38, 38a, 40 Absatz 2, 41, 44a, 45b, 123 und 124 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung, wobei kurzfristige Unterbrechungen im Leistungsbezug den Besitzstandsschutz jeweils unberührt lassen.

Für den erhöhten Betrag von 208 € nach § 45b Absatz 1 Satz 2 SGB XI gibt es eigene Besitzstandsregelungen, da dies der einzige Leistungsbetrag ist, der nach dem neuen Recht nicht mehr gewährt wird. Für diese Leistung wird ein Besitzstandsschutz gewährt, wenn der Pflegebedürftige bei einer Gesamtbetrachtung des Gesamtwertes der von ihm regelmäßig bezogenen wiederkehrenden ambulanten Leistungen nach neuem Recht eine geringere Leistungshöhe erzielen würde als dies nach gegenwärtigem Recht der Fall ist. Stehen sich die Versicherten, die am 31. Dezember 2016 Anspruch auf den erhöhten Betrag nach § 45b haben ab dem 1. Januar 2017 trotz des sogenannten doppelten Stufensprungs in Bezug auf einen der ihnen nach den §§ 36, 37 oder 41 zustehenden Ansprüche nicht um mindestens jeweils 83 Euro monatlich besser, so erhalten sie Besitzstandsschutz auf die Differenz.

Lebt der Pflegebedürftige in einer Einrichtung der vollstationären Pflege und bezieht Leistungen nach § 43 SGB XI, dann bezieht sich sein Besitzstandsschutz nicht auf die regelmäßig wiederkehrenden Leistungen nach § 43 SGB XI, sondern auf den bis zum 31.12.2016 bezahlten Eigenanteil bei den pflegebedingten Aufwendungen. Ist bei Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 in der vollstationären Pflege der einrichtungseinheitliche Eigenanteil nach § 141 Absatz 3 oder nach § 84 Absatz 2 Satz 3 SGB XI im ersten Monat nach der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs höher als der jeweilige individuelle Eigenanteil im Vormonat, so ist zum Leistungsbetrag nach § 43 SGB XI von Amts wegen ein Zuschlag in Höhe der Differenz von der Pflegekasse an die Pflegeeinrichtung zu zahlen.

Auch die soziale Sicherung der Pflegepersonen soll nach dem Grundsatz erfolgen, dass aus der Umstellung auf das neue Recht keine Schlechterstellung resultiert. § 141 Absatz 4 sieht vor, dass die Zahlung der Rentenbeiträge nach altem Recht fortgeführt wird, sofern sich aus der Anwendung des neuen Rechts keine günstigeren Ansprüche für die Pflegeperson ergeben. Für Pflegepersonen, die am 31.12.2016 rentenversicherungspflichtig waren und Anspruch auf die Zahlung von Beiträgen zur gesetzlichen Rentenversicherung nach § 44 SGB XI in der bis zum 31.12.2016 geltenden Fassung hatten, besteht die Versicherungspflicht für die Dauer dieser Pflege-tätigkeit fort. Die beitragspflichtigen Einnahmen bestimmen sich auch nach den am 31.12.2016 geltenden Regelungen.

Bewertung

Die in der BAGFW kooperierenden Verbände begrüßen, dass zusätzlich zu den Überleitungsregelungen noch verschiedene Besitzstandsregelungen gesetzlich statuiert werden, um einer möglichen Schlechterstellung durch den Systemwechsel zu begegnen. Dies halten wir trotz der Arbeit zweier Beiräte und der vorbereitenden Projekte für angezeigt, da bei einem so umfangreichen Gesetzesvorhaben durchaus nicht vorhersehbare Effekte und Wirkungen auftreten können.

Die Beschränkung des Besitzstandsschutz auf regelmäßig wiederkehrende Leistungen bei häuslicher Pflege bewerten die in der BAGFW kooperierenden Verbände als sachgerecht, da – wie in der Begründung zu Absatz 1 ausgeführt – es bei den ein-

maligen Leistungen keines Besitzstandsschutzes bedarf, da die Leistungshöhen sich nicht verändern.

Folgt man dem Ziel, dass es zu keiner Schlechterstellung durch den Systemwechsel kommen darf, dann ist auch die Sonderregelung für den erhöhten Leistungsbetrag nach § 45b SGB XI sachgerecht und zu unterstützen.

Der Besitzstandsschutz in der stationären Pflege erfolgt nicht auf die regelmäßig wiederkehrenden Leistungen nach § 43 SGB XI, sondern auf den bis zum 31.12.2016 bezahlten Eigenanteil bei den pflegebedingten Aufwendungen. Grundsätzlich lässt sich mit dieser Bestandsschutzregelung kein Nachteil gegenüber einem Zuschlag zu den regelmäßig wiederkehrenden Leistungen erkennen.

Die Höhe des Besitzstandsschutzes wird durch die Differenz des bisherigen Eigenanteils und des neuen einrichtungseinheitlichen Eigenanteils im ersten Monat nach der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs bestimmt. Es muss hier klargestellt werden, dass temporäre Schwankungen des Eigenanteils, etwa durch Abwesenheitstage, bei der Bemessung des Besitzstandsschutzes außer Betracht bleiben. Die tatsächlichen Pflagestage müssen unbeachtlich bleiben, ansonsten könnten insbesondere Einzüge in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung nach dem Monatsersten sowie mittel- oder längerfristige Abwesenheiten die Höhe der Zuschläge ohne sachlichen Grund maßgeblich beeinflussen. § 141 Absatz 3 ist entsprechend zu ergänzen.

Für die in der BAGFW kooperierenden Verbände stellen sich zum gegenwärtigen Zeitpunkt weitere offene Fragen:

- Der Besitzstandsschutz muss auch gelten bei einer Änderung der Einstufung in einen anderen Pflegegrad sowie
- bei einem Wechsel von einer Pflegeeinrichtung in eine andere Pflegeeinrichtung. Dies ist in der Gesetzesbegründung klarzustellen.
- Des Weiteren ist zu klären, wie der Besitzschutz angesichts der unterschiedlichen Besitzstandsschutzsystematiken bemessen wird, wenn jemand aus der häuslichen Pflege in die vollstationäre Pflege wechselt und umgekehrt.

Die in der BAGFW kooperierenden Verbände begrüßen, dass auch die soziale Sicherung der Pflegepersonen nach dem Grundsatz erfolgen soll, dass aus der Umstellung auf das neue Recht keine Schlechterstellung resultiert.

Lösungsvorschlag

In §141 Absatz 3 ist nach Satz 1 folgender Satz einzufügen: "In der Vergleichsrechnung nach Satz 1 sind für beide Monate jeweils die vollen Pflegesätze und Leistungsbeträge zugrunde zulegen."

§ 142 Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren

Gesetzentwurf

Bei Versicherten, die nach §140 von einer Pflegestufe in einen Pflegegrad übergeleitet wurden, werden bis zum 01. 01 2019 keine Wiederholungsbegutachtungen nach § 18 Absatz 2 SGB XI durchgeführt, auch wenn vorher befristet eine Pflegestufe vergeben wurde. Durch die Überleitung in einen neuen Pflegegrad sind nach Empfehlungen der Medizinischen Dienste auf Grundlage des alten Begutachtungsverfahrens

nach § 33 Absatz 1 Satz 4 SGB XI bereits ausgesprochene Fristen als überholt zu betrachten und etwa daraufhin vorgesehene Wiederholungsbegutachtungen obsolet geworden. Von den Versicherten können aber weiterhin Änderungsanträge bei einer Veränderung der Situation, etwa bei Anstieg der Pflegebedürftigkeit, gestellt werden.

Nach § 18 Absatz 3 Satz 2 ist dem Antragsteller spätestens fünf Wochen nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse die Entscheidung der Pflegekasse schriftlich mitzuteilen. Diese Frist wird für den Zeitraum 01.01.2017 bis 31.12.2017 außer Kraft gesetzt (§ 142 Absatz 2). Abweichend davon ist denjenigen Antragstellern auf Leistungen der Pflegeversicherung, 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 wird bundesweit einheitliche Kriterien für das Vorliegen und die Feststellung eines besonders dringlichen Entscheidungsbedarfs entwickeln. Hierüber ist dann auch in der nach § 18 Absatz 3b Satz 4 SGB XI durch die Pflegekassen und die Privaten Versicherungsunternehmen zu führenden Statistik zu berichten.

Bewertung

Durch die Übergangsregelung wird das Aussetzen von Wiederholungsbegutachtungen für die Pflegebedürftigen, die von einer Pflegestufe in einen Pflegegrad übergeleitet wurden, für einen Zeitraum von zwei Jahren festgelegt, da die auf der Grundlage des alten Verfahrens festgelegten Befristungen als überholt gelten. Dadurch wird für die betroffenen Pflegebedürftigen Rechtssicherheit und Verlässlichkeit geschaffen, außerdem soll hierdurch die Zahl der durchzuführenden Begutachtungen insgesamt verringert werden. Da von den Versicherten bei einer Veränderung der Situation, etwa bei Anstieg der Pflegebedürftigkeit, weiterhin Anträge gestellt werden können, halten wir diese Übergangsregelung für sachgerecht.

Da aufgrund der umfangreichen Überleitregelungen nicht erkennbar ist, warum es im Jahr 2017 zu einem erhöhten Begutachtungsaufkommen des MDK kommen sollte, erachten die in der BAGFW kooperierenden Verbände die Aufhebung der Frist in § 18 Absatz 3 Satz 2, wonach dem Antragsteller spätestens fünf Wochen nach Eingang des Antrags die Entscheidung der Pflegekasse mitzuteilen ist, durch § 142 Absatz 2, für nicht nachvollziehbar. Die Regelung ist ersatzlos zu streichen.

Sollte der Gesetzgeber, dennoch nicht auf diese Norm verzichten wollen, dann ist klarzustellen, dass es sich bei den Empfehlungen nach § 18 Absatz 3 bei den verkürzten Fristvorgaben nicht um ein Erstgutachten handelt, sondern dass hier nach der Empfehlung noch ein Erstgutachten erfolgen muss.

Bei der Entwicklung der bundesweit einheitlichen Kriterien für das Vorliegen und die Feststellung eines besonders dringlichen Entscheidungsbedarfs durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen dürfen Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen nicht ausgeschlossen werden. Hier ist in der Gesetzesbegründung zu streichen, dass eine solche Regelung vor allem für Antragsteller auf häusliche Pflegeleistungen Bedeutung hat.

Lösungsvorschlag

Streichung des § 142 Absatz 2.

Zu 2. Angebote zur Unterstützung im Alltag, Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags (Umwandlungsanspruch), Entlastungsbetrag, Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und des Ehrenamts

§ 45a neu: Angebote zur Entlastung im Alltag, Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags (Umwandlungsanspruch), Verordnungsermächtigung

Gesetzentwurf

Die bislang in § 45c Absätze 3 und 3a erfolgte Definition der niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebote wird nun in der ersten Vorschrift des neuen Fünften Abschnitts des SGB XI im neu gefassten § 45a unter dem Begriff „Angebote zur Unterstützung im Alltag“ zusammengefasst. Die erst mit dem PSG I eingeführte Differenzierung zwischen Betreuungs- und Entlastungsangeboten wird dabei weiter aufgegliedert. Die niedrigschwelligen Angebote umfassen nun drei Typen:

1. **Betreuungsangebote:** Angebote ehrenamtlicher Helferinnen und Helfer, die Pflegebedürftige mit allgemeinem oder besonderem Betreuungsbedarf in Gruppen oder im häuslichen Bereich betreuen;
2. **Angebote zur Entlastung von Pflegenden und vergleichbar Nahestehenden:** Angebote, die primär der Entlastung der pflegenden Angehörigen dienen;
3. **Angebote zur Entlastung im Alltag:** Angebote, die die Pflegebedürftigen bei der Bewältigung von Anforderungen des Alltags oder im Haushalt oder bei der eigenverantwortlichen Organisation individuell benötigter Hilfeleistungen unterstützen sollen.

Als Angebote zur Unterstützung im Alltag kommen 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 in Betracht sowie Agenturen zur Vermittlung von Betreuungs- und Entlastungsleistungen, familienunterstützende Dienste, Alltagsbegleiter, Pflegebegleiter und Serviceangebote für haushaltsnahe Dienstleistungen. Damit fasst der Gesetzentwurf in § 45a Absatz 1 alle Typen von Angeboten zusammen, die bisher in den alten §§ 45c Absatz 3 und 3a aufgezählt sind.

Absatz 2 benennt die Aufgabenbereiche, welche mit den Angeboten zur Alltagsunterstützung verbunden sind: die Übernahme von Betreuung und allgemeiner Anleitung, eine die Ressourcen und Fähigkeiten stärkende Alltagsbegleitung, Unterstützungsleistungen für Angehörige und vergleichbar Nahestehende sowie die Erbringung von Dienstleistungen. Angebote können nur erbracht werden, wenn sie qualitätsgesichert sind. Dazu müssen die Angebote ein Konzept vorlegen, das Angaben zur Qualitätssicherung, zur zielgruppen- und tätigkeitsgerechten Qualifikation der Helfenden, zu ihrer Schulung und Fortbildung sowie kontinuierlichen fachlichen Begleitung und Unterstützung enthält. Des Weiteren muss das Konzept einen Überblick über die angebotenen Leistungen und die dafür entstehenden Kosten enthalten. Das Nähere zur Anerkennung der Angebote und deren Qualitätssicherung sollen, wie auch bisher schon, die Landesregierungen in ihren Rechtsverordnungen regeln. Dies ist nun in § 45a Absatz 3 SGB XI neu normiert.

Der Umwidmungsbetrag in Form einer Umwandlung der Pflegesachleistung nach § 36 in Höhe von 40% des Leistungsbetrags im jeweiligen Pflegegrad für die Inanspruchnahme niedrigschwelliger Betreuungs- und Entlastungsleistungen, der bisher in § 45b Absatz 3 SGB XI alt geregelt war, wird – bei entsprechender Anpassung in

Folge der Änderungen zum neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff – nun als Umwandlungsanspruch in § 45a Absatz 4 SGB XI neu geregelt.

Bewertung

Der neue § 45a SGB XI schafft durch die Zusammenfassung der Regelungen der bisherigen §§ 45c Absatz 3 und 3a zwar mehr Übersichtlichkeit; am grundsätzlichen Problem, dass zwischen den Betreuungs- und Entlastungsangeboten große Schnittmengen bestehen, ändert sich jedoch nichts. Die Komplexität hat sich sogar noch erhöht, indem nun dezidiert zwei Typen von Entlastungsangeboten anerkennungsfähig sind, nämlich Angebote zur Entlastung von Pflegenden und Angebote zur Entlastung der Pflegebedürftigen bei der Bewältigung von Alltagsanforderungen. Oft sind die Übergänge zwischen Betreuungs- und Entlastungsangeboten fließend. So entlasten Angebote der Tagesbetreuung Demenzkranker die pflegenden Angehörigen, indem sie ihnen Zeit für sich selbst ermöglichen. Diese Angebote würden nach dem Wortlaut des Gesetzestextes unter die Rubrik der „Betreuungsangebote“ fallen, obwohl sie zugleich auch die Funktion der Entlastung der Angehörigen nach § 45a Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 erfüllen. Gleichzeitig gibt es jedoch auch Angebote, die rein der Entlastung pflegender Angehöriger dienen, z.B. die Entlastung durch einen Pflegebegleiter. Ein Pflegebegleiter soll pflegenden Angehörigen oder vergleichbar nahestehenden Pflegepersonen bei der Strukturierung und Organisation des Pflegealltags helfen und sie bei der Kompetenzentwicklung unterstützen. Der Pflegebegleiter soll darauf achten, dass die pflegenden Angehörigen ihre physischen und psychischen Grenzen aufgrund der Pflege nicht überschreiten. Er soll Wissen zur Bewältigung des Pflegealltags vermitteln und insgesamt darauf achten, dass alle zur Verfügung stehenden Hilfsangebote auch wirklich in Anspruch genommen werden. Insofern handelt es sich beim Pflegebegleiter um ein echtes Entlastungsangebot und nicht um ein Betreuungsangebot. Die Angebote, die unter Nummer 3 angeführt sind, könnte man als „Angebote der Alltagsbegleitung“ zusammenfassen. Aber auch hier wird es Schnittmengen geben: Ist die Hilfe beim Ausfüllen eines Antragsformulars eine Betreuungsleistung oder eine Leistung zur Bewältigung der Alltagsanforderungen? Ist das Kaffeekränzchen mit Verwandten und Freunden eine Betreuungsleistung oder eine praktische Unterstützung zur Alltagsbewältigung, weil der pflegebedürftige Mensch nicht mehr selbst den Tisch decken kann?

Trotz all dieser Schnittmengen macht es durchaus Sinn, das Spektrum der Angebote zur Unterstützung im Alltag in § 45a Absatz 1 aufzulisten und zu versuchen, nach bestimmten Typen von Angeboten zu differenzieren. In der Ermächtigungsregelung nach § 45a Absatz 3 sollten die Landesregierungen jedoch die Möglichkeit erhalten, in ihren Rechtsverordnungen Betreuungsangebote und Angebote beider Typen von Entlastungsleistungen, unabhängig von der genauen Zuordnung, einzeln anerkennen zu können, sofern das jeweilige Angebot die Qualitätsanforderungen erfüllt.

Unklar ist, warum bei den Betreuungsangeboten nach Nummer 1 unterschieden werden soll zwischen Pflegebedürftigen, die entweder einen allgemeinen oder einen besonderen Betreuungsbedarf aufweisen. Dies widerspricht der Logik des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und auch dem Ansatz, unterschiedliche Unterstützungsangebote allen Pflegebedürftigen und ihren Pflegepersonen für den Alltag anzubieten. Zudem wird es schwierig sein, zwischen allgemeinem und besonderem Betreuungsbedarf zu unterscheiden. Vor diesem Hintergrund wird empfohlen, auf diese Unterscheidung im Gesetzestext zu verzichten und sie zu streichen.

Nach Auffassung der BAGFW können die unter § 45a Absatz 1 Satz 2 Nr. 1 bis 3 aufgelisteten Angebote sowohl Angebote des bürgerschaftlichen Engagements durch Ehrenamtliche als auch gewerbliche Angebote darstellen, wenn sie die Qualitätsanforderungen erfüllen. Hierzu gehört, dass die gewerblichen Anbieter auch sozialversicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnisse mit tariflicher Entlohnung einzugehen, mindestens jedoch die Regelungen zum Mindestlohn gemäß dem Tarifautonomiestärkungsgesetz bzw. zum Pflegemindestlohn zu beachten haben. Dies sollte in der Gesetzesbegründung klargestellt werden. Aus Sicht der BAGFW ist es zentral, Qualitätsanforderungen an die Angebote zur Unterstützung im Alltag zu stellen. Der Gesetzgeber soll sich hier an den „Empfehlungen zur Qualität von niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsleistungen gemäß § 45b Absatz 4 SGB XI“ des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V. orientieren. Diese wurden zwar mit Blick auf die Umsetzung des PSG I verfasst, aber das PSG II orientiert sich in seiner Neufassung der §§ 45a und 45b weitgehend am PSG I, wie oben dargestellt, so dass die Empfehlungen ihre Wirkung entfalten können. Auch aus Sicht der BAGFW sind die Mindestanforderungen an die Qualitätssicherung die Darstellung des Leistungsangebots, ggf. differenziert nach Zielgruppen und Tätigkeitsfeldern, die Angabe der Qualifikation der Helfenden und eine Basisschulung sowie angemessene Schulung, Fortbildung, fachliche Begleitung und Unterstützung der Helfenden bis hin zur Supervision. Das Wort „Notfallwissen“ sollte in die Basisschulung integriert werden.

Bei der Anerkennung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag gem. § 45a ist auf der Landesebene darauf zu achten, dass – abgesehen von bürgerschaftlichen Angeboten – die Anbieter aller anderen anzuerkennenden Angebote sozialversicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnisse mit tariflicher Entlohnung eingehen, mindestens jedoch die Regelungen zum Mindestlohn gemäß dem Tarifautonomiestärkungsgesetz bzw. den Pflegemindestlohnregelungen beachtet werden. Ansonsten sieht die BAGFW die Gefahr, dass die Leistungen nach § 45a ein Einfallstor zur Schaffung von Niedriglohnbereichen unterhalb des Pflegemindestlohns sowie von prekären Beschäftigungsverhältnissen, insbesondere von Frauen, darstellen können. Aktuell drängen neue Anbieter auf den Markt, die Entlastungsleistungen vermitteln und diese Leistungen von Personen unter dem Schein der Selbständigkeit erbracht werden. Damit Anbieter mit sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten und tariflichen Strukturen auch im Bereich der Leistungen gem. § 45a konkurrenzfähig sein können, ist zu vermeiden, dass der Mindestlohn zum Normlohn wird. Darüber hinaus besteht die Gefahr, dass ambulante Pflegedienste mit Leistungen nach § 36 von „Dumpinganbietern“ mit niedrigschwelligen Unterstützungsangeboten aus dem Markt gedrängt werden.

Die Praxiserfahrungen der letzten Monate haben gezeigt, dass die Länder zum einen überlegen, in ihren Landesverordnungen Preisobergrenzen für die Angebote nach § 45a Abs.1 Satz 2 Nr. 1 bis 3 neu bzw. für Angebote nach § 45b Absatz Satz 6 Nr. 4 alt bzw. Satz 3 neu festzulegen. Dies halten wir für nicht sachgerecht, denn es wird dazu führen, dass ein grauer Markt mit Umgehung von sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnissen und von tariflichen Vergütungen bzw. Mindestlohnregelungen entstehen wird.

Zum anderen haben in den letzten Monaten einzelne Bundesländer den Versuch gestartet, auch Preisobergrenzen für die Angebote nach § 45b Absatz 1 Satz 6 Nr. 3 alt festzulegen, ohne dass sie eine Regelungskompetenz hierfür besitzen. In der Geset-

zesbegründung ist klarzustellen, dass die Länder keine Regelungskompetenzen für die Festlegung von Preisen und Preisobergrenzen für die Leistungen der zugelassenen ambulanten Pflegedienste nach § 45b Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 neu (Leistungen der ambulanten Pflegedienste im Sinne des § 36, in den Pflegegraden 2 bis 5 jedoch nicht für die Leistung körperbezogener Pflegemaßnahmen) haben.

Um eine gemeinsame Verantwortung, auch für die Weiterentwicklung der Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a SGB XI wahrzunehmen, halten wir es für erforderlich, dass die Verordnungsermächtigung der Länder auch qualifizierte Beteiligungsrechte für die maßgeblichen Akteure in diesem Bereich beinhaltet und hierbei explizit die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege einbezieht. Verschiedene Bundesländer praktizieren dieses bereits heute und haben damit gute Erfahrungen gemacht. Dies sollte jedoch nicht in das Belieben der einzelnen Bundesländern gestellt werden, sondern regelhaft erfolgen.

Bei der Kostenerstattung möchten, die in der BAGFW kooperierenden Verbände auf ein Problem aus der Praxis aufmerksam machen: Einzelne Pflegekassen lehnen die Zahlung der entstandenen Kosten mit dem Hinweis ab, dass erst ab Antragstellung ein Leistungsanspruch besteht. Im Gesetzestext heißt es, dass die Kostenerstattung auf Antrag gegen Vorlage der Belege über entstandene Eigenbelastungen erfolgt. Dies bedeutet nach unserer Interpretation, dass das Einreichen des Rechnungsbelegs der Antrag auf Kostenerstattung ist. Um dem Ansinnen des Gesetzgebers gerecht zu werden, mit den Leistungen nach § 45a ff ein niedrighschwelliges Angebot zur Verfügung zu stellen, sind auch die Rechnungswege unbürokratisch zu halten. Vor diesem Hintergrund bitten wir um eine Klarstellung im Gesetz, die durch die Streichung der Wörter „auf Antrag“ in § 45a Absatz 4 Satz 3 und eine entsprechende Änderung in der Begründung erreicht werden kann.

Der Umwidmungsbetrag in Form einer Umwandlung der Pflegesachleistung nach § 36 in Höhe von 40% des Leistungsbetrags im jeweiligen Pflegegrad für die Inanspruchnahme niedrighschwelliger Betreuungs- und Entlastungsleistungen, der bisher in § 45b Absatz 3 SGB XI alt geregelt war, wird – bei entsprechender Anpassung in Folge der Änderungen zum neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff – nun als Umwandlungsanspruch in § 45a Absatz 4 SGB XI neu geregelt. Diese Neuordnung ist für uns – unabhängig davon, dass wir sie inhaltlich weiterhin für fraglich halten – nicht nachvollziehbar. Unserer Auffassung nach beschreibt der neue § 45a die Angebote zur Entlastung im Alltag und die Verordnungsermächtigung, während der § 45b die Ansprüche der Versicherten beschreibt und deren Einsatzmöglichkeiten im Rahmen der Kostenerstattungsregelung. Sollte dieser Absatz weiterhin beibehalten werden, dann sollte er – wie bisher schon – in § 45b Absatz 3 verankert werden. Unabhängig davon, dass wir den Umwandlungsanspruch für entbehrlich halten, weisen wir auf einen redaktionellen Fehler in Satz 2 des Absatzes 4 hin. Es wird von der *jeweiligen Pflegestufe* statt von den Pflegegraden 2 bis 5 gesprochen.

Zudem sollte im Gesetzestext explizit verankert werden, dass Pflegebedürftige bei Inanspruchnahme des Umwidmungsbetrags regelmäßig, z.B. halbjährlich, eine Beratung nach § 37 Absatz 3 oder im Rahmen der Pflegeberatung nach §§ 7a oder 7c in Anspruch nehmen müssen.

Lösungsvorschlag

Die Überschrift ist wie folgt zu fassen § 45a neu: Angebote zur Entlastung im Alltag, ~~Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags (Umwandlungsanspruch)~~, ~~Verordnungsermächtigung~~

In § 45a Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 werden die Wörter „mit allgemeinem und mit besonderem Betreuungsbedarf“ gestrichen.

In § 45a Absatz 2 Satz 3 werden die Wörter „Grund- und Notfallwissen“ gestrichen und durch „Basisschulung einschließlich Umgang mit akuten Krisen und Notfallsituationen“ ersetzt.

In §45a Absatz 3 ist hinsichtlich der Dienstleister ergänzend sicherzustellen, dass diese Leistungen auf der Basis sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung und tariflicher Entlohnung der Angestellten unter Berücksichtigung der allgemeinen Mindestlohnregelungen und des Mindestlohns in der Pflege erbracht werden und kein Angebotssektor prekärer Beschäftigung (von Frauen) gefördert wird.

Des Weiteren ist sicherzustellen, dass in allen Bundesländern die Landesregierungen bei der Gestaltung der Rechtsverordnung den maßgeblichen Akteuren in diesem Bereich qualifizierte Beteiligungsrechte einzuräumen und hierbei explizit die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege zu berücksichtigen.

§ 45a Absatz 4 ist zu streichen und ggf. als § 45b Absatz 3 zu statuieren.

Falls an § 45a Absatz 4 festgehalten wird, sind in Satz 3 die Wörter „auf Antrag“ zu streichen.

§ 45b neu: Entlastungsbetrag

Gesetzentwurf

Pflegebedürftige in häuslicher Pflege erhalten einen Anspruch auf einen Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 Euro monatlich. Diesen können sie für qualitätsgesicherte Leistungen zur Entlastung pflegender Angehöriger und vergleichbar Nahestehender sowie zur Förderung der Selbständigkeit und Selbstbestimmung bei der Gestaltung ihres Alltags einsetzen. Der Betrag dient, wie auch bisher schon, der Erstattung von Aufwendungen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von:

1. Leistungen der Tages- und Nachtpflege
2. Leistungen der Kurzzeitpflege
3. Leistungen der ambulanten Pflegedienste im Sinne des § 36, in den Pflegegraden 2 bis 5 jedoch nicht von Leistungen im Bereich der Selbstversorgung
4. Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a

Die Pflegebedürftigen erhalten die Leistung auf Antrag im Wege der Kostenerstattung. Eine im Kalenderjahr nicht in Anspruch genommene oder nicht voll ausgeschöpfte Leistung kann in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden.

Bewertung

Der bisherige Anspruch auf zusätzliche Entlastungs- und Betreuungsleistungen wird nun als „Entlastungsbetrag“ vom PSG I in das PSG II überführt. Da es die Differenzierung zwischen Grundbetrag und erhöhtem Betrag infolge der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs nicht mehr gibt, wird statt des nach Schweregrad gestuften Betrags von 104 Euro bzw. 208 Euro ein einheitlicher Betrag von 125 Euro festgesetzt. Des Weiteren wird die Leistung im Wege der Kostenerstattung erbracht. Wir wiederholen unsere schon zu § 45a erfolgte Bitte, die Worte „auf Antrag“ zu streichen, da sie in der Praxis zu Problemen bei der Leistungsgewährung geführt haben.

Nach § 45b Absatz 1 Satz 3 Ziffer 3 SGB XI dient der Entlastungsbetrag „der Erstattung von Aufwendungen,“3. Leistungen der ambulanten Pflegedienste im Sinne des § 6, in den Pflegegraden 2 bis 5 jedoch nicht von Leistungen im Bereich der Selbstversorgung“. In § 28a Absatz 2 SGB XI erfolgt der Hinweis, dass Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 auch einen Anspruch auf Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI haben und die Leistungen der ambulanten Pflegedienste im Sinne des § 36 SGB XI erstattet erhalten.

Der Begründung auf Seite 130 ist zu entnehmen, dass die Herausnahme der Leistungen im Bereich der Selbstversorgung nur für die Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 2 bis 5 gilt, nicht aber für die des Pflegegrades 1. Im letzten Satz dieses Abschnittes wird darauf hingewiesen, dass die mit den ambulanten Pflegediensten für die Leistungserbringung nach § 36 vereinbarten Vergütungssätze dabei auch bei einer Leistungserbringung für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 die Obergrenze für die von den Versicherten hierfür zu entrichteten Vergütungen bilden. Wir gehen zwar davon aus, dass damit nur die Leistungen für körperbezogene Selbstversorgung gemeint sind, die Pflegebedürftige der Pflegestufe 1 im Rahmen der Kostenerstattung nach § 45b SGB XI erhalten, um hier Gleichbehandlung von Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 und 2-5 hinsichtlich der Kosten für die Leistungen für körperbezogene Selbstversorgung zu schaffen. Damit es nicht zu Missverständnissen in der Praxis kommt, bitten wir um eine entsprechende Klarstellung in der Gesetzesbegründung.

Die BAGFW begrüßt nachdrücklich die Einführung eines Entlastungsbetrags. Dafür hatte sie sich im Expertenbeirat vehement eingesetzt. Aus der Gesetzesbegründung geht hervor, dass der Gesetzgeber – den Empfehlungen des Beirats folgend – den Betrag für die Betreuungs- und Entlastungsleistungen ausdrücklich als Entlastungsbetrag verstanden wissen will. In der Tat stellen sowohl die Tagespflege als auch die Kurzzeitpflege klassische Leistungen zur Entlastung pflegender Angehöriger dar. Eine Entlastung stellt auch die Übernahme von pflegerischen Betreuungsmaßnahmen oder Hilfen zur Haushaltsführung durch die anerkannten ambulanten Pflegedienste nach § 45b Absatz 1 Satz 3 Nummer 3 dar. Problematisch wird der Begriff „Entlastungsbetrag“ bei den nach Landesrecht anerkannten Angeboten zur Unterstützung im Alltag, differenziert doch der Gesetzestext selbst zwischen „Betreuungsleistungen“ nach § 45a Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 einerseits und zwei Formen der „Entlastungsleistungen“ nach § 45a Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 und 3 andererseits. Aus Nummer 4 des § 45b Absatz 1 geht jedoch klar hervor, dass alle Unterstützungsangebote im Rahmen des Entlastungsbetrags in Anspruch genommen werden müssen. Dieses Beispiel zeigt jedoch erneut, wie schwierig die Differenzierung in § 45a Absatz 1 ist.

Der Entlastungsbetrag stellt für die BAGFW nur den Nukleus der eigentlich zu schaffenden Entlastungsleistung dar. Der Expertenbeirat hat in seinem Bericht vom 27. Juni 2013 angeregt, „ergänzend zu prüfen, ob auch weitere Sachleistungen, wie z.B. die die neue Entlastungsleistung, perspektivisch (auch hinsichtlich ihrer Leistungsvolumina) in die neue Entlastungsleistung integriert werden können.“ (S. 34). Diese Forderung hatte die BAGFW in den Beirat eingebracht. Dieser Entlastungsbetrag soll sich nach dem Konzept der BAGFW aus den Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42, der Verhinderungspflege nach § 39 und den Leistungen nach § 45b – in neuer Folge § 45b Absatz 1 Satz 3 Nummern 1-4 zusammensetzen. Wenn man für die Leistungen nach § 45b SGB XI einen monatlichen Betrag von jetzt 125 Euro einsetzt, stünden für ein solches Entlastungsbudget jeweils 1612 Euro für die Kurzzeit- und Verhinderungspflege plus 1500 Euro für die Leistungen nach § 45b SGB XI zur Verfügung. Insgesamt stünde ein kalenderjährlicher Betrag von 4724 Euro zur Verfügung, der beliebig für Verhinderungspflege, Kurzzeitpflege und § 45b-Leistungen, inklusive der Angebote zur Unterstützung im Alltag, verwendet werden könnte. Diese Lösung hat den Vorteil, dass die Mittel für Entlastungsleistungen, die nicht ausgeschöpft wurden, bedarfsentsprechend und bedarfsgerecht für andere Entlastungsleistungen eingesetzt werden können. Nach diesem Konzept gäbe es künftig Teilleistungen zum Ausgleich der eingeschränkten Selbständigkeit und Teilleistungen zur Entlastung des Pflegesettings. Wir fordern den Gesetzgeber auf, diesen Vorschlag im Lichte der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs nochmals intensiv zu prüfen.

Die BAGFW ist der Auffassung, dass der vom Gesetzgeber mit dem PSG I eingeschlagene Weg eines Umwandlungsanspruchs der ambulanten Pflegesachleistung für die Angebote zur Unterstützung im Alltag in Höhe von 40 Prozent des Leistungsbetrags im jeweiligen Pflegegrad für die Pflegebedürftigen, aber auch für die Leistungsträger, zu einem hohen bürokratischen Aufwand führt und die Unübersichtlichkeit der Leistungen im SGB XI nicht reduziert, sondern noch erhöht. Gerade Entlastungsangebote müssen jedoch nicht nur niedrigschwellig, sondern auch ganz flexibel und der Situation entsprechend spontan einsetzbar sein, z.B. wenn die Pflegepersonen eine Betreuung für einen kurzfristig notwendigen Arztbesuch oder eine stundenweise Auszeit für einen Kino- oder Friseurbesuch benötigen. Die Abrufung dieser Leistung wird also von Monat zu Monat variieren. Probleme entstehen nun dadurch, dass die Angebote zur Unterstützung im Alltag erst im Folgemonat der Leistungserbringung in Rechnung gestellt und frühestens dann im Wege der Kostenerstattung dem Betroffenen erstattet werden können, während die Pflegesachleistung am Ende des laufenden Monats abgerechnet wird. Diese Ungleichzeitigkeit erschwert die gegenseitige Anrechnung der beiden unterschiedlichen Leistungsarten. Versicherte verlieren hierdurch leicht den Überblick und können nur durch regelmäßige gezielte Nachfrage bei der Pflegekasse sicherstellen, dass sie ihr Budget im jeweiligen Monat nicht überschreiten und etwaige Fehlbeträge selbst ausgleichen müssen. Der Gesetzgeber hat dieses Problem ebenfalls gesehen und als Lösung vorgeschlagen, dass die Pflegekasse im Rahmen ihrer Beratungspflicht ihrerseits den Anspruchsberechtigten darüber informieren soll, in welchem Umfang der Sachleistungsbetrag jeweils verbraucht ist. Der Gesetzgeber hat des Weiteren vorgeschrieben, dass Versicherte, die Angebote zur Unterstützung im Alltag im Rahmen der neuen Umwandlungsregelung nutzen wollen, verpflichtet sind, den Beratungseinsatz nach § 37 Absatz 3 bzw. § 37 Absatz 8 SGB XI abzurufen. Aber auch dies hilft nur bedingt, da die Versicherten der Pflegegrade 2 und 3 beispielsweise nur

einmal halbjährlich Anspruch auf diesen Einsatz haben, u.U. jedoch monatlich oder einmal im Quartal entsprechenden Beratungsbedarf haben.

Sollte der Gesetzgeber am Umwandlungsanspruch festhalten, fordern wir darüber hinaus, dass nicht nur die nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45b Absatz 1 Satz 3 Nummer 4, sondern auch die entsprechende Angebote der zugelassenen Pflegedienste nach § 45b Absatz 1 Satz 3 Nummer 3 im Rahmen der Umwandlungsleistung in Anspruch genommen werden dürfen und in den Rechtsverordnungen der Landesregierungen automatisch als Angebote der Unterstützung im Alltag anerkannt werden. Zumindest sollte in der Gesetzesbegründung klargestellt werden, dass diese nicht ein komplettes Anerkennungsverfahren zu durchlaufen, sondern nur eine Konzeption für das jeweilige Angebot vorzulegen haben.

Die Pflegekassen vertreten gegenwärtig die Auffassung, dass eine Inanspruchnahme von maximal 40 v. H. des Pflegesachleistungsbetrages für niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsleistungen erst möglich ist, wenn der zur Verfügung stehende Leistungsbetrag nach § 45b Abs. 1 oder 1a SGB XI ausgeschöpft ist. (RS vom 19.12.2014 zu § 45b, S. 9) Diese Kopplung der beiden Rechtsansprüche ist nach Auffassung der BAGFW nicht haltbar. Wir bitten den Gesetzgeber, um eine entsprechende Klarstellung in der Gesetzesbegründung.

Lösungsvorschlag

In § 45b Absatz 2 Satz 1 sind die Wörter „auf Antrag“ zu streichen.

Die Gesetzesbegründung zu § 45b Absatz 4 Satz 3 ist wie folgt zu fassen:
Die mit den ambulanten Pflegediensten für die Leistungserbringung nach § 36 vereinbarten Vergütungssätze für Leistungen der körperbezogenen Selbstversorgung bilden dabei auch bei einer Leistungserbringung für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 die Obergrenze für die von den Versicherten hierfür zu entrichtenden Vergütungen.

§ 45c Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und des Ehrenamts, Verordnungsermächtigung

Gesetzentwurf

Die Förderung ehrenamtlicher Strukturen, die bislang in § 45d Absatz 1 geregelt war, wird nun in den neuen § 45c Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 und Absatz 4 integriert. Insgesamt wird der bisherige § 45c Absatz 1 klarer gegliedert. Nach § 45c können nun zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte und zur Förderung ehrenamtlicher Strukturen durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen mit einer 50%igen Ko-Finanzierung durch die Länder gefördert werden:

- der Auf- und Ausbau von Angeboten zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a,
- der Auf- und Ausbau und die Unterstützung von Gruppen ehrenamtlich tätiger sowie sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen und entsprechender ehrenamtlicher Strukturen sowie
- Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen, insbesondere für an Demenz erkrankte Pflegebedürftige so-

wie andere Gruppen von Pflegebedürftigen, deren Versorgung in besonderem Maße der strukturellen Weiterentwicklung bedarf.

Bewertung

Die Regelung aller aus den Mitteln des § 45c förderfähigen Strukturen erfolgt in einer einzigen Gesetzesnorm. Dies erhöht die Übersichtlichkeit über die verschiedenen Förderzwecke/-inhalte und ist deshalb zu begrüßen. Von zentraler Bedeutung ist, dass der durch das Bürgerschaftliche getragene Sektor der Entlastungs- und Betreuungsangebote ausgebaut wird und dass sich auch die Länder und Kommunen zusammen mit den Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen im Rahmen der gemeinsamen Verantwortung für eine leistungsfähige, regional gegliederte, ortsnahe sowie aufeinander abgestimmte ambulante und pflegerische Versorgung der Bevölkerung für eine entsprechend breit gegliederte wohnortnah verfügbare Infrastruktur engagieren. Die in der BAGFW kooperierenden Verbände sehen gerade in der Förderung der niedrighschwelligen Betreuungsangebote nach § 45c SGB XI eine hervorragende Möglichkeit, sozialräumlich das Konzept des Quartiersbezugs umsetzen zu können. Eine besonders wichtige Rolle spielt für die in der BAGFW kooperierenden Verbände dabei das ehrenamtliche Engagement, das gerade durch § 45c SGB XI gefördert wird. Diesen Pfad gilt es weiterhin zu verfolgen und auszubauen. Die begrenzten Fördermittel sollen folglich unserer Auffassung nach primär der Förderung des ehrenamtlichen Engagements und der Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen zur Verfügung stehen. Die in der BAGFW kooperierenden Verbände lehnen deshalb die grundsätzliche Förderfähigkeit aller Angebote, die dem Auf- und Ausbau von Angeboten zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a dienen, ab. Die Förderung ist hier auf Angebote des bürgerschaftlichen Engagements zu begrenzen.

Lösungsvorschlag

§ 45c Absatz 1 Nr. 1 ist wie folgt zu formulieren

„den Auf- und Ausbau von Angeboten zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a, **sofern es sich um Angebote ehrenamtlich tätiger sowie sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen handelt.** „

Zu 3. Leistungserbringungsrecht und Überleitung Pflegesätze stationär

§ 75 Absatz 3 Satz 4 und Satz 5 SGB XI

Personalrichtwerte in Rahmenverträgen und Neuverhandlung der Pflegesätze

Gesetzentwurf

Die Personalanzahlzahlen unterteilen sich mit Einführung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs künftig nach Pflegegraden. Der Verweis auf die Heimpersonalverordnung wird gestrichen.

Bewertung

Personalschlüssel werden mit Blick auf die Gegebenheiten vor Ort vom Gesetzgeber nicht vorgegeben. Die Vereinbarungspartner sollen stattdessen gem. § 75 SGB XI Landesrahmenvertragsverhandlungen führen oder aber in einer anderen Form (Pflegesatzkommission gem. § 86 SGB XI) Landesempfehlungen abgeben.

Die Personalsituation ist angespannt. Es liegen langjährige Forderungen zur Verbesserung der Personalsituation vor, die voraussichtlich hartnäckige und langwierige Verhandlungen nach sich ziehen werden.

Die in der BAGFW kooperierenden Verbände sehen daher die Neuverhandlung der Pflegesätze in Ermangelung klarer Vorschriften zur Personalbemessung, insbesondere in vollstationären Einrichtungen, mit Sorge. Die Umsetzung ist an dieser Stelle wegen der engen Fristsetzungen bis zum 30.09. bzw. 31.12.2016 ein zeitliches, inhaltliches und seit vielen Jahren verschlepptes Grundsatzproblem, nämlich die sachgerechte, wirtschaftliche und leistungsbezogene, am Versorgungsauftrag orientierte, personelle Ausstattung der Pflegeeinrichtungen anzupassen.

In der Gesetzesbegründung wird darauf hingewiesen dass dabei u.a. auch die Erkenntnisse des Modellprojektes zur Erfassung von Versorgungsaufwänden in stationären Einrichtungen – zu berücksichtigen sind. Aus Sicht der BAGFW sind die Erkenntnisse aus dem, im Auftrag des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen, durchgeführten Modellprojektes zur Erfassung von Versorgungsaufwänden in stationären Einrichtungen nicht verwertbar. Es muss an dieser Stelle nochmals erwähnt werden, dass die Überprüfung des NBA in den Studien zum Versorgungsaufwand diesbezüglich im gegenwärtigen, defizitorientierten System durchgeführt wurde und nicht in einem neuen, auf Selbständigkeit und Ressourcenorientierung ausgerichteten System.

Ohne eine grundsätzliche Weichenstellung an der Bemessung der Personalausstattung werden die Probleme fortgeschrieben. Einrichtungsträger, die diese Fortschreibung nicht hinnehmen, werden voraussichtlich in den Verhandlungen zeitlich unter Druck geraten.

Der Gesetzgeber weicht für den Fall der Nichteinigung auf dem Verhandlungswege der Vorlage einer alternativen Überleitungsregelung für die Personalrichtwerte aus. Die in der BAGFW kooperierenden Verbände erachten es daher für unabdingbar, eine Überleitungsregelung für das Personal in den § 92d ff. aufzunehmen.

§ 82 Absatz 1 Satz 3 SGB XI und § 84 Absatz 1 Satz 1 sowie Absatz 2 Satz 2 SGB XI:

Pflegevergütung: Betreuung und Anpassung der Pflegesätze an Bedarfsgrade

Gesetzentwurf

Teil der Pflegevergütung soll künftig nicht mehr die „soziale Betreuung“, sondern die „Betreuung“ sein. Die Pflegesätze werden in Verbindung mit der Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zukünftig in fünf Pflegegrade und den diesbezüglichen Versorgungsaufwand eingeteilt.

Bewertung

Die in § 84 Absatz 1 und 2 getroffenen redaktionellen Überarbeitungen sind sachgemäß. Der Begriff „Betreuung“ ist im Gegensatz zum Begriff „Soziale Betreuung“ breiter aufgestellt und schließt nun auch die pflegerische Betreuung mit ein, ohne das „Soziale“ auszuschließen. Die Änderung stellt eine Anpassung an die Neuformulierung im Leistungsrecht dar. Dieses korreliert auch mit der Aufhebung der Einzelregelung nach § 87b (Zusätzliche Betreuungskräfte) und dem stattdessen eingefügten Vergütungszuschlag nach § 84 Absatz 7. Bei der Einteilung der Pflegesätze in Pflegegrade verweisen wir auf die vorangegangenen Forderungen, um bei der Umstellung und darüber hinaus eine bedarfsgerechte Personalausstattung zu gewährleisten, mit der auch dem vom Gesetzgeber geforderten „*Erfordernis der Leistungsgerechtigkeit der zu vereinbarenden Pflegesätze*“, (*Begründung zu § 84*) Rechnung getragen wird.

§ 84 Absatz 2 Satz 3 SGB XI:

Einrichtungseinheitliche Eigenanteile

Gesetzentwurf

Im vollstationären Segment sollen die Pflegebedürftigen in den Pflegegraden 2 bis 5 gleich hohe Eigenanteile, sog. einrichtungseinheitliche Eigenanteile, zahlen. Die einrichtungseinheitlichen Eigenanteile werden, so der Gesetzgeber (*Begründung zu Artikel 1 § 84 Satz 3*), ausgehend vom jeweiligen prospektiven Gesamtversorgungsaufwand abzüglich der Summe der Leistungsbeträge nach § 43 einrichtungsspezifisch ermittelt, erstmals zum 01.01.2017. Zukünftige Leistungsdynamisierungen führen zu einem Anpassungsbedarf dieser einrichtungseinheitlichen Eigenanteile. Ziel soll es nach der Begründung des Gesetzgebers sein, „*dass der von den Pflegebedürftigen bzw. vom zuständigen Sozialhilfeträger zu tragende Eigenanteil nicht mehr mit der Schwere der Pflegebedürftigkeit steigt. [...], weil sonst Pflegebedürftige mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz infolge des Erreichens höherer Pflegegrade höhere Eigenanteile als nach dem bisherigen Recht zu tragen hätten [...], zudem soll durch[...] die finanzielle Planung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen Sicherheit geschaffen [...]*“ werden.

Bewertung

Die BAGFW begrüßt die nachvollziehbare Absicht, eine Mehrbelastung der höheren Pflegegrade zu verhindern und eine Planungs- und Kalkulationssicherheit auf Seiten der Pflegebedürftigen und deren Angehörigen zu schaffen.

Nach Auffassung der BAGFW haben die einrichtungseinheitlichen Eigenanteile in ihrer jetzigen Ausgestaltung jedoch erhebliche Nachteile, welche gegenüber den Vorteilen überwiegen.

Durch die einrichtungseinheitlichen Eigenanteile werden die Kosten für die Versorgung der Bewohner mit hohen Pflegegraden einrichtungsindividuell auf die Bewohner in den niedrigen Pflegegraden verschoben. Das widerspricht dem Kostenverursachungsprinzip und stellt eine Ungleichbehandlung von Pflegebedürftigen im Pflegegrad 2 in der vollstationären Pflege dar.

Ein sachlicher Grund, warum ausgerechnet Pflegebedürftige im Pflegegrad 2 Kosten, für welche sie keine Gegenleistung erhalten, tragen sollten, damit die Eigenanteile ihrer „Mitbewohner“ in höheren Pflegegraden niedriger gehalten werden können, ist nicht erkennbar.

Die Soziale Pflegeversicherung beinhaltet bereits eine solidarische Finanzierung für alle Versicherten, indem unabhängig von der persönlichen Pflegebedürftigkeit gleich hohe Beiträge gezahlt. Es ist deshalb nicht nachvollziehbar, warum durch die einrichtungseinheitlichen Eigenanteile nun eine zweite Stufe der solidarischen Finanzierung eingezogen werden soll, zumal diese aufgrund der Tatsache, dass es sich um einrichtungsindividuelle Eigenanteile handelt, nur um die „Solidargemeinschaft“ der jeweiligen vollstationären Pflegeeinrichtung handelt.

Gemäß § 84 Absatz 2 Satz 1 SGB XI muss die Vergütung stationärer Pflegeleistungen leistungsgerecht sein. Die Frage der Leistungsgerechtigkeit stellt sich hierbei nicht nur aus der Sicht der Pflegeeinrichtung, sondern auch aus der Sicht der Pflegebedürftigen, in deren Vertragsfreiheit die Vereinbarung der Vergütungen durch die gesetzlich vorgeschriebenen Vertragspartner nach § 85 Absatz 1 eingreift. Dieser Eingriff kann aus Sicht der Pflegebedürftigen nur verhältnismäßig sein, wenn die vereinbarte Vergütung in einem angemessenen Verhältnis zu den individuell benötigten Leistungen steht. Aufgrund des Teilsicherungscharakters des SGB XI ist es nicht gerechtfertigt, (Teil-)Selbstzahler in größerem Umfang mit Kosten für die Pflege und Betreuung anderer Pflegebedürftiger zu belasten. Die bisherigen Regelungen des SGB XI tragen diesem Verhältnis dadurch Rechnung, dass die Pflegesätze nach dem Versorgungsaufwand in drei Pflegeklassen zu differenzieren sind. Die Einstufung entscheidet somit auch über die Höhe der Vergütung, die die Pflegebedürftigen selbst bzw. ihre Leistungsträger zu tragen haben.

Einrichtungsindividuelle Eigenanteile führen jedoch, in Kombination mit den deutlich abgesenkten Leistungsbeträgen nach § 43 SGB XI, jedenfalls für Pflegegrad 2 zu unverhältnismäßigen Mehrbelastungen. Hierin liegt eine Verletzung des Grundsatzes der Leistungsgerechtigkeit. Der einrichtungseinheitliche Eigenanteil ist unter diesem Aspekt aber nicht grundsätzlich rechtswidrig. Es ist nur darauf zu achten, dass er nicht zu einem unangemessenen Missverhältnis von individueller Leistung und Entgelt führt, weil Bewohner in größerem Umfang mit Kosten für die Pflege und Betreuung anderer Pflegebedürftiger belastet werden. Dem kann nur durch eine Anhebung der Leistungsbeträge in den Pflegegraden 2 und 3 begegnet werden. Weiterhin ist auch zu berücksichtigen, dass die Belastung von der Bewohnerstruktur in den Einrichtungen abhängt, der Eigenanteil des einzelnen Bewohners also unabhängig von seiner Pflegebedürftigkeit / seines Pflegegrades steigt, je höher der Anteil an hohen Pflegegraden und damit der Gesamtversorgungsaufwand in der Einrichtung ist.

Leistungsgerecht bedeutet aber auch, dass Pflegesätze einer vollstationären Pflegeeinrichtung bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen müssen, ihren Personal- und Sachaufwand zu finanzieren und ihren Versorgungsaufwand zu erfüllen. Im geltenden System werden die Pflegesätze nach den Pflegepersonalschlüsseln und Äquivalenzziffern ermittelt, d.h. die nach Pflegestufen differenzierten Pflegesätze stehen in einem bestimmten, aufwandsbezogenen Verhältnis zueinander. Hierdurch wird betriebswirtschaftlich das Kostenverursachungsprinzip gewahrt. Kosten können im geltenden System den ursächlichen Leistungen zugeordnet und durch die differenzierten Pflegesätze vergütet werden. Durch die einrichtungseinheitlichen Eigenanteile würden jedoch zukünftig die Eigenanteile bei den höheren Pflegegraden deutlich niedriger sein und nicht mehr den entsprechenden Versorgungsaufwand decken können. Die verbliebenen Leistungsbeträge der Pflegeversicherung werden die hierdurch entstehende Deckungslücke beim Personal- und Sachaufwand bei den höheren Pflegegraden nicht auffangen können. Erste betriebswirtschaftliche Berechnungen zu den Auswirkungen von einrichtungseinheitlichen Eigenanteilen weisen darauf hin, dass schon bei geringen, unterjährigen Verschiebungen der Bewohnerstruktur hin zu den oberen Pflegegraden, hohe Personalkostenunterdeckungen entstehen könnten.

Schließlich wird eine Gleichverteilung stetig wachsender, pflegebezogener Eigenanteile das Grundproblem einer möglichen Pflegesatzsteigerung nicht lösen können. Auf die notwendige Behebung des ursächlichen Realwertverlustes durch eine regelmäßige und regelgebundene Leistungsanpassung hat die BAGFW schon im Kontext der Dynamisierungsdiskussion beim PSG I hingewiesen.

Lösungsvorschlag

Die BAGFW fordert die nachstehenden Änderungen, um die mit den vielen Problemen und Risiken behaftete Einführung des einrichtungseinheitlichen Eigenanteils abzufedern:

- Regelmäßig wiederkehrende Anpassung der Leistungsbeträge der Pflegeversicherung unter dauerhafter Sicherung der Realwertkonstanz
- Anhebung der vollstationären Leistungsbeträge (s. o. zu § 43 SGB XI)
- Eine Abfederung der wirtschaftlichen Risiken
- Ein vereinfachtes Verfahren für die Anpassung der einrichtungseinheitlichen Eigenanteile in den Jahren 2017 und 2018 sowohl für neuverhandelte als auch für übergeleitete Einrichtungen (s. u. zu § 85 Absatz 9)

§ 84 Absatz 8 i. V. m. § 85 Absatz 8

Integration der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung und Vereinbarung des entsprechenden Vergütungszuschlags

Gesetzentwurf

Entsprechend der leistungsrechtlichen Integration der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 87b in das Vierte Kapitel des SGB XI, erfolgt die Aufnahme der vertrags- und vergütungsrechtlichen Bestimmungen in die allgemeinen Vorschriften für die Vergütung der stationären Pflegeleistungen. Nach dem Willen des Gesetzgebers, bleibt die bisherige Ausgestaltung als zusätzliche, die Pflegebedürftigen finanziell nicht belastende Leistung, die durch zusätzliches Betreuungspersonal in den stationären Pflegeeinrichtungen erbracht wird,

erhalten. Eine Absenkung der vereinbarten Pflegesätze in Hinblick auf die soziale Betreuung der Pflegebedürftigen ist mit der Vereinbarung der Vergütungszuschläge nicht verbunden.

Bewertung

Die BAGFW begrüßt grundsätzlich die leistungsrechtliche Integration der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 87b in das Vierte Kapitel des SGB XI. Der von der Pflegeversicherung vergütete Einsatz von zusätzlichen Betreuungskräften hat sich in den Pflegeeinrichtungen in der Praxis bewährt.

Mit den Regelungen in § 43b SGB XI werden die stationären Einrichtungen verpflichtet, entsprechendes Personal einzustellen, für welches sie einen Vergütungszuschlag nach den Maßgaben der §§ 84 Absatz 8 und 85 Absatz 8 SGB XI neu erhalten. D.h., die Einrichtungen haben unabhängig von der (täglich wechselnden) Inanspruchnahme Anspruch auf Refinanzierung der Kosten, denn sie müssen das Personal für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung der Bewohner jetzt im Unterschied zur bisherigen Situation aufbieten, unabhängig von der Frage, ob alle Bewohner die Leistungen auch tatsächlich in Anspruch nehmen wollen. Der bisherige § 87b Absatz 1 Satz 2 Nummer 4, der in § 85 Absatz 8 Nummer 3 übernommen wurde, ist angesichts des neu statuierten individuellen Rechtsanspruchs der Betroffenen nicht mehr stimmig und ist daher ersatzlos zu streichen.

In diesem Zusammenhang befürwortet die BAGFW, dass im Hinblick auf die soziale Betreuung der Pflegebedürftigen keine Absenkung der vereinbarten Pflegesätze mit der Vereinbarung der Vergütungszuschläge laut Gesetzesbegründung verbunden ist sowie die Klarstellung, dass der Vergütungszuschlag weiterhin von der Pflegekasse zu tragen ist. Dies gilt auch dafür, dass bei der Vereinbarung des separaten Vergütungszuschlages die Vorgaben in § 84 SGB XI zur Leistungsgerechtigkeit der Vergütung und zur Sicherstellung der Anerkennung von tarifvertraglich vereinbarten Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen, ausdrücklich einbezogen wurden. Die Leistungsgerechtigkeit der Vergütungszuschläge beinhaltet auch eine adäquate Berücksichtigung der mit der zusätzlichen Betreuung entstehenden Sachkosten.

Lösungsvorschlag

Streichung von § 85 Absatz 8 Nummer 3 SGB XI neu.

§ 85 Absatz 9: Vereinfachtes Pflegesatzverfahren für die Übergangszeit Problembeschreibung

Bislang variierten die Eigenanteile der Bewohner entsprechend ihrer Pflegestufe und den damit verbundenen Pflegeaufwendungen. Die Refinanzierung der erhöhten Pflegeaufwendungen bei Erhöhung der Pflegestufe war damit grundsätzlich möglich.

Künftig sollen die Eigenanteile pro Einrichtung einheitlich und unabhängig vom Pflegegrad sein. Die Höhe des Eigenanteils und damit auch der Pflegevergütung ist abhängig von der bei der Pflegesatzbemessung zugrunde gelegten Bewohnerstruktur. Eigenanteil und Pflegevergütung werden für die Vereinbarungslaufzeit festgelegt. Verändert sich die Bewohnerstruktur während dieser Laufzeit, so ermöglicht die ver-

einbarte Pflegevergütung die Abdeckung der pflegegradabhängigen Pflegeaufwendungen gegebenenfalls nicht mehr. Dies wird dem im SGB XI verankertem Grundsatz der leistungsgerechten Vergütung nicht gerecht und birgt für die Einrichtungen nicht steuerbare, erhebliche Risiken. Das SGB XI müsste es daher Einrichtungen ermöglichen bei erheblichen Veränderungen der Bewohnerstruktur während des Vereinbarungszeitraums die Pflegevergütung diesbezüglich anzupassen. § 85 SGB XI sollte daher um den Absatz 9 ergänzt werden. Diese Regelung sollte für die Übergangszeit in den Jahren 2017 und 2018 gelten.

Lösungsvorschlag

§ 85 ist um folgenden Absatz 9 zu ergänzen

„(9) Weicht im Zeitraum vom 01.01.2017 bis zum 31.12.2018 aufgrund einer Veränderung der tatsächlichen Bewohnerstruktur gegenüber der in der geltenden Pflegesatzvereinbarung zugrunde gelegten Bewohnerstruktur der Gesamtbetrag der Pflegesätze für die Bewohner der Pflegegrade 2 bis 5 über einen Zeitraum von 2 Monaten um mindestens 0,5 vom Hundert ab vom Gesamtbetrag der Pflegesätze, der sich auf der Grundlage der in der geltenden Pflegesatzvereinbarung zugrunde gelegten Bewohnerstruktur ergibt, so ist auf schriftlichen Antrag der Einrichtung, die Pflegesatzvereinbarung mit Wirkung zum Antragseingang hinsichtlich der Pflegevergütung sowie einrichtungseinheitlichem Eigenanteil entsprechend der veränderten Bewohnerstruktur anzupassen. Erfolgt diese Anpassung der Pflegesatzvereinbarung nicht innerhalb eines Monats nach Antragseingang, so kann zur Festsetzung der beantragten Anpassung die Schiedsstelle nach § 76 SGB XI unmittelbar angerufen werden. Eine von der Schiedsstelle festgesetzte Anpassung der Pflegevergütung sowie des einrichtungseinheitlichen Eigenanteils erfolgt mit Wirkung zum Antragseingang bei den Vertragspartnern.“

§ 87a Absatz 2 und Absatz 4 SGB XI i.V. mit § 89 Absatz 1 und Absatz 3 sowie § 90 Absatz 1 und Absatz 2:

Berechnung und Zahlung des Heimentgelts Erstattungsbetrag bei Rückstufung, Grundsätze für die Vergütungsregelung, Gebührenordnung für ambulante Pflegeleistungen

Gesetzentwurf

Es handelt sich um redaktionelle Anpassungen (Folgeänderungen) aufgrund der Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sowie aufgrund der Neufassung des § 36 SGB XI mit dem Sammelbegriff „Leistungen der häuslichen Pflegehilfe“. Gem. § 87a Absatz 4 Satz 1 SGB XI wird der Erstattungsbetrag bei Rückstufung an die neuen Leistungsbeträge angepasst. Er entspricht mit 2 952 Euro der Differenz aus den Leistungsbeträgen der Pflegegrade 3 und 2 innerhalb eines Halbjahreszeitraumes. Die Erstattung erfolgt, 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 und 15 SGB XI ist.

Bewertung

Die redaktionellen Änderungen sind sachgerecht. Aus der Sicht der BAGFW ist die Anpassung des Erstattungsbetrags bei Rückstufung an die neuen Leistungsbeträge zu begrüßen. Dieser soll mit 2 952 Euro der Differenz aus den Leistungsbeträgen der

Pflegegrade 3 und 2 innerhalb eines Halbjahreszeitraumes entsprechen. Bei der jetzt abgeänderten Bedingungsvorschrift in § 87a Absatz 4 Satz 1 SGB XI, nach welcher die Erstattung bei Rückstufung in einen niedrigeren Pflegegrad oder bei Wegfall der Pflegebedürftigkeit gemäß §§ 14 und 15 SGB XI erfolgt, handelt es sich um eine folgerichtige Korrektur.

Sechster Abschnitt: Übergangsregelungen für die stationäre Pflege

§ 92c: Neuverhandlung der Pflegesätze

Gesetzentwurf

Für den vorgesehenen Übergang ab dem 1. Januar 2017 sind neue pflegegradbezogene Pflegesätze zu vereinbaren. Neben Einzelverhandlungen nach § 85 SGB XI wird in § 92c Satz 4 die Möglichkeit genannt, dass die Pflegesatzkommission nach § 86 das Nähere für ein vereinfachtes Verfahren unter Einbezug der alternativen Überleitung nach § 92d bestimmt.

Bewertung

Nach § 86 Absatz 1 SGB XI werden Pflegesatzkommissionen von den Vereinigungen der Kostenträger und der Pflegeheimträger gemeinschaftlich ermächtigt, anstelle der Vertragsparteien nach § 85 Abs. 2 Pflegesätze mit Zustimmung der betroffenen Pflegeheimträger zu vereinbaren. Sie repräsentieren damit Vertragsparteien und haben die gleiche Vertragsfreiheit.

§ 92c Satz 4 SGB XI könnte so verstanden werden, dass Pflegesatzkommissionen in dieser Vertragsfreiheit eingeschränkt werden, indem sie in Bezug auf Pflegesätze ab dem 1. Januar 2017 nur Regelungen treffen können, die dem alternativen Überleitungsverfahren gemäß §§ 92d ff. SGB XI entsprechen. Der einzige Unterschied zur alternativen Überleitung wäre dann, dass die Pflegesatzkommission zusätzlich „einen angemessenen Zuschlag für die voraussichtlichen Kostensteigerungsraten“ vereinbaren könnte.

Ein solches Ergebnis stünde dem im SGB XI geltende Vereinbarungsprinzip entgegen. Es würde zum Teil zu Pflegesätzen führen, die an den regionalen bzw. länderspezifischen Besonderheiten vorbeigehen. Dies zeigt etwa ein Blick auf die Tagespflege. Die Äquivalenzziffern, die in § 92e Abs. 3 für die Tagespflege vorgesehen sind (1,00 – 1,36 – 1,74 – 1,91), führen in manchen Bundesländern zu einer sehr viel größeren Spreizung der Vergütungssätze als es heute der Fall ist. In Nordrhein-Westfalen etwa ist die Spreizung der Pflegesätze über die jetzigen Pflegestufen deutlich flacher: 0,95 – 1,00 – 1,05 – 1,10.

Es sollte daher gesetzlich klargestellt werden, dass es den Pflegesatzkommissionen weiterhin überlassen bleibt, bedarfsgerechte Lösungen zu entwickeln, landesspezifische Regelungen zu berücksichtigen und zu entscheiden, ob und wieweit die alternative Überleitung nach §§ 92d ff. zur Grundlage eines vereinfachten Verfahrens gemacht wird.

Lösungsvorschlag

§ 92c: Neuverhandlung der Pflegesätze wird wie folgt geändert (Änderungsvorschläge sind unterstrichen):

§ 92c Satz 4: Dabei kann insbesondere die Pflegesatzkommission nach § 86 das Nähere für ein vereinfachtes Verfahren ~~unter Einbezug der alternativen Überleitung nach § 92d~~ sowie für einen angemessenen Zuschlag für die voraussichtlichen Kostensteigerungsraten bestimmen. § 85 Absatz 3 bis 7 gilt entsprechend.

§§ 92d und 92e: Verfahren für die alternative Überleitung der Pflegesätze

Gesetzentwurf

Mit der Umstellung von Pflegestufen auf Pflegegrade zum 01.01.2017 werden die bisherigen pflegestufenbezogene Pflegesätze für die voll- und teilstationäre Versorgung durch neue pflegegradbezogene Pflegesätze abgelöst. Gelingt es den Vereinbarungspartnern nach § 85 SGB XI nicht rechtzeitig, die neuen Pflegesätze zu vereinbaren, werden die Pflegesätze formal übergeleitet. Grundlage für die formale Überleitung ist das bisherige monatliche Gesamtbudget der jeweiligen Pflegeeinrichtung. Das Gesamtbudget soll aus der Summe der Pflegesätze hochgerechnet werden, welche der Einrichtung am Stichtag des 30.09.2016 zustehen.

Bewertung

Die BAGFW begrüßt es als systemgerecht und zweckmäßig, die Findung neuer Pflegesätze zunächst in die Hände der Vereinbarungspartner zu legen und nur alternativ den Weg der formalen Überleitung zu wählen. Allerdings haben Vereinbarungen neuer leistungsgerechter Pflegesätze wenig Aussicht auf Erfolg. In dem zur Verfügung stehenden knappen Zeitraum von deutlich unter einem Jahr ist eine Einigung auf die notwendigen Kalkulationsgrundlagen neuer Pflegesätze (Leistungsinhalte und Personalmengen je Pflegegrad) und die Pflegesätze selbst nicht zu erwarten. Inhaltlich, weil die Personalausstattung von Pflegeeinrichtungen ein seit Jahren verschlepptes Grundsatzproblem ist. Faktisch, weil die Kapazitäten für flächendeckende Einzelverhandlungen weder bei den Leistungsträgern noch bei den Schiedsstellen ausreichen. Schließlich besteht für die Leistungsträger kein Anreiz, zu Vereinbarungen zu gelangen, da sich die formale Überleitung für sie sehr positiv auswirkt.

Die formale Überleitung berücksichtigt ab 2017 weder die Personalausstattung einer Einrichtung noch ihre tatsächlichen Kosten. Nicht berücksichtigt werden damit insbesondere:

- die üblichen Kostensteigerungen (Inflationsausgleich, Tarifsteigerungen etc.),
- Kosten für mehr Personal, welches durch die Systemumstellung erforderlich wird aufgrund:
 - einer veränderten Bewohnerstruktur zum Stichtag (doppelter Stufensprung für Pflegebedürftige mit eingeschränkter Alltagskompetenz durch die Bestandsschutzregelung des § 140 Absatz 2 Satz 3 SGB XI neue Fassung)
 - veränderter Leistungsinhalte
 - eines erhöhten Verwaltungsaufwand bei der Abrechnung der vom Bestandsschutz erfassten bisherigen Leistungsbezieher (doppeltes Abrechnungssystem)

Aller Voraussicht nach wird die formale Überleitung zum Tragen kommen, welche aus Sicht der BAGFW es noch folgender Ergänzungen bedarf:

Stichtagsbetrachtung

In jeder stationären Pflegeeinrichtung ändern sich Auslastung und Zusammensetzung der Pflegebedürftigen in den einzelnen Pflegestufen/-graden laufend. Eine Stichtagsbetrachtung, wie sie derzeit für die Berechnung neuer übergeleiteter Pflegesätze vorgesehen ist, würde daher zu zufälligen und verfälschten Ergebnissen führen und bei einer ungünstigen Belegungskonstellation am Stichtag die Existenz der Einrichtung gefährden. Abgestellt werden kann daher nur auf eine durchschnittliche Belegung, wie sie in den Verfahren bei allen Pflegesatzverhandlungen angewendet werden (mindestens drei Monate). Dabei soll auch die Möglichkeit bestehen, künftig erwartete Änderungen der Belegungen zu berücksichtigen.

Berechnung des Gesamtbudgets

Die Regelung des § 92e SGB XI sieht vor, dass der Gesamtbetrag der Pflegesätze der Pflegestufen I bis III vom 30.09.2016 in die Pflegegrade 2 bis 5 umzurechnen ist. Die am 30.09.2016 in der Einrichtung lebenden Bewohner sind entsprechend § 140 SGB XI überzuleiten in die Pflegegrade. Bewohner mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz werden über den sogenannten doppelten Stufensprung in den übernächsten Pflegegrad, die anderen in den nächst höheren Pflegegrad eingestuft.

Wir begrüßen, dass Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz durch den doppelten Stufensprung verbesserte Leistungen der Pflegeversicherung erhalten sollen. Dies entspricht einer langjährigen Forderung der BAGFW. Über das Umrechnungsverfahren nach § 92e SGB XI erfolgt jedoch diese Verbesserung zu Lasten der Bewohner ohne eingeschränkte Alltagskompetenz, denn es regelt eine budgetgleiche Umstellung bei gleichbleibender Gesamtpersonalmenge.

Folge ist, dass durch die Umstellung für Bewohner ohne eingeschränkte Alltagskompetenz in der vollstationären Pflegeeinrichtung weniger Pflegepersonal zur Verfügung steht. Diese Benachteiligung und Verschlechterung kann nicht im Sinne des Pflegestärkungsgesetzes sein. Der Bestandsschutz bisheriger Leistungsbezieher erfordert vielmehr, dass dem Pflegebedürftigen in dem ihm neu zugeordneten Pflegegrad mindestens das Personal zur Verfügung steht wie in seiner bisherigen Pflegestufe.

Um bei der Umstellung für Bewohner ohne eingeschränkte Alltagskompetenz das Niveau der pflegerischen Versorgung zu erhalten, müssen die dem doppeltem Stufensprung entsprechenden höheren Pflegeaufwendungen für Bewohner mit eingeschränkter Alltagskompetenz im Umrechnungsverfahren berücksichtigt werden. Das in § 92e SGB XI beschriebene Überleitungsverfahren sollte daher um die Berücksichtigung des doppelten Stufensprungs nach § 140 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 Satz 3 SGB XI angepasst werden.

Personalausstattung nach Systemumstellung

Wie sich die nachrückende Bewohnerstruktur ab 2017 entwickeln wird, hängt von vielen Faktoren ab und kann derzeit nicht prognostiziert werden. Nach Auffassung der BAGFW sollte deshalb eine Einrichtung mindestens die am Stichtag des 01.01.2017 vorhandene Personalausstattung für einen Übergangszeitraum von min-

destens 6 Monaten aufrechterhalten können. Eine Einrichtung braucht Zeit, um Erfahrungen zu sammeln, wie sich die Bewohnerstruktur entwickelt und wieviel Personal entsprechend erforderlich ist. Erst hierdurch wird die Grundlage für prospektive Einzelverhandlungen geschaffen.

Überleitung der teilstationären Pflegesätze

Es ist nicht nachvollziehbar, warum die für die Überleitung der teilstationären Pflegesätze gewählten Äquivalenzziffern (Pflegegrad 2-5: 1, 1,36, 1,74, 1,91 in Beziehung zu Pflegegrad 1) von den Äquivalenzziffern abweichen, die in § 41 SGB XI für die Spreizung der teilstationären Sachleistungsbeträge vorgesehen sind (dort: Pflegegrad 2 - 5: 1, 1,88, 2,34, 2,9). Die Überleitung der Pflegesätze muss an die Abstufungen der Sachleistungsbeträge angepasst werden.

Lösungsvorschlag

Die BAGFW fordert daher:

- Anstatt einer Stichtagsbetrachtung ist beim Verfahren der Umrechnung der Pflegesätze abzustellen auf eine durchschnittliche Belegung, wie sie in den Verfahren bei Pflegesatzverhandlungen angewendet werden (mindestens drei Monate).
- § 92e SGB XI Verfahren für die Umrechnung wie folgt zu fassen:
 - „(1) Grundlage für die Ermittlung der ab dem 1. Januar 2017 zu zahlenden Pflegesätze nach § 92d ist der Gesamtbetrag der Pflegesätze, die dem Pflegeheim am 30. September 2016 zustehen, sowie für Bewohner mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz jeweils die Differenz aus den Pflegesätzen zwischen der nächsthöheren Pflegestufe und ihrer Pflegestufe am 30.09.2016, hochgerechnet auf einen Kalendermonat für Pflegebedürftige der Pflegestufen I bis III sowie Bewohner ohne Pflegestufe, aber mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz.
 - (2) Der Gesamtbetrag nach Absatz 1 ist in die Pflegegrade 2 bis 5 umzurechnen. Die übergeleiteten Pflegesätze ergeben sich als Summe aus dem Leistungsbetrag nach § 43 und dem in allen Pflegegraden gleich hohen Eigenanteil (Zuzahlungsbetrag). Der einheitliche Eigenanteil ermittelt sich dann wie folgt:
$$EA = (\sum PS - PBPG2 \times LBPG2 - PBPG3 \times LBPG3 - PBPG4 \times LBPG4 - PBPG5 \times LBPG5) \text{ dividiert durch } PB (PG2 - PG5).$$

Dabei sind:

 1. EA = der ab dem Tag der Umstellung geltende einheitliche Eigenanteil,
 2. $\sum PS$ = Gesamtbetrag der Pflegesätze (PS) sowie die Sonderregelung für Bewohner mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz nach Absatz 1,
- Die rechtliche und finanzielle Absicherung, dass im Rahmen der Überleitung stationärer Pflegesätze mindestens die am Stichtag des 01.01.2017 in einer Einrichtung vorhandene Personalausstattung für mindestens 6 weitere Monate aufrechterhalten werden kann (Personalbestandsschutz). Eine etwaig entstehende

de Finanzierungslücke sollte durch einen einrichtungseinheitlichen Zuschlag pro belegten Platz von den Pflegekassen der Bewohner getragen werden und monatlich abgerechnet werden können.

- Folgeänderung in § 92f SGB XI: Pflichten der Beteiligten (Änderungsvorschläge sind unterstrichen):

„(1) Das Pflegeheim teilt den nach § 85 Absatz 2 als Parteien der Pflegesatzvereinbarung beteiligten Kostenträgern bis spätestens zum 31. Oktober 2016 die von ihm nach § 92e Absatz 2 bis 4 ermittelten Pflegesätze in den Pflegegraden 1 bis 5 zusammen mit folgenden Angaben mit:

1. die bisherigen Pflegesätze,
2. ~~die Aufteilung der maßgeblichen Heimbewohnerzahl entsprechend ihrer bisherigen Einstufung und der Angabe zum Vorliegen einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz sowie~~
3. ~~den Stichtags de~~ Gesamtbetrag nach 92e Absatz 1.

Diese Angaben sind durch geeignete Unterlagen zu belegen. Es genügt die Mitteilung an eine als Vertragspartei beteiligte Pflegekasse; diese stellt die unverzügliche Weiterleitung der Mitteilung an die übrigen als Vertragsparteien beteiligten Kostenträger sowie an die Landesverbände der Pflegekassen sicher.“

- Die Überleitung der teilstationären Pflegesätze wird an die Abstufungen der Sachleistungsbeträge nach § 41 SGB XI angepasst werden.

Gesamtbetrachtung der Vorschriften für die vollstationäre Versorgung

Die Wechselwirkungen der neuen Regelungen in der jetzigen Form führen zu einer weiteren starken Abwertung der vollstationären Versorgung. Zu nennen sind hier:

- Überproportionale finanzielle Belastung für Pflegegrade 2 und 3 durch niedrige Leistungsbeträge (§ 43 SGB XI) und einrichtungseinheitliche Eigenanteile (§ 84 Absatz 2 SGB XI)
- Absenkung der Personalschlüssel in den Pflegegraden im Vergleich zu den bisherigen referentiellen Pflegestufen insbesondere zu Lasten der niedrigen Pflegegrade durch:
 - Hoher Anteil an hohen Pflegegraden zum Stichtag durch die Überleitung der bisherigen Leistungsbezieher in Pflegegrade (§ 140 SGB XI; doppelter Stufensprung)
 - Bei gleichbleibendem Finanzvolumen und Personalausstattung der Einrichtungen im Rahmen des alternativen Überleitung der Pflegesätze (§ 92d SGB XI)
- Mangelnde Erfolgsaussichten für Einzelverhandlungen aufgrund von:
 - fehlende Personalrichtwerten
 - mangelnde personelle Verhandlungskapazitäten
 - enge Fristen für die Verhandlungen der Personalrichtwerte sowie für Pflegegesetzverhandlungen in 2016 (§§ 92c, 75 SGB XI)
- Geringere Leistungsbeträge bei vermeintlich fehlender Heimbedürftigkeit (§ 43 Absatz 4 SGB XI)

Vor allem Pflegebedürftige mit niedrigen Pflegegraden werden daher künftig in vollstationären Einrichtungen durch einen höheren Eigenanteil stärker belastet und erhalten zugleich weniger Leistung. Zu erwarten ist eine Mehrbelastung von durchschnittlich 500 € pro Monat. Es ist ungewiss, wie sich das auf die Bewohnerstruktur der Einrichtungen auswirkt. Es erscheint aber wahrscheinlich, dass niedrigere Pflegegrade die stationäre Versorgung zukünftig deutlich weniger nutzen werden, auch wenn sie angezeigt ist. Nicht in allen Fällen lassen sich die Pflegebedürftigen in ambulanten Settings decken. Das Wunsch- und Wahlrecht der Pflegebedürftigen zwischen ambulant und stationär darf nicht ausgehöhlt werden. Zudem würde die veränderte Bewohnerstruktur mittelfristig zur Schwerstpflege in vollstationären Einrichtungen führen. Das erschwert die Pflegesituation für alle Versicherten, aber auch für das Personal. Letzteres dürfte den Fachkräftemangel in vollstationären Pflegeeinrichtungen verstärken, was vor dem Hintergrund der generalistischen Pflegeausbildung nicht im Sinne des Gesetzgebers sein kann. Schließlich wären sehr hohe Eigenanteile für die verbleibenden Bewohner die Folge, welche der Gesetzgeber über § 84 Absatz 2 Satz 3 SGB XI (einrichtungseinheitliche Eigenanteile) verhindern will.

Die BAGFW ersucht den Gesetzgeber daher dringend, eine Verschlechterung der vollstationären Pflege abzuwenden durch:

- Anhebung der vollstationären Sachleistungsbeträge für die Pflegegrade 2 und 3
- Anpassung des Verfahrens zur Überleitung der Pflegesätze:
 - Modifizierung des Berechnungszeitraums für das Gesamtbudget

- Anpassung des Überleitungsverfahrens nach § 92e unter Berücksichtigung des doppelten Stufensprungs für Versicherte mit einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz
 - die Ausgestaltung eines effektiven Personalbestandsschutzmechanismus in § 92d SGB XI vorzunehmen und eine Verschlechterung der Personalschlüssel unter allen Umständen abzuwenden.
- Vereinfachtes Pflegesatzverfahren für die Übergangszeit (§ 85 Absatz. 9)
 - Verzicht auf die Prüfung der Heimpflegebedürftigkeit, da die Sachleistungsansprüche in der häuslichen Pflege mittlerweile die Sachleistungsbeträge der vollstationären Pflege übersteigen
 - Eigenes Monitoringverfahren im Rahmen des § 18c für die Regelungen, die die vollstationäre Versorgung betreffen.

Angesichts der für die stationäre Versorgung derzeit veranschlagten Mehrausgaben von nur 210 Millionen Euro (im Vergleich zu den Mehrausgaben für die ambulante Versorgung von 1,59 Milliarden Euro und den für das Jahr 2017 prognostizierten Gesamtmehrausgaben von 3,74 Milliarden Euro) ist von dem notwendigen finanziellen Spielraum auszugehen.

Zu 4. Qualitätssicherung

§ 113 Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität

Gesetzentwurf

Der § 113 wird hinsichtlich der Inhalte der Maßstäbe und Grundsätze neu strukturiert, wobei die inhaltlichen Vorgaben im Wesentlichen gleich bleiben.

Die Vertragspartner nach § 113 sollen entsprechend § 113 Absatz 1 wissenschaftliche Aufträge erteilen. Ergänzend wird im ebenfalls neuen Absatz 1b geregelt, dass sich die Vertragspartner darauf festlegen, wo die in den Einrichtungen für die Qualität erhobenen Daten zentral zusammengeführt, ausgewertet und aufbereitet werden, einschließlich der Beachtung datenschutzrechtlicher Bestimmungen.

Die Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 gelten zunächst in ihrer bestehenden Form weiter, sind aber bis zum 30. Juni 2017 (stationär) bzw. 30. Juni 2018 (ambulanz) zu aktualisieren.

Bewertung

Wir begrüßen, dass die verbindliche Verankerung eines indikatorengestützten Verfahrens zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität im Gesetzentwurf nochmals eine Aufwertung erfahren hat. Die Ergänzungen der bisherigen Regelungen um die Indikatoren, das Datenerhebungsinstrument, die Datenübermittlung und die Plausibilitätsprüfung (extern durchzuführende Prüfung) entspricht den Vereinbarungen, die die Vertragspartner nach § 113 bereits aufgrund der gesetzlichen Vorgaben des bisherigen § 113 des Absatzes 1 Nr. 4 als Anlage 2 zu den Maßstäben und Grundsätzen stationär geschlossen haben. Insofern folgt der Gesetzgeber hier im Gesetzentwurf den Beschlüssen der Selbstverwaltung und passt den Gesetzestext entsprechend deren Vereinbarungen an.

Unklar ist für uns die Streichung der Begriffe Indikatorenmodell (§ 113 Absatz 1a Satz 1) und Plausibilitätsprüfung (§ 113 Absatz 1a Satz 2), bei der Überführung des Referentenentwurf in den Gesetzentwurf. Die Begriffe dienten der Konkretisierung und verdeutlichen die Intention und die Auftragsziele des Gesetzgebers. In Absatz 1a Satz 2 ist die Festlegung der externen Prüfung der Daten verankert und bedarf einer entsprechenden Differenzierung.

Neu ist die Ermächtigung der Vertragspartner nach § 113 in Absatz 1b bzgl. der neu zu regelnden Datenzusammenführung und -aufbereitung. Diese Neuregelung wird aufgrund des neuen indikatorengestützten Verfahrens notwendig und wird daher von der BAGFW unterstützt. Unklar bleibt was mit einer fallbezogenen Auswertung gemeint ist, der ggf. die weitgehenden datenschutzrechtlichen Ausführungen entgegenstehen. Die erweiterten Ausführungen der datenschutzrechtlichen Bestimmungen im Kabinettsentwurf werden von der BAGFW jedoch grundsätzlich unterstützt.

Damit die Ergebnisse auch für das interne Qualitätsmanagement sowie den internen Verbesserungsprozess in den Einrichtungen genutzt werden kann sind die Datenauswertungen nicht nur an die Landesverbände der Pflegekassen etc. weiterzuleiten, sondern entsprechend aufbereitet auch an die geprüften Einrichtungen.

Lösungsvorschlag

Die BAGFW regt an, in § 113 Absatz 1a Satz 2 in der Fassung des Gesetzentwurfs die Worte „auf der Grundlage einer Stichprobe“ einzufügen. Da die Darstellung der Ergebnisqualität auf der Grundlage des indikatorengestützten Verfahrens grundsätzlich auf einer internen Vollerhebung erfolgen wird, kann nicht die Erhebung sämtlicher Daten kontrolliert werden. Zweck der Kontrolle ist die Überprüfung, ob die Einrichtung die Indikatoren und die zu vereinbarenden Grundsätze der Datenerhebung und der Auswertung richtig angewendet hat. Wie es auch sonst bei Qualitätsprüfungen der Fall ist, kann dies, wenn kein ausufernder Verwaltungsaufwand entstehen soll, nur mittels einer repräsentativen Stichprobe geprüft werden. Die Festlegung der Stichprobe soll Gegenstand der Maßstäbe und Grundsätze sein. Weiter spricht sich die BAGFW dafür aus, die Begriffe Indikatorenmodell und Plausibilitätsprüfung wieder in den Gesetzentwurf, wie es im Referentenentwurf vorgesehen war, einzufügen.

In Absatz 1b ist nach Satz 2 ein neuer Satz 3 einzufügen: „Ferner sind die Ergebnisse der Absatz 1a ausgewerteten Daten auch in entsprechender Aufbereitung an die geprüfte Einrichtung weiterzuleiten.“

§ 113a Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege

Gesetzentwurf

Die Beteiligung der Organisationen des Verbraucherschutzes und der Pflegebedürftigen werden in Absatz 1 in den Sätzen 3 und 4 hinsichtlich des § 118 konkretisiert. Eine weitere Änderung betrifft die Schiedsstellenfähigkeit, die nun durch die Änderungen in den §§ 113 und 113 b aufgehoben und in den neu zu etablierenden Qualitätsausschuss überführt wird.

Bewertung

Die Änderungen der Sätze 3 und in Absatz 1 dient der Klarstellung. Die Änderung hinsichtlich der Schiedsstelle bzw. den neuen Qualitätsausschuss ist folgerichtig.

§ 113b Qualitätsausschuss

Gesetzentwurf

Wurden in diesem Paragrafen bisher die Grundlagen der Schiedsstelle Qualitätssicherung als Konfliktlösungsinstanz der Selbstverwaltung beschrieben, regelt der neue § 113b künftig die Strukturvorgaben für die Selbstverwaltungspartner im SGB XI einschließlich des Konfliktlösungsmechanismus, welcher die Hinzuziehung eines unparteiischen Vorsitzenden sowie weiterer unparteiischer Mitglieder vorsieht, sofern die Selbstverwaltungspartner nicht zu einer gemeinsamen Einigung kommen.

Als inhaltlicher Schwerpunkt des künftigen Qualitätsausschusses sind die Vereinbarungen und Beschlüsse zur Qualitätsprüfung und Qualitätsberichterstattung nach den §§ 113 und 115 Absatz 1a detailliert zu beschreiben sowie bisher auch schon die Expertenstandards nach § 113a vorzulegen. Neu in den Aufgabenbereich gekommen sind die Empfehlungen nach § 37 Absatz 5 für die Qualitätssicherung der Beratungsbesuche.

Bewertung

Um die Aufträge des Gesetzgebers an die Selbstverwaltung künftig reibungslos, zeitnah und qualitätsorientiert erfüllen zu können, müssen aus Sicht der BAGFW die derzeitigen grundlegenden Defizite und Probleme der Selbstverwaltung identifiziert und gelöst werden. Hierzu wird es notwendig sein, auch die heutige Struktur, in der die Vertragspartner de facto nicht gleichberechtigt sind, kritisch zu hinterfragen und ggf. neue Strukturen der Selbstverwaltung zu entwickeln und zu etablieren. Insofern begrüßen wir hier die Vorschläge im Gesetzentwurf, mit denen versucht werden soll, die geschilderten Probleme zu lösen. Hier finden sich viele gute Ansätze – von der Einrichtung einer Geschäftsstelle bis zur Vereinbarung einer Geschäftsordnung. Diese Vorschläge kommen aber zu spät und sind inzwischen nicht mehr ausreichend. So kann es mit den vorliegenden Vorschlägen aus Sicht der BAGFW nur bedingt gelingen, die inzwischen zutage getretenen Probleme zu lösen, da dadurch weder alle offenen Fragen geklärt werden, noch echte nachhaltige und neutrale Selbstverwaltungsstrukturen geschaffen werden. Die Vorschläge der Bundesregierung erscheinen daher an vielen Stellen eher gut gemeint, aber nur halbherzig umgesetzt und nicht zu Ende gedacht, z. B.:

- Es fehlt eine Definition mit Kriterien, aus denen sich ableiten lässt, was eine Vereinigung der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene ist, bzw. wo sie sich als solche anerkennen lassen kann, um als Vertragspartner nach § 113 zu gelten. Unverständlich ist dabei wiederum, warum ein Vertreter der Pflegeberufe auf die Sitze der Leistungserbringer angerechnet werden soll, denn Berufsverbände sind keine Verbände der Leistungserbringer.
- Die Schiedsstelle Qualitätssicherung wird als bisheriger Konfliktlösungsmechanismus als selbstständige Instanz zugunsten einer niedrighschwelligeren Option des künftigen Qualitätsausschusses aufgelöst, ohne dass dieser ausreichend formal legitimiert und permanent neutral strukturiert sowie durch dauerhafte unparteiische Personen verstärkt wird.
- Unverständlich ist, warum der Vorsitzende durch das BMG benannt werden soll und nicht gemeinsam durch die Vertragspartner, wie bisher in der Schiedsstelle Qualitätssicherung und auch anderen vergleichbaren Strukturen üblich.
- Es soll eine qualifizierte Geschäftsstelle eingerichtet werden, die aber über keine eigene formale Form und personelle Ausstattung verfügt und damit nicht neutral und unparteiisch agieren kann. Darüber hinaus soll sie aus nicht näher nachvollziehbaren Gründen jeweils auf fünf Jahre begrenzt eingerichtet werden. Auch inhaltlich sind Aufbau und Aufgaben unklar bzw. vermischen hier verschiedene Zwecke, wie die Koordination der Selbstverwaltung und die fachlich-wissenschaftliche Beratung der Vertragspartner. Diese Aufgabenvermischung ist nicht zielführend und kann mit den mangelnden Strukturen und Ressourcen letztlich nur zu mehr Komplikationen und unklarerer Entscheidungsabläufen und -strukturen führen.

Obwohl ein klarer inhaltlicher Arbeitsschwerpunkt des Qualitätsausschusses auf die Vereinbarungen und Beschlüsse zur Qualitätsprüfung und Darstellung gelegt wird, liegt die Zuständigkeit des Ausschusses nur bei den Vereinbarungen nach § 113 sowie § 115 Absatz 1a, aber nicht auch bei den Richtlinien nach § 114a Absatz 7, welche künftig aber mit den zuerst genannten Vereinbarungen inhaltlich-strukturell eine systematische Einheit bilden und auf einander abgestimmt sein müssen. Die BAGFW empfiehlt daher die Struktur der Selbstverwaltung für die Zukunft klarer und stringen-

ter zu gestalten als dies im Gesetzentwurf angelegt ist. Das Modell einer neuen Struktur der Selbstverwaltung sollte sich nach den Vorstellungen der BAGFW am Modell des Gemeinsamen Bundesausschusses im SGB V, wenn auch in deutlich schlanke-
rer Form, anlehnen (s. Anhang zur Stellungnahme). Gegenüber der jetzt in § 113b geschaffenen Struktur eines „Zwitters“ zwischen Schiedsstelle und neuer Selbstverwaltungsstruktur entstünde mit einem Qualitätsausschuss nach BAGFW-Lesart eine Selbstverwaltungsstruktur mit eingebautem Konfliktlösungsmechanismus, da der unabhängige Vorsitzende und zwei weitere unparteiische Mitglieder ständige Mitglieder dieser Struktur wären und nicht bei Bedarf hinzuziehende Schiedspersonen. Aufgrund der Rolle des unabhängigen Vorsitzenden könnten Patt-Situationen grundsätzlich vermieden werden, indem immer eine Mehrheitsentscheidung herbeigeführt werden kann. Die von der BAGFW vorgeschlagene Struktur würde auch eindeutig gesetzlich regeln, welche Verbände demokratisch legitimierte Mitglieder wären. Im Unterschied zum Qualitätsausschuss nach § 113b sieht das Konstrukt der von der BAGFW vorgeschlagenen Selbstverwaltungsstruktur eine dritte Bank aus Vertreterinnen und Vertretern der auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger Menschen und von Menschen mit Behinderung vor. Sie sollen mitberaten können und antragsberechtigt sein. Ihre Beteiligung als dritte Bank ist ein Beitrag zur Beteiligung und Transparenz der Verfahren zur Qualitätssicherung gegenüber den Verbraucherinnen und Verbrauchern. Ein weiterer zentraler Unterschied zum im Gesetzentwurf vorgelegten Modell eines Qualitätsausschusses ist der Grad der Verbindlichkeit, den die Entscheidungen eines solchen Ausschusses haben. Während ihnen nach § 113b Absatz 3 letzter Satz lediglich die Rechtswirkung einer vertraglichen Vereinbarung oder Beschlussfassung zukommt, haben die Beschlüsse eines Qualitätsausschusses nach BAGFW-Modell den rechtsverbindlichen Charakter einer Richtlinie. Ein solcher Qualitätsausschuss nach BAGFW-Modell würde Richtlinien über die Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität und Richtlinien zu den Ergebnissen von Qualitätsprüfungen einschließlich der Qualitätsberichterstattung erlassen. Auch die Expertenstandards wären Gegenstand seiner Richtlinienkompetenz. Durch die Richtlinienkompetenz wären die bisherigen Probleme zur Frage, wie die Allgemeinverbindlichkeit von Vereinbarungen hergestellt werden kann, juristisch sauber gelöst. Darüber hinaus nimmt der Vorschlag der BAGFW die Forderung eines wissenschaftlichen Instituts als Maximallösung zur Vergabe wissenschaftlicher Aufträge durch den Qualitätsausschuss auf. Allerdings wären auch Lösungen unterhalb dieser Schwelle durch einfache Vergabe von entsprechenden Aufträgen durch den Qualitätsausschuss an externe Institute durchaus denkbar.

Was die inhaltlichen Vorgaben insbesondere zur Qualitätsprüfung und -darstellung angeht, die insbesondere in Absatz 4 dargelegt werden, wurden die in Nummer 1 genannten Instrumente zur Prüfung der Qualität in stationären Pflegeeinrichtungen bereits wissenschaftlich entwickelt und praktisch erprobt: Nicht nur im in Nummer 1 benannten Bundesmodellprojekt, sondern auch in weiteren Nachfolgeprojekten, initiiert durch die Caritasverbände Köln (EQisA) und Münster (EQMS). Innerhalb der Anlage 2 zu Maßstäben und Grundsätzen zur Qualität und Qualitätssicherung nach § 113 Absatz 1 Nummer 4 Anhang 1 sind die Inhalte von Nummer 1 und Nummer 2 bereits vereinbart und auch ein entsprechender Auftrag vergeben, den fehlenden Umsetzungsbaustein bis Ende 2016 wissenschaftlich zu entwickeln. Die Indikatoren können nach dieser modellhaften Pilotierung ab 2017 in eine flächenhafte Umsetzung überführt werden. Die wissenschaftliche Entwicklung der Indikatoren für stationäre Einrichtungen nahm fast drei Jahre in Anspruch plus weitere 18 Monate für die mo-

dellhafte Pilotierung zur wissenschaftlichen Klärung von Umsetzungsfragen in der Fläche. Für den Bereich der ambulanten Pflege (Absatz 4 Nummer 3) sind die Ergebnisindikatoren der stationären Pflege nicht übertragbar. Somit müssen neue Ergebnisindikatoren für die ambulante Pflege auf wissenschaftlicher Basis entwickelt und praktisch erprobt werden. Zur Gewährleistung der Gütekriterien Objektivität, Validität und Reliabilität sowie der Vergleichbarkeit, ist dafür eine mindestens ebenso lange Zeitspanne von insgesamt vier bis fünf Jahren zu veranschlagen. In einem Gutachten für die BAGFW (Büscher, 2015) wird darüber hinaus aufgrund der geringen Vergleichbarkeit der individuellen Versorgungs- und Vertragssettings in der häuslichen Pflege für zu entwickelnde Indikatoren eine Erprobungsphase im internen Qualitätsmanagement empfohlen. Dabei soll getestet werden, welcher dieser Indikatoren sich ggf. überhaupt für eine externe, vergleichende Qualitätsberichterstattung eignet und bewährt. Die Zeitvorgabe für die Umsetzung eines indikatorbasierten Alternativsystems zur derzeitigen PTVA bis zum 31. März 2018 erscheint vor diesem Hintergrund kaum realistisch.

Für die in Absatz 4 Nummer 4 geforderten Module zur Befragung der Lebensqualität von Pflegebedürftigen in stationären Pflegeeinrichtungen liegt aus dem in Nummer 1 zitierten Bundesmodellprojekt ein wissenschaftliches Inventar vor, das im Projekt des Caritasverbandes Münster (EQMS) angewendet und weiterentwickelt wurde. Im Gesetzestext sollte klargestellt werden, dass bei der Entwicklung auf diese Vorarbeiten zurückgegriffen werden soll.

Neben der inhaltlichen Bewertung und Kritik stellt sich bzgl. der Aufgabenbeschreibung des künftigen Qualitätsausschusses die Frage, ob gesetzessystematisch die detaillierten Ausführungen, insbesondere des Absatzes 4, hier richtig verortet sind. Die Zuständigkeit der Selbstverwaltung zu diesen Themen ist bereits im Gesetzentwurf in § 113 geregelt, mit Ausnahme des zu entwickelnden Qualitätskonzepts für neue Wohnformen. Diese detaillierten Ausführungsvorschriften müssen vor allem auch in den Vorschriften der §§ 114, 114a und 115 Absatz 1a zur Qualitätsprüfung und Qualitätsberichterstattung entsprechend umgesetzt werden, in denen im vorliegenden Gesetzentwurf tatsächlich keine Synchronisierung der Vorgaben mit dem neuen System der Qualitätsprüfung nach § 113 und § 113b erfolgt ist und dort nicht auf die neuen Grundlagen der Qualitätsprüfung und Veröffentlichung umgestellt ist.

Lösungsvorschlag

Zur Lösung der in der Bewertung dargestellten Probleme und der Kritik, sowohl an bisher fehlenden Selbstverwaltungsstrukturvorgaben als auch an den unzureichenden Vorschlägen des Gesetzentwurfs, hat die BAGFW einen eigenen Gesetzesvorschlag für eine Selbstverwaltungsstruktur erarbeiten lassen, der dieser Stellungnahme als Anlage beigefügt ist.

Hinsichtlich der Begrenzung der Vertreter je Bank auf höchstens 10 bei gleicher Stärke der Leistungsträger und Leistungserbringer schlägt die BAGFW vor, auf Seiten der Leistungserbringer die Platzzahl zehn zu konkretisieren in „jeweils fünf von den in der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) kooperierenden Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege auf Bundesebene und von den Vereinigungen privat-gewerblicher Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene.“ Ein Vertreter der Verbände der Pflegeberufe im Qualitätsausschuss ist dabei explizit nicht auf die Bank der Leistungserbringer anzurechnen, sondern mit beratender Stimme zu Beteiligten.

Hinsichtlich der Verortung der Ausführungsvorschriften für ein indikatorengestütztes Verfahren zur Qualitätsprüfung und Qualitätsdarstellung hält die BAGFW es für notwendig, dieses vor allem in den § 114, 114a und 115 Absatz 1a zu regeln statt in § 113b Absatz 4. Entsprechende Vorschläge sind in den Gesetzesvorschlag der BAGFW für eine Selbstverwaltungsstruktur (s. o.) eingearbeitet.

Die Entwicklung eines Konzeptes zur Qualitätssicherung ambulanter Wohnformen ist in die Ausgaben der Vertragspartner nach § 113 dort aufzunehmen, analog zu den Grundsätzen und Maßstäben für die ambulante und stationäre Pflege.

§ 113c Personalbemessung in Pflegeeinrichtungen

Gesetzentwurf

Die Vertragspartner nach § 113 werden verpflichtet in Einvernehmen mit dem BMG und dem BMFSFJ die Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach quantitativen und qualitativen Maßstäben zu beauftragen. Der Auftrag soll bis spätestens 31.12.2016 vergeben sein, sonst werden BMG und BMFSFJ die Aufgabe übernehmen. Ergebnisse sollen bis spätestens 30.06.2020 vorliegen.

Bewertung

Für Deutschland liegt derzeit für die vollstationäre Pflege kein anerkanntes wissenschaftlich fundiertes Verfahren für die Erhebung einer bedarfsgerechten Personalausstattung in der Pflege vor. Die Personalbemessung in der vollstationären Pflege wird daher zurzeit auf Länderebene pflegestufenabhängig und teilweise bewohnerzahlabhängig zwischen den Kostenträgern und Leistungserbringern ausgehandelt. Als Basis dienen dazu Personalaufwendungen der Träger, Finanzvolumen der Kassen und Sozialhilfeträger sowie die historische Entwicklung der Personalrichtwerte im jeweiligen Bundesland. Dies führt zu einer oft mangelhaften Personalausstattung sowie zu deutlichen regionalen Unterschieden bei den Personalrichtwerten.

Die BAGFW begrüßt daher, dass der Gesetzgeber dieses Problem nun auch erkannt hat und Abhilfe schaffen will. Mit der Weiterentwicklung der Pflegeversicherung und vor dem Hintergrund der Einführung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs hat diese Diskussion eine besondere Aktualität erhalten. Allerdings hat die BAGFW große Zweifel, dass der vorgeschlagene Weg zielführend ist. Inhaltlich ist das Thema „Personalbemessung und Personalausstattung“ nicht in den Vorschriften des elften Kapitels im SGB XI zur Qualität verankert.

Als nächsten Punkt sieht die BAGFW kritisch, dass im Gesetz lediglich die Entwicklung eines entsprechenden Instrumentariums vorgegeben wird, aber keinerlei verbindliche Vorgabe zur späteren Umsetzung. Ein pflegebedarfsbezogenes Personalbemessungsinstrument, das am Ende in den Pflegeeinrichtungen eingesetzt wird, muss für alle Beteiligten verbindliche Grundlage einer einrichtungsbezogenen Personalbemessung sein. Ergebnisse des Personalbemessungsverfahrens müssen anerkannte Grundlage einer Finanzierung der personenbezogenen Pflegeentgelte sein.

Das System muss auch länderspezifische Besonderheiten berücksichtigen. Dazu bedarf es zum einen einer gesetzlichen Verpflichtung zur Anerkennung des Bedarfs in den Verhandlungen auf Landesebene. Beides liegt nicht im Bereich der Kompe-

tenzen der Selbstverwaltung, sondern hier sind politische und gesetzliche Weichenstellungen zu treffen.

Lösungsvorschlag

Die BAGFW schlägt vor, dass analog der Entwicklung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sowie der Indikatoren nach Wingenfeld et al., die Entwicklung eines bedarfsgerechten Personalbemessungsinstruments für die vollstationäre Pflege durch das BMG im Einvernehmen mit dem BMFSFJ sowie eines breiten Beteiligungsprozesses (Kostenträger, Leistungserbringer, Länder, Vertreter/-innen der Pflegebedürftigen und der beruflich Pflegenden) eingeleitet und gesteuert wird. Von diesem Beirat mit Moderation durch das Ministerium sind auf der Grundlage des wissenschaftlich fundierten und erprobten bedarfsbezogenen Personalbemessungssystems für die stationäre Altenhilfe Empfehlungen zur Umsetzung und Finanzierung zu erarbeiten, die dann durch den Gesetzgeber entsprechend im SGB XI verankert werden.

Zur Umsetzung des beschriebenen Prozesses ist ein entsprechender Auftrag an das Bundesgesundheitsministerium im Gesetz zu verankern.

§ 114 Qualitätsprüfungen

Gesetzentwurf

Im Gesetzentwurf bleibt dieser Paragraph größtenteils unberührt, bis auf wenige redaktionelle Änderungen sowie die Streichung des Absatzes 4 zu den gleichwertigen Prüfungen und die Abschaffung der Kostenpflicht für Wiederholungsprüfungen.

Neu ist, dass die Prüfung der Abrechnung der Leistungen im Rahmen der Regelprüfung nach dem neuen § 114 Absatz 2 Satz 6 nicht mehr als Kann-Regelung, sondern als Verpflichtung des MDK bzw. des Prüfdienstes der PKV ausgestaltet ist.

Bewertung

Die BAGFW begrüßt die Abschaffung der Kosten für die Wiederholungsprüfungen. Die Abschaffung der gleichwertigen Prüfungen kann vor dem Hintergrund des neu einzuführenden indikatorengestützten Verfahrens, dass das interne Qualitätsmanagement mit der externen Qualitätsprüfung und vergleichende Qualitätsdarstellung nachvollzogen werden. Allerdings sei angemerkt, dass dieses System für die stationäre Pflege erst zum 31. März 2017 und für die ambulante Pflege zum 31. März 2018 umgesetzt werden soll. Für die Übergangszeit gelten die Pflege-Transparenzvereinbarungen sowie das bisherige Prüfsystem jedoch weiter. Solange sollen auch die Regelungen zu gleichwertigen Prüfungen weitergelten.

Des Weiteren wird der § 114 dem in den §§ 113 und 113b beschriebenen, neuen indikatorengestützten Verfahren nicht mehr gerecht. Im Gesetzentwurf findet sich keine Anpassung des neuen Prüfgeschehens. Dies betrifft sowohl die künftigen externen Plausibilitätskontrollen als auch die Frage notwendiger Neujustierungen der weiteren Prüfarten. Die bisherigen Konzepte der Regel- und Wiederholungsprüfung werden dem neuen Modell nicht mehr gerecht und sind entsprechend anzupassen bzw. neu zu konzeptionieren. Gleiches gilt für den Prüfauftrag für die Medizinischen Dienste und die Prüfdienste der PKV. In einem System der regelmäßigen Vollerhebung von Qualitätsdaten, im Rahmen des internen Qualitätsmanagement bei allen Bewohnerinnen und Bewohnern zu gesundheitsbezogenen Indikatoren der Ergeb-

nisqualität, würde das bisherige System der Regelprüfung durch jährliche Überprüfungen des MDK bzw. anderer akkreditierter Prüfinstitutionen zur korrekten Datenerhebung der gesundheitsbezogenen Indikatoren angepasst und um die korrekte Anwendung der Verfahrensregelungen sowie die Übereinstimmung der mit dem Pflegezustand der Bewohnerinnen und Bewohner ergänzt werden müssen. Bei Unstimmigkeiten in der Datenerhebung würde ein Klärungsprozess eingeleitet, bei dem die Fehlerquellen und -ursachen herausgefunden und beseitigt werden sollen. Auf dieser Grundlage sind die Daten durch korrekte Daten zu bereinigen und zu aktualisieren. Im Falle bewusster fehlerhafter Angaben kann eine Sanktionskaskade in Gang gesetzt werden, bis hin zur Kündigung der Versorgungsverträge nach § 74 SGB XI.

Einzig die Anlassprüfung aufgrund von Beschwerden ist vor dem neu geregelten Hintergrund in der bestehenden Form weiterhin sinnvoll. Allerdings wäre auch hier eine Anpassung sinnvoll. Künftig sollte tatsächlich nur noch der Anlass geprüft werden und nicht mehr eine komplette Regelprüfung durchgeführt werden.

Zum Anderen ist im Gesetzentwurf keine präzisierende Aussage zur Prüfung der Struktur- und der Prozessqualität enthalten. Vielmehr soll es dabei bleiben, dass sich der Prüfauftrag auf die Struktur- und die Prozessqualität nach § 114 Absatz 1 Satz 4 SGB XI erstrecken kann - mithin also ein Ermessen der Landesverbände der Pflegekassen besteht. Wenn eine Einrichtung bei der vergleichenden Betrachtung eine Qualität im durchschnittlichen Referenzbereich erzielt, kann der Umfang der Prüfung insoweit reduziert werden, als im Regelfall die Überprüfung der Prozessqualität entfallen kann. In atypischen Fällen sowie immer dann, wenn die Ergebnisqualität bei vergleichender Betrachtung unterdurchschnittlich ist, bleibt es danach bei einer, dann angepassten, Prüfung nach § 114 Absatz 1 Satz 4 SGB XI.

Abschließend merken wir an, dass es Ziel einer Regelprüfung ist, die Qualität der Leistungen einer Einrichtung zu prüfen. Dabei kann es erforderlich sein, auch die Abrechnungen der erbrachten Leistungen zu kontrollieren, sofern Anhaltspunkte bestehen, dass Leistungen nicht erbracht wurden. Es kann jedoch nicht Ziel einer Qualitätsprüfung sein, regelhaft Abrechnungsunterlagen zu prüfen. Das in der Gesetzesbegründung angeführte Schutzinteresse der Pflegebedürftigen und der Solidargemeinschaft der Versicherten erachten wir an dieser Stelle für kein stichhaltiges Argument. Die Kann-Regelung des alten § 114 Absatz 2 Satz 6 ist wieder herzustellen.

Lösungsvorschlag

Die gleichwertigen Prüfungen nach Absatz 4 sind als Übergangsregelungen bis zum Erlöschen der jeweiligen Pflege-Transparenzvereinbarungen beizubehalten.

Die Aufträge an die Prüfdienste sowie die Prüffarten sind auf Basis des in den § 113 und 113b beschriebenen neuen indikatorengestützten Verfahrens zur Qualitätsprüfung und Veröffentlichung entsprechend anzupassen und zu erweitern. Die Überprüfung erfolgt nach der in den Vereinbarungen nach § 113 Absatz 1a SGB XI festgelegten Stichprobe. Ergeben sich aus dieser Überprüfung Unstimmigkeiten, sind diese zunächst im Rahmen eines § 24 SGB X entsprechenden Anhörungsverfahrens zu überprüfen. Bestehen Anhaltspunkte für eine fehlerhafte Anwendung der Vereinbarungen nach § 113 Absatz 1a SGB XI durch die Einrichtung auch nach der Anhörung fort, so wäre gemäß Absatz 4 (Anlassprüfung) eine entsprechende externe

Vollüberprüfung der Ergebnisqualität durchzuführen. Dies regeln die Sätze 1 – 3 des von der BAGFW vorgeschlagenen § 114 Absatz 2a. Darüber hinaus ist ein vorsätzlicher Verstoß der Einrichtungen gegen die Vereinbarungen nach § 113 Absatz 1a zur Datenerhebung, Auswertung und Bewertung der Daten mit dem Ziel der Verfälschung mit der Beendigung des Versorgungsvertrages zu ahnden. Hierzu bedarf es der Anpassung in § 74 (konkrete Vorschläge macht die BAGFW hierzu im Gesetzentwurf im Anhang zur Stellungnahme).

Weiter schlagen wir vor nach Absatz 2 Absatz 2a wie folgt einzufügen:

„(2a) Ab Inkrafttreten der Qualitätsdarstellungsvereinbarung nach § 115 Absatz 1a Satz 2 für den stationären Bereich auf der Grundlage des indikatorengestützten Verfahrens zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität nach § 113 Absatz 1a Satz 1 ist im Rahmen der Regelprüfung zu prüfen, ob die Einrichtung die Indikatoren richtig angewendet und die nach § 113 Absatz 1a Satz 2 getroffenen Vereinbarungen über die Datenerhebung, Auswertung und Bewertung der Daten eingehalten hat (Plausibilitätsprüfung). Soweit sich bei der Prüfung Anhaltspunkte für eine Abweichung von diesen Vereinbarungen ergeben, hören die Landesverbände der Pflegekassen die Einrichtung zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts mit angemessener Frist zur Stellungnahme an. Bestehen die Anhaltspunkte für eine Abweichung von diesen Vereinbarungen auch nach Abschluss des Anhörungsverfahrens fort, erfolgt eine vollständige Prüfung mit dem Schwerpunkt der Ergebnisqualität; Absatz 4 gilt entsprechend. Ergibt sich aus der Qualitätsdarstellung der Einrichtung auf der Grundlage des indikatorengestützten Verfahrens zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität nach § 113 Absatz 1a Satz 1 eine im Vergleich mindestens Ergebnisqualität im durchschnittlichen Referenzbereich, soll von der Prüfung der Prozessqualität (Absatz 2 Satz 4) abgesehen werden.“

In § 74, Kündigung von Versorgungsverträgen, ist Satz 2 wie folgt zu ergänzen:

„...oder die Einrichtung die § 113 Absatz 1a Satz 2 getroffenen Vereinbarungen über die Datenerhebung, Auswertung und Bewertung der Daten vorsätzlich mit dem Ziel nicht eingehalten hat, die Qualitätsdarstellung zu verfälschen.“

Im Gesetzentwurf der BAGFW zum Qualitätsausschuss im Anhang der Stellungnahme sind weitere, konkrete Vorschläge, auch zur notwendigen Anpassung des § 114 an die Einführung eines indikatorengestützten Systems zur Qualitätsdarstellung und -veröffentlichung in der stationären Pflege.

§ 114a Durchführung der Qualitätsprüfungen

Gesetzentwurf

Dieser Paragraph bleibt im Wesentlichen unverändert. Lediglich in Absatz 7 erfolgt eine Anpassung bzgl. der Qualitäts-Prüfungsrichtlinien hinsichtlich der neuen Prüfgrundlagen entsprechend der §§ 113 und 113b.

Bewertung

Auf Grund der in § 113 und der Anlage 2 beschriebenen Änderungen im Prüfgeschehen sind in §114a Absatz 1 Satz 2 und 3 ebenfalls Anpassungen notwendig. Die Verzahnung der internen mit der externen Qualitätssicherung der strukturierten

Qualitätserfassung nach dem Modell der indikatorengestützten Ergebnisqualität findet in Form einer Vollerhebung in den Pflegeeinrichtungen statt. Zur Verzahnung mit der externen Qualitätssicherung erfolgt die Datenauswertung und -evaluation in einem unabhängigen Institut, dem die Daten in anonymisierter Form (unter Wahrung des Datenschutzes) übermittelt werden. Der nächste Schritt ist die Plausibilitätsprüfung unter den Vorgaben der Landesverbände der Pflegekassen. Da die Plausibilitätsprüfung die Richtigkeit der von den Einrichtungen erhobenen Daten retrospektiv prüft, muss diese an angekündigten Terminen erfolgen.

In der Neufassung von Absatz 7 ist zu begrüßen, dass bereits bis Oktober 2017 – für stationäre Pflegeeinrichtungen – und bis Oktober 2018 – für ambulante Pflegeeinrichtungen – die Richtlinien zur Prüfung der erbrachten Leistungen und deren Qualität in den benannten Pflegeeinrichtungen zu konkretisieren sind. Die Verbände der BAGFW begrüßen besonders die Klarstellung, dass Qualitätsprüfungs- Richtlinien das Verfahren, nicht aber die Inhalte der Qualitätsprüfungen regeln sollen. Die Verwendung des Begriffs „berücksichtigen“ in Satz 2 impliziert die Möglichkeit der Abweichung von den Normsetzungen nach § 113 SGB XI. Tatsächlich sind diese aber zwingend zu beachten.

Bis zum Vorliegen eines Instrumentes für die Erhebung von indikatorengestützter Ergebnisqualität in der häuslichen Pflege wird mehr Zeit erforderlich sein, als in § 113b Absatz 4 Nummer 3 vorgesehen ist.

Vor dem Hintergrund der Bewertung zu § 114 fehlen hier weitere Konkretisierungen zu den verschiedenen neuen Prüffarten und -aufträgen. Außerdem wird die Konstruktion einer einseitigen Richtlinie des GKV-Spitzenverbands vor dem konzeptionellen Hintergrund einer zukünftigen Verzahnung von internem Qualitätsmanagement, externer Prüfung und Qualitätsdarstellung nicht mehr gerecht.

Nach § 114a Absatz 1 sind Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegeeinrichtungen am Tag zuvor anzukündigen. In der Praxis gibt es hier eine Vielzahl an Interpretationsproblemen. Um diese zu vermeiden ist klarzustellen, dass wenn eine Prüfung nach einem Feiertag oder nach dem Wochenende erfolgt, die Ankündigung einen Werktag zuvor beim Dienst vorliegen muss. Dabei darf der Samstag an dieser Stelle nicht als Werktag gezählt werden.

Lösungsvorschlag

Hinsichtlich der Umsetzung eines indikatorengestützten Verfahrens nach den §§ 113 und 113b sind weitere Konkretisierungen in Absatz 7 hinsichtlich der verschiedenen Prüfaufträge und -arten sowie ggf. weitere notwendige Anpassungen vorzunehmen. Aufgrund der zukünftigen engen konzeptionellen Verzahnungen von internem Qualitätsmanagement, externer Prüfung und Qualitätsdarstellung sind die Qualitätsprüfungs-Richtlinien in die gemeinsamen Regelungskompetenzen der Vertragsparteien nach § 113 aufzunehmen.

In Absatz 7 Satz 2 ist das Wort „berücksichtigen“ zu streichen und durch das Wort „maßgeblich“ zu ersetzen.

Bzgl. der Anmeldung der Prüfungen in der ambulanten Pflege fordert die BAGFW eine gesetzliche Klarstellung, dass „am Tag zuvor“ bedeutet, dass ein rechtzeitiger Eingang der Ankündigung einer Prüfung in der Zeit von Montag bis Freitag sicherge-

stellt sein muss. Eine an einem Montag geplante Prüfung muss daher bis spätestens Freitagmittag avisiert sein, entsprechend ist bei Prüfungen unmittelbar nach Feiertagen zu verfahren.

Im Gesetzentwurf der BAGFW zum Qualitätsausschuss im Anhang der Stellungnahme sind weitere, konkrete Vorschläge, auch zur notwendigen Anpassung des § 114 an die Einführung eines indikatorengestützten Systems zur Qualitätsdarstellung und -veröffentlichung in der stationären Pflege.

§ 115 Ergebnisse von Qualitätsprüfungen, Qualitätsdarstellung Absatz 1a

Gesetzentwurf

In § 115 werden vor allem redaktionelle Anpassungen an Änderungen vorangegangener Paragraphen vorgenommen sowie insbesondere der Absatz 1a neu gefasst und im Titel die Qualitätsdarstellung in Ergänzung zu den Ergebnissen von Qualitätsprüfungen aufgenommen. Die Änderungen in Absatz 1a beziehen sich in der Darstellung der Qualität und der Qualitätsberichterstattung auf § 114a Absatz 7 sowie den entsprechenden Neuregelungen in den §§ 113 und 113b.

Für die Übergangszeit bis zur Umsetzung des neuen Systems der Qualitätsprüfung und -darstellung gelten die bisherigen Pflege-Transparenzvereinbarungen weiter.

Bewertung

Die BAGFW begrüßt es, dass die Qualitätsberichterstattung auf der Basis indikatorengestützter Ergebnisdarstellung nach § 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 bis 4 auf der Grundlage der Maßstäbe und Grundsätze, erfolgt und somit der Fokus auf den Pflegebedürftigen und die Einflussnahme der Pflegeeinrichtung gerichtet wird. Zusätzlich trägt dieser Schritt zu einer Entbürokratisierung und wirtschaftlichen sowie angemessenen Pflegedokumentation bei.

Die indikatorengestützte Qualitätssicherung und Qualitätsberichterstattung erfolgt auf der Basis der Vollerhebung in regelmäßigen Abständen mit Plausibilitätsprüfung im Rahmen der veränderten Regelprüfungen (externe Prüfung) durch eine externe unabhängige Stelle, z. B. den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherungen e. V. Das Verfahren der Qualitätsprüfungen wird nach § 114a Absatz 7 Satz 1 in den Richtlinien über die Durchführung der Prüfung in den Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität geregelt. Die QPR nach § 114a Absatz 7 Satz 1 dient der verfahrensrechtlichen Konkretisierung und nicht der Bestimmung der Inhalte der Prüfung. Die Vereinbarung nach § 115 Absatz 1a bestimmt das Verfahren der Veröffentlichung und nicht das Verfahren der Qualitätsprüfung. Daher ist es konsequent, dass § 114a Absatz 7 Satz 4 im PSG II bestimmt, dass die QPR und die Vereinbarungen nach § 115 Absatz 1a gleichzeitig in Kraft treten.

Zur Klarstellung der Art der Prüfung durch die medizinischen Dienste der Krankenkassen und der Prüfdienste des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. sollte in die Änderungen der Begriff der Plausibilitätsprüfung aufgenommen werden.

Für die Übergangszeit bis zur Umsetzung des neuen Systems der Qualitätsprüfung und -darstellung enthält der Gesetzentwurf keine Übergangsregeln, die auf die größten Kritikpunkte bzgl. der Transparenzvereinbarungen, vor allem die Verrechnung der Qualitätsbereiche untereinander (Stichwort Wohn- versus Pflegequalität) in der Gesamtnote, Rücksicht nehmen.

Lösungsvorschlag

Die BAGFW schlägt vor, in § 115 Absatz 1a Satz 2 die Worte „...und der Richtlinie zur Durchführung der Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114a Absatz 7...“ zu streichen.

Für die Übergangsphase der Qualitätsdarstellung ist bei der bestehenden Qualitätsdarstellung, bis die Vereinbarungen der Qualitätsdarstellungsvereinbarung auf Basis von indikatorengestützter Ergebnisqualität in Kraft treten, die Veröffentlichung der Gesamtnote auszusetzen.

Hinsichtlich der Umsetzung eines indikatorengestützten Systems der Qualitätsprüfung und -darstellung in § 113 und § 113b Absatz 4 sind die dort beschriebenen Änderungen der Prüfinhalte, des Prüfgeschehens und der angepassten Bewertungssystematik in der Darstellung der Qualität nach Auffassung der BAGFW gesetzessystematisch nicht in den Ausführungen zur Struktur des Qualitätsausschusses nach § 113b zu regeln, sondern in Absatz 1a auszuführen und weiter zu konkretisieren.

Im Gesetzentwurf der BAGFW zum Qualitätsausschuss im Anhang der Stellungnahme finden sich weitere, konkrete Vorschläge, auch zur notwendigen Anpassung des § 115 Absatz 1a an die Einführung eines indikatorengestützten Systems zur Qualitätsdarstellung und -veröffentlichung in der stationären Pflege.

§ 115 Absatz 1b

Gesetzentwurf

Keine Änderungen

Bewertung

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

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

Für ungeeignet erachten wir die Informationspflicht über die Versorgung mit Arzneimitteln. Nach § 12a ApoG sind Verträge zwischen Apotheken und vollstationären

Pflegeeinrichtungen verpflichtend vorgeschrieben, wenn eine Apotheke eine vollstationäre Pflegeeinrichtung mit Arzneimitteln versorgen will. Im Übrigen besteht Wahlfreiheit des Bewohners, seine Medikamente in der Apotheke seiner Wahl zu beziehen. Die Versorgung mit Arzneimitteln ist somit gewährleistet. In diesem Bereich bestehen keine Probleme der Unterversorgung, die durch Qualitätsprüfungen und -berichterstattung verbessert werden könnten.

Zusammenfassend werden die Regelungen in § 114 Absatz 1 und § 115 Absatz 1b als ungeeignet zur Erreichung des Ziels einer Verbesserung der medizinischen Versorgung pflegebedürftiger Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen angesehen.

Lösung

Es wird vorgeschlagen, dass der Gesetzgeber anstelle der Regelungen im SGB XI entsprechende Regelungen zur Gewährleistung des Sicherstellungsauftrags durch die Kassenärztlichen Vereinigungen im SGB V erlässt und die in § 114 Absatz 1 Satz 5 bis 7 sowie § 115 Absatz 1b beschriebenen Regelungen streicht.

Berlin, 25.09.2015

Anlage

Entwurf eines Gesetzes zur Änderung der Bestimmungen des Elften Kapitels des Elften Buches Sozialgesetzbuch über die Qualitätssicherung

1. In § 8 Abs. 3 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:

„Soweit aus diesen Mitteln eine wissenschaftliche Expertise eingeholt werden soll, ist vor der Auftragsvergabe dem Pflegequalitätsausschuss nach § 112a Gelegenheit zu geben, an Stelle des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen einen entsprechenden Auftrag an das Institut nach § 118 b zu erteilen.“

2. In § 8 Abs. 3 Satz 3 werden die Worte „Dabei sind vorrangig“ durch die Worte „Vorrangig sind“ ersetzt.

Begründung:

S. § 118b

3. § 74 Abs. 2 wird wie folgt gefasst:

„¹Der Versorgungsvertrag kann von den Landesverbänden der Pflegekassen auch ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist gekündigt werden, wenn die Einrichtung ihre gesetzlichen oder vertraglichen Verpflichtungen gegenüber den Pflegebedürftigen oder deren Kostenträgern derart gröblich verletzt, dass ein Festhalten an dem Vertrag nicht zumutbar ist. ²Das gilt insbesondere dann, wenn Pflegebedürftige infolge der Pflichtverletzung zu Schaden kommen, die Einrichtung nicht erbrachte Leistungen gegenüber den Kostenträgern abrechnet oder die Einrichtung die nach § 113 Absatz 1a Satz 2 getroffenen Vereinbarungen über die Datenerhebung, Auswertung und Bewertung der Daten vorsätzlich mit dem Ziel nicht eingehalten hat, die Qualitätsdarstellung zu verfälschen. ³Das gleiche gilt, wenn dem Träger eines Pflegeheimes nach den heimrechtlichen Vorschriften die Betriebserlaubnis entzogen oder der Betrieb des Heimes untersagt wird. ⁴Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.“

Begründung:

S. die Begründung zu § 114.

4. § 112 Abs. 1 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Maßstäbe für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit einer Pflegeeinrichtung und die Qualität ihrer Leistungen sind die für sie verbindlichen Anforderungen in den Richtlinien nach § 113 Absatz 1 sowie die vereinbarten Leistungs- und Qualitätsmerkmale (§ 84 Absatz 5).“

Begründung:

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aus der Überführung des bisher vorgesehenen Vertrages der gemeinsamen Selbstverwaltung in die Richtlinienkompetenz des Pflegequalitätsausschusses nach § 112a.

5. § 112 Abs. 2 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Die zugelassenen Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie ein Qualitätsmanagement nach Maßgabe der Richtlinien nach § 113 Absatz 1 durchzuführen, Expertenstandards nach § 113a anzuwenden sowie bei Qualitätsprüfungen nach § 114 mitzuwirken.“

Begründung:

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aus der Überführung des bisher vorgesehenen Vertrages der gemeinsamen Selbstverwaltung in die Richtlinienkompetenz des Pflegequalitätsausschusses nach § 112a.

6. Nach § 112 wird folgender § 112a eingefügt:

„§ 112a Pflegequalitätsausschuss

(1) ¹Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e.V., die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene bilden einen Pflegequalitätsausschuss. ²Der Pflegequalitätsausschuss ist rechtsfähig. ³Er wird durch den Vorsitzenden des Beschlussgremiums gerichtlich und außergerichtlich vertreten.

(2) Das Beschlussgremium des Pflegequalitätsausschusses besteht aus einem unparteiischen Vorsitzenden, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern, sieben vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen, jeweils einem vom Verband der privaten Krankenversicherung e.V., von der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der

Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände sowie jeweils fünf von der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) e.V. und von den Vereinigungen privat-gewerblicher Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene zu bestellenden Mitgliedern. Der unparteiische Vorsitzende und sein Stellvertreter müssen die Befähigung zum Richteramt haben.

- (3) ¹Für die Berufung des unparteiischen Vorsitzenden und der zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie jeweils zweier Stellvertreter einigen sich die Organisationen nach Absatz 2 jeweils auf einen Vorschlag und legen diese Vorschläge dem Bundesministerium für Gesundheit spätestens sechs Monate vor Ablauf der Amtszeit vor; für die am _____ beginnende Amtszeit sind die Vorschläge bis zum _____ vorzulegen. ²Als unparteiische Mitglieder und deren Stellvertreter können nur Personen benannt werden, die in den vorangegangenen zehn Jahren vor der Benennung nicht bei den Organisationen nach Absatz 2, bei deren Mitgliedern oder bei Verbänden von deren Mitgliedern beschäftigt waren. ³Die Berufung erfolgt durch das Bundesministerium für Gesundheit.
- (4) ¹Die Unparteiischen üben ihre Tätigkeit in der Regel hauptamtlich aus; eine ehrenamtliche Ausübung ist zulässig, soweit die Unparteiischen von ihren Arbeitgebern in dem für die Tätigkeit erforderlichen Umfang freigestellt werden. ²Die Stellvertreter der Unparteiischen sind ehrenamtlich tätig. ³Hauptamtliche Unparteiische stehen während ihrer Amtszeit in einem Dienstverhältnis zum Pflegequalitätsausschuss. ⁴Zusätzlich zu ihren Aufgaben im Beschlussgremium übernehmen die einzelnen Unparteiischen den Vorsitz der Unterausschüsse des Pflegequalitätsausschusses. ⁵Die Organisationen nach Absatz 2 schließen die Dienstvereinbarung mit dem unparteiischen Vorsitzenden; § 35a Abs. 6a Satz 1 und 2 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend. ⁶Die von den Organisationen nach Abs. 2 benannten sonstigen Mitglieder des Beschlussgremiums üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus; sie sind bei den Entscheidungen im Beschlussgremium an Weisungen nicht gebunden. ⁷Die Organisationen nach Absatz 2 benennen für jedes von ihnen benannte Mitglied bis zu drei Stellvertreter. ⁸Die Amtszeit im Beschlussgremium beträgt ab der am _____ beginnenden Amtszeit fünf Jahre.
- (5) ¹Die Kosten des Pflegequalitätsausschusses unter Einschluss der von ihm zu tragenden Kosten des Instituts nach § 118b mit Ausnahme der Kosten der von den Organisationen nach Absatz 2 benannten Mitglieder sind Verwaltungskosten der Pflegekassen und werden von diesen nach dem Verhältnis ihrer Beitragseinnahmen gemeinsam getragen; §§ 66 – 68 geltend auch in Bezug auf diese Kosten. ²Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erhebt die erforderlichen Mittel bei den Pflegekassen und stellt diese dem Pflegequalitätsausschuss im Voraus zur Verfügung. ³Die Mittel müssen so bemessen sein, dass dem Pflegequalitätsausschuss die Erfüllung seiner gesetzlichen Aufgaben jederzeit möglich ist. ⁴Über die Erhebung der Mittel schließt der Spitzenverband Bund eine vertragliche Vereinbarung mit den Pflegekassen. ⁵Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich mit einem Anteil von 10 vom Hundert an den Aufwendungen nach Satz 1. ⁶Der Finanzierungsanteil, der auf die privaten Versicherungsunternehmen entfällt, kann von dem Verband der privaten

Krankenversicherung e. V. unmittelbar an den Spitzenverband Bund der Pflegekassen geleistet werden.

(6) ¹Der Pflegequalitätsausschuss beschließt eine Geschäftsordnung, in der er Regelungen zu seiner Arbeitsweise trifft, insbesondere

1. zur Geschäftsführung,
2. zur Vorbereitung seiner Beschlüsse,
3. zur Einrichtung von Unterausschüssen,
4. zur Zusammenarbeit der Gremien und der Geschäftsstelle des Pflegequalitätsausschusses, sowie
5. zur Gewährleistung der Rechte der Organisationen nach § 118,
6. zur Bestellung des Leiters des Instituts nach § 118b;
7. zur Erteilung von Aufträgen an das Institut nach § 118b.

²Die Geschäftsordnung bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.

³Soweit bis zum _____ kein Beschluss über eine Geschäftsordnung gefasst ist, wird das Bundesministerium für Gesundheit ermächtigt, die Regelungen nach Satz 1 durch Rechtsverordnung festzulegen.

(7) Die Beschlüsse des Pflegequalitätsausschusses sind für alle Pflegekassen und deren Verbände, für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen sowie für den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. unmittelbar verbindlich.

(8) Der Pflegequalitätsausschuss hat seine Richtlinien regelmäßig an den medizinisch-pflegefachlichen Fortschritt anzupassen.

(9) ¹Das Beschlussgremium des Pflegequalitätsausschusses nach Absatz 2 fasst seine Beschlüsse mit der Mehrheit seiner Mitglieder, sofern die Geschäftsordnung nichts anderes bestimmt.

²Halten der Vorsitzende und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder einen Beschlussvorschlag einheitlich für nicht sachgerecht, können sie dem Beschlussgremium gemeinsam einen eigenen Beschlussvorschlag vorlegen. ³Das Beschlussgremium hat diesen Vorschlag bei seiner Entscheidung zu berücksichtigen. ⁴Die Beratungen des Pflegequalitätsausschusses, insbesondere auch die Beratungen in den vorbereitenden Gremien, sind einschließlich der Beratungsunterlagen und Niederschriften vertraulich.

(10) Die Aufsicht über den Pflegequalitätsausschuss führt das Bundesministerium für Gesundheit. Die §§ 67, 88 und 89 des Vierten Buches gelten entsprechend.“

Begründung:

Mit der Regelung des § 112a wird die bisherige Struktur der gemeinsamen Selbstverwaltung im Leistungserbringungsrecht des SGB XI, die vom Vereinbarungsprinzip durch Normsetzungsverträge geprägt ist, in eine Struktur eines gemeinsamen Entscheidungsgremiums überführt, das wie etwa auch der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 SGB V im

Wesentlichen durch Richtlinien agiert. Die Schiedsstelle gem. § 113 b SGB XI wird dadurch obsolet.

Der Pflegequalitätsausschuss ist seiner Rechtsnatur nach eine Körperschaft des öffentlichen Rechts. Seine hier vorgeschlagene Besetzung richtet sich an der in § 113 b SGB XI bislang geregelten Besetzung der Bundesschiedsstelle aus. Stimmberechtigt sind die Mitglieder nach Abs. 2, wobei wie im Modell der Schiedsstellen nach §§ 113b und 76 SGB XI ein Kräfteparallelogramm durch die gleichmäßige Besetzung der Leistungsträger- und der Leistungserbringerseite hergestellt wird.

Es wird für notwendig gehalten, die Verfahrenspartizipation der Verbände der Pflegebedürftigen und der Pflegeberufe zu verbessern. Es ist jedoch auch künftig nicht geboten, diese Organisationen gleichberechtigt mit einem Stimmrecht auszustatten. Nach wie vor geht die Rechtsprechung – und zwar sowohl des BSG als auch des BGH – davon aus, dass die Pflegekassen respektive die Landesverbände der Pflegekassen und bei bundesweiten Normsetzungsverträgen entsprechend auch der Spitzenverband Bund der Pflegekassen eine Sachwalterstellung für die Versicherten haben. Die Struktur des SGB XI und der dortigen gemeinsamen Selbstverwaltung baut auf dieser Annahme auf. Wenn nun Patientenvertreter – abweichend von der Struktur z.B. des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 SGB V – Stimmrecht erlangten und diese Vertreter nicht auf die Zahl der Vertreter des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen angerechnet würde, drohten die Interessen der Leistungserbringer majorisiert zu werden. Das in der Gemeinsamen Selbstverwaltung für leistungserbringungsrechtliche Normsetzungsverträge, aber auch für Richtlinien vorausgesetzte Kräfteparallelogramm wird u.U. empfindlich gestört. Das gilt auch umgekehrt, soweit die Vertreter der Pflegeberufe ein eigenes Stimmrecht erhalten sollen. Schon heute zeigt die Regelung des § 113 b Abs. 2 Satz 6 SGB XI, dass der Gesetzgeber die Erwartung hegt, dass ein Vertreter der Pflegeberufe tendenziell eher im Lager der Leistungserbringer stehen wird. In diesem Fall würden, sofern keine Anrechnung auf die Vertreter der Verbände der Leistungserbringer erfolgt, u.U. die Interessen der Leistungsträger majorisiert werden.

Unter dem Blickwinkel der demokratischen Legitimation der Entscheidungen des Ausschusses ist zunächst anzumerken, dass seine Aufgabe in Richtlinien zum Leistungserbringungsrecht, jedoch gerade nicht wie im Falle des § 92 SGB V in der Konkretisierung von Leistungsrechten besteht. Die Richtlinien finden – wie heute schon die Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 SGB XI oder Landesrahmenverträge gem. § 75 SGB XI ihre Grenze im Leistungsrecht. Eine die Leistungsansprüche limitierende Normsetzungsvereinbarung zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern ist im SGB XI nichtig. Im SGB V geht es jedenfalls bei einigen der Richtlinien nach § 92 hingegen gerade darum, dass die in den leistungsrechtlichen Normen des SGB V beschriebenen Rahmenrechte ausgestaltet werden. Daher bestimmt auch § 92 Abs. 6 SGB V ausdrücklich, dass die Beschlüsse des G-BA (ausgenommen Entscheidungen nach § 137 b SGB V) für die Versicherten verbindlich sind. Eine solche Regelung braucht es im SGB XI nicht, weil die Funktion des Ausschusses hier eine andere ist. Folglich braucht es auch aus Gründen der demokratischen Legitimation kein Stimmrecht der Vertreter der Patientenorganisationen bzw. der Berufsverbände. Die Legitimation sollte davon unabhängig jedoch durch eine verbesserte Verfahrensteilnahme deutlich gesteigert werden. Daher werden diesen Organisationen durch § 118 i.d.F dieses Entwurfs gegenüber dem heutigen Zustand weitergehende Mitwirkungsrechte eingeräumt.

Mit einem wissenschaftlichen Institut (s. § 118 b) wird die Wissensverdichtung im Ausschuss weiter verstärkt, sodass die Legitimation auch dadurch steigt. Ergänzend wird auf das jüngst erstellte umfassende Gutachten von Kluth zur Legitimationsstruktur des G-BA (Rechtsgutachten zur verfassungsrechtlichen Beurteilung des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) nach § 91 SGB V, März 2015) verwiesen; https://www.g-ba.de/downloads/17-98-3899/Rechtsgutachten_G-BA_Kluth_2015-04-13.pdf. Dort ist ausführlich dargelegt, dass und weshalb bei aller Kritik am Gemeinsamen Bundesausschusses die Legitimationsstruktur der Richtlinien gegenüber den Versicherten selbst dort ausreichend ist.

Die Regelungen zur Berufung des Vorsitzenden in Abs. 3 sind in weiten Teilen § 91 Abs. 2 SGB V entlehnt. Die in § 91 Abs. 2 SGB V zur Erhöhung der personellen Legitimation noch weitergehenden Verfahrensregelungen (das Bundesministerium für Gesundheit übermittelt danach die Vorschläge an den Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages, der einem Vorschlag nach nichtöffentlicher Anhörung der jeweils vorgeschlagenen Person innerhalb von sechs Wochen mit einer Mehrheit von zwei Dritteln seiner Mitglieder durch Beschluss widersprechen kann) sind jedoch wegen der weiter geringeren Konzentration von Entscheidungsmacht im Pflegequalitätsausschuss nicht erforderlich.

Die Finanzierungsstruktur, wie sie in Abs. 5 vorgeschlagen wird, besteht bereits heute zu den Expertenstandards (§ 113a Abs. 3 SGB XI). § 113a Abs. 3 SGB XI in der bisherigen Fassung ist auf die Finanzierungsstruktur insgesamt übertragbar. In diesem Zusammenhang ist auch die Ergänzung des § 8 Abs. 3 zu sehen. Wenn ein unabhängiges vom Pflegequalitätsausschuss betriebenes Institut zur Bündelung des Sachverstandes und Expertenwissens nach § 118 b existiert, können heute in § 8 Abs. 3 für die Einholung wissenschaftlicher Expertise vorgesehenen Mittel aus dem Ausgleichsfond auch für die Beauftragung des Instituts eingesetzt werden.

Die Regelungen zur Geschäftsordnung nach Abs. 6 folgen dem Modell des § 91 Abs. 4 SGB V. Dies gilt sowohl für die Inhalte der Geschäftsordnung als auch für die Ersatzvornahme durch das BMG. Die Anerkennung der Organisationen nach § 118 muss allerdings weiterhin durch den Gesetzgeber respektive den Verordnungsgeber getroffen werden und kann nicht an den Pflegequalitätsausschuss delegiert werden.

Bereits heute enthält die Regelungen nach § 113 Abs. 1 Satz 3 SGB XI eine Allgemeinverbindlicherklärung. Die Erfüllung eingeführter Expertenstandards ist Voraussetzung für den Abschluss und die Aufrechterhalten des Versorgungsvertrages gem. § 72 SGB XI. Das Modell der Allgemeinverbindlicherklärung wird gem. Abs. 7 auf alle Beschlüsse des Pflegequalitätsausschusses erstreckt; dies entspricht dem Modell des § 91 Abs. 6 SGB V. Anders als in § 91 Abs. 6 SGB V ist jedoch keine Erstreckung der Verbindlichkeit für die Versicherten erforderlich.

Nach den bisherigen Regelungen des SGB XI gilt die Anpassungspflicht an den medizinisch-pflegefachlichen Fortschritt universell für alle Normsetzungsverträge. Da die Normsetzungskompetenz durch Vertrag in eine generelle Richtlinienkompetenz für alle untergesetzlichen Normen nach dem Elften Kapitel ersetzt wird, kann die Anpassungspflicht gleichsam vor die Klammer gezogen werden, wie dies hier durch Abs. 8 geschieht.

Zu Abs. 9:

Die Entscheidungsstruktur des Pflegequalitätsausschusses entspricht in vielen Teilen § 91 Abs. 7 SGB V. Sie deckt sich vor allem mit § 113b Abs. 3 Satz 3 SGB XI bisheriger Fassung.

Zu Abs. 10:

Wie andere Selbstverwaltungskörperschaften auch muss der Pflegequalitätsausschuss der Rechtsaufsicht unterliegen. Eine Fachaufsicht würde dagegen der Konzeption widersprechen (dazu BSG, Urt. v. 6.5.2009 – BeckRS 2009, 69263, Rn. 34 und 50: „Insgesamt steht es somit nicht im Belieben des Gesetzgebers, der an dem Konzept untergesetzlicher Normsetzung und -Konkretisierung in der gesetzlichen Krankenversicherung durch den GBA festhalten will, die Staatsaufsicht über den Richtlinienenerlass um fachaufsichtliche Elemente anzureichern, denn er würde sich damit der Gefahr aussetzen, die Grundlage dieses Konzepts in Frage zu stellen.“).

7. Nach § 112a wird folgender § 112b eingefügt:

„§ 112b Wirksamwerden der Beschlüsse des Pflegequalitätsausschusses

- (1) ¹Die vom Pflegequalitätsausschuss getroffenen Beschlüsse sind dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen. Es kann sie innerhalb von zwei Monaten beanstanden. ²Das Bundesministerium für Gesundheit kann im Rahmen der Prüfung vom Pflegequalitätsausschuss zusätzliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen anfordern; bis zum Eingang der Auskünfte ist der Lauf der Frist nach Satz 2 unterbrochen. ³Die Nichtbeanstandung einer Richtlinie kann vom Bundesministerium für Gesundheit mit Auflagen verbunden werden; das Bundesministerium für Gesundheit kann zur Erfüllung einer Auflage eine angemessene Frist setzen.
- (2) Kommen nach dem diesem Kapitel erforderliche Beschlüsse des Pflegequalitätsausschusses nicht oder nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist zustande oder werden die Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit nicht innerhalb der von ihm gesetzten Frist behoben, erlässt das Bundesministerium die Beschlüsse.
- (3) ¹Richtlinien nach § 113 Abs. 1, Expertenstandards nach § 113a Abs. 1, Beschlüsse über die Einführung und über den Auftrag zur Entwicklung oder zur Aktualisierung von Expertenstandards nach § 113a Abs. 1, sowie Richtlinien nach § 115 Abs. 1a sind im Bundesanzeiger zu veröffentlichen. ²Richtlinien nach §§ 113 Abs. 1, 115 Abs. 1a sowie Beschlüsse nach § 113a Abs. 1 gelten vom ersten Tag des auf die Veröffentlichung folgenden Monats. ³Die tragenden Gründe der Beschlüsse des Pflegequalitätsausschusses sind im Internet bekanntzumachen. ⁴Die Bekanntmachung der Beschlüsse muss auch einen Hinweis auf die Fundstelle der Veröffentlichung der tragenden Gründe im Internet enthalten.“

Begründung:

Nach dem Vorbild des § 94 Abs. 1 SGB V werden das Recht der Beanstandung und das Recht der Ersatzvornahme geregelt. In diesem Fall geht die Rechtsetzungskompetenz von der Gemeinsamen Selbstverwaltung auf die unmittelbare Staatsverwaltung über. Diese Regelung dient dazu, ein ausreichendes demokratisches Legitimationsniveau für die Rechtsetzungskompetenz des Pflegequalitätsausschusses zu schaffen.

Wie für alle normsetzenden Regelungen gilt auch hier die Veröffentlichungspflicht im Bundesanzeiger. Die Transparenz der Beschlüsse wird durch die Veröffentlichung der Beschlussgründe entsprechend § 94 Abs. 2 SGB V gestärkt. Die Regelung über die Veröffentlichung und das Inkrafttreten entspricht § 113 Abs. 1 Satz 2 und § 113a Abs. 3 Satz 1. Bisher besteht keine Verpflichtung zur Publizität für die Pflege-Transparenzvereinbarungen. Dies ist zu ändern.

8. § 113 wird wie folgt gefasst:

„§ 113 Richtlinien zu Qualität, Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement

(1) ¹Der Pflegequalitätsausschuss nach § 112a beschließt für die Durchführung der ambulanten und stationären Pflege jeweils Richtlinien für die Qualität, Qualitätssicherung und Qualitätsdarstellung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements, das auf eine stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität ausgerichtet ist. ²Die Richtlinien sind in regelmäßigen Abständen an den medizinisch-pflegefachlichen Fortschritt anzupassen.

(2) ¹In den Richtlinien nach Absatz 1 sind insbesondere auch Anforderungen zu regeln

- 1. an eine praxistaugliche, den Pflegeprozess unterstützende und die Pflegequalität fördernde Pflegedokumentation, die über ein für die Pflegeeinrichtungen vertretbares und wirtschaftliches Maß nicht hinausgehen dürfen,*
- 2. an Sachverständige und Prüfinstitutionen nach § 114 Abs. 4 im Hinblick auf ihre Zuverlässigkeit, Unabhängigkeit und Qualifikation sowie*
- 3. an die methodische Verlässlichkeit von Zertifizierungs- und Prüfverfahren nach § 114 Abs. 4, die den jeweils geltenden Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität entsprechen müssen.*
- 4. an ein indikatorengestütztes Verfahren zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität im stationären Bereich, das auf der Grundlage einer strukturierten Datenerhebung im Rahmen des internen Qualitätsmanagements eine Qualitätsberichterstattung und die externe Qualitätsprüfung ermöglicht; dabei sind insbesondere die Indikatoren, das Datenerhebungsinstrument sowie die bundesweiten Verfahren für die Übermittlung, Auswertung und Bewertung der Daten sowie die extern durchzuführende Prüfung der Daten auf Plausibilität festzulegen.*

²In den Richtlinien nach Satz 1 Nummer 4 sind die datenschutzrechtlichen Bestimmungen zu beachten.

(3) ¹Die Richtlinien für die stationäre Pflege sind bis zum 30. Juni 2017, die Richtlinien für die ambulante Pflege bis zum 30. Juni 2018 zu beschließen. ²Bestehende Vereinbarungen nach § 113 Abs. 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der Fassung des Art. 1 des Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung vom 23. Oktober 2012 gelten bis zum Inkrafttreten der Richtlinien fort.“

Begründung:

§ 113 kann nach dem hier vertretenen Modell erheblich gekürzt und übersichtlicher gestaltet werden. Sämtliche Beteiligungsregelungen sind in § 118 n.F. und § 118a abgebildet. Abs. 3 gewährleistet im Übrigen die Fortgeltung der bisher durch die Schiedsstelle gem. § 113b festgesetzten MuG für die ambulante Pflege und für die vollstationäre Dauerpflege. Zur Klarstellung sei vermerkt, dass die Formulierung in Abs. 1 Satz 1 nicht verbietet, für die teilstationäre Pflege, die Kurzzeitpflege und die vollstationäre Dauerpflege unterschiedliche Richtlinien zu schaffen.

Abs. 2 Satz 1 Nummer 4 entspricht im Wesentlichen § 113 Abs. 1a Satz 2 in der Fassung des Kabinettsentwurfs des PSG II. Da die Darstellung der Ergebnisqualität auf der Grundlage des indikatorengestützten Verfahrens grundsätzlich auf einer internen Vollerhebung erfolgen wird, kann jedoch nicht die Erhebung sämtlicher Daten kontrolliert werden. Zweck der Kontrolle ist die Überprüfung, ob die Einrichtung die Indikatoren und die zu vereinbarenden Grundsätze der Datenerhebung und der Auswertung richtig angewendet hat, also eine Prüfung der Plausibilität. Wie dies auch sonst bei Qualitätsprüfungen der Fall ist, kann dies, wenn kein ausufernder Verwaltungsaufwand entstehen soll, z.B. mittels einer repräsentativen Stichprobe geprüft werden. Die Festlegung der Instrumente zur Prüfung der Plausibilität soll Gegenstand der Richtlinien sein.

9. § 113a wird wie folgt gefasst:

„§ 113a Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege

(1) ¹Der Pflegequalitätsausschuss nach § 112a stellt die Entwicklung und Aktualisierung wissenschaftlich fundierter und fachlich abgestimmter Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege sicher. ²Expertenstandards tragen für ihren Themenbereich zur Konkretisierung des allgemein anerkannten Standes der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse bei. ³Ein Expertenstandard wird durch Einführungsbeschluss des Pflegequalitätsausschusses unmittelbar verbindlich im Sinne des § 72 Absatz 3 Satz 1 Nr. 4. ⁴Der Pflegequalitätsausschuss unterstützt die Einführung der Expertenstandards in die Praxis.

(2) ¹Der Pflegequalitätsausschuss stellt die methodische und pflegfachliche Qualität des Verfahrens der Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards und die Transparenz

des Verfahrens sicher. ²Die Anforderungen an die Entwicklung von Expertenstandards sind in einer vom Pflegequalitätsausschuss zu beschließenden Verfahrensordnung zu regeln. ³In der Verfahrensordnung ist das Vorgehen auf anerkannter methodischer Grundlage, insbesondere die wissenschaftliche Fundierung und Unabhängigkeit, die Schrittfolge der Entwicklung, der fachlichen Abstimmung, der Praxiserprobung und der modellhaften Umsetzung eines Expertenstandards sowie die Transparenz des Verfahrens festzulegen. ⁴Die Verfahrensordnung ist durch das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zu genehmigen. ⁵Kommt ein Beschluss über eine Verfahrensordnung bis zum _____ nicht zustande, wird sie durch das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend festgelegt.

(3) Die Expertenstandards sind im Bundesanzeiger zu veröffentlichen. Sie sind für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich. Die Vertragsparteien unterstützen die Einführung der Expertenstandards in die Praxis.

Begründung:

Die Regelungskompetenz der Gemeinsamen Selbstverwaltung durch Vereinbarung wird in die Kompetenz des Pflegequalitätsausschusses überführt. Die Beteiligungsrechte dritter Organisationen sind in § 118 n.F. und § 118 a abgebildet. Im Übrigen bleibt die bisherige Regelung inhaltlich unverändert. Die Regelung zu § 113 a Abs. 4 ist jedoch dann überflüssig, wenn sie wie hier in § 112a Abs. 5 aufgeht.

10. § 114 erhält folgende Fassung:

(1) ¹Zur Durchführung einer Qualitätsprüfung erteilen die Landesverbände der Pflegekassen dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, dem Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. im Umfang von 10 Prozent der in einem Jahr anfallenden Prüfaufträge oder den von ihnen bestellten Sachverständigen einen Prüfauftrag. ²Der Prüfauftrag enthält Angaben zur Prüfart, zum Prüfgegenstand und zum Prüfungsumfang. ³Die Prüfung erfolgt als Regelprüfung, Anlassprüfung oder Wiederholungsprüfung. ⁴Die Pflegeeinrichtungen haben die ordnungsgemäße Durchführung der Prüfungen zu ermöglichen.

(2) ¹Die Landesverbände der Pflegekassen veranlassen in zugelassenen Pflegeeinrichtungen bis zum 31. Dezember 2010 mindestens einmal und ab dem Jahre 2011 regelmäßig im Abstand von höchstens einem Jahr eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. oder durch von ihnen bestellte Sachverständige (Regelprüfung). ²Zu prüfen ist, ob die Qualitätsanforderungen nach diesem Buch, Richtlinien des Pflegequalitätsausschusses und den nach diesem Buch abgeschlossenen vertraglichen Vereinbarungen erfüllt sind. ³Die Regelprüfung erfasst insbesondere wesentliche Aspekte des Pflegezustandes und die Wirksamkeit der Pflege- und Betreuungsmaßnahmen (Ergebnisqualität). ⁴Sie kann auch auf die unmittelbaren Rahmenbedingungen der Leistungserbringung (Strukturqualität) erstreckt werden. ⁵Der Ablauf, die Durchführung und die Evaluation der Leistungserbringung (Prozessqualität) ist nur Gegenstand der Regelprüfung, soweit dies in Absatz 2a bestimmt ist. ⁶Die Regelprüfung bezieht sich auf die Qualität der allgemeinen Pflegeleistungen, der medizinischen Behandlungspflege, der sozialen Betreuung einschließlich der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung im Sinne des § 87b, der Leistungen bei

Unterkunft und Verpflegung (§ 87), der Zusatzleistungen (§ 88) und der nach § 37 des Fünften Buches erbrachten Leistungen der häuslichen Krankenpflege. ⁶Sie umfasst auch die Abrechnung der genannten Leistungen. ⁷Zu prüfen ist auch, ob die Versorgung der Pflegebedürftigen den Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention nach § 23 Absatz 1 des Infektionsschutzgesetzes entspricht.

(2a) ¹Ab Inkrafttreten der Qualitätsdarstellungsvereinbarung nach § 115 Absatz 1a Satz 2 für den stationären Bereich auf der Grundlage des Indikatoren gestützten Verfahrens zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität nach § 113 Absatz 1a Satz 1 ist im Rahmen der Regelprüfung auch eine Plausibilitätsprüfung darauf durchzuführen, ob die Einrichtung die Indikatoren richtig angewendet und die nach § 113 beschlossenen Richtlinien über die Datenerhebung, Auswertung und Bewertung der Daten eingehalten hat ²Soweit sich bei der Prüfung Anhaltspunkte für eine Abweichung von den Richtlinien nach § 113 ergeben, hören die Landesverbände der Pflegekassen die Einrichtung zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts mit angemessener Frist zur Stellungnahme an. ³Bestehen die Anhaltspunkte für eine Abweichung auch nach Abschluss des Anhörungsverfahrens fort, erfolgt für die Bereiche, in denen abgewichen wurde, eine vollständige Prüfung der Ergebnisqualität; Absatz 4 gilt entsprechend. Eine Prüfung der Prozessqualität im Rahmen der Regelprüfung erfolgt nur für die Bereiche, für die keine Indikatoren festgelegt sind oder die Ergebnisqualität unter dem Durchschnitt liegt.

(3) Die Landesverbände der Pflegekassen haben im Rahmen der Zusammenarbeit mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden (§ 117) vor einer Regelprüfung insbesondere zu erfragen, ob Qualitätsanforderungen nach diesem Buch und den auf seiner Grundlage abgeschlossenen vertraglichen Vereinbarungen in einer Prüfung der nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörde oder in einem nach Landesrecht durchgeführten Prüfverfahren berücksichtigt worden sind. Hierzu können auch Vereinbarungen auf Landesebene zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen und den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden sowie den für weitere Prüfverfahren zuständigen Aufsichtsbehörden getroffen werden. Um Doppelprüfungen zu vermeiden, haben die Landesverbände der Pflegekassen den Prüfumfang der Regelprüfung in angemessener Weise zu verringern, wenn

- 1. die Prüfungen nicht länger als neun Monate zurückliegen,*
- 2. die Prüfergebnisse nach pflegefachlichen Kriterien den Ergebnissen einer Regelprüfung gleichwertig sind und*
- 3. die Veröffentlichung der von den Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität gemäß § 115 Absatz 1a gewährleistet ist.*

Die Pflegeeinrichtung kann verlangen, dass von einer Verringerung der Prüfpflicht abgesehen wird.

(4) Bei sachlich begründeten Hinweisen auf eine nicht fachgerechte Pflege bei Pflegebedürftigen ist eine Anlassprüfung durchzuführen. Ergeben sich im Rahmen einer Anlass-, Regel- oder Wiederholungsprüfung solche Hinweise, auf die sich die Prüfung nicht erstreckt, ist die Anlass-, Regel- oder Wiederholungsprüfung insgesamt als Anlassprüfung durchzuführen. Zur Durchführung dieser Anlassprüfung erteilen die Landesverbände der Pflegekassen dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen und dem Prüfdienst des Verbands der privaten Krankenversicherung e.V. einen neuen Prüfauftrag. Der Prüfauftrag enthält Angaben zur Prüffart, zum Prüfgegenstand und zum Prüfumfang. Dabei sind insbesondere die Anhaltspunkte für eine nicht fachgerechte Pflege konkret und begründet schriftlich darzulegen. Im Zusammenhang mit einer zuvor durchgeführten Regel- oder Anlassprüfung kann von den Landesverbänden der Pflegekassen eine Wiederholungsprüfung veranlasst werden, um zu überprüfen, ob die

festgestellten Qualitätsmängel durch die nach § 115 Abs. 2 angeordneten Maßnahmen beseitigt worden sind“

Begründung:

Die BAGFW ist der Ansicht, dass Inhalt und Umfang der Qualitätsprüfungen in stationären Einrichtungen an die durch § 113 Abs. 1a SGB XI in der Fassung des Kabinettsentwurfs geänderten Rahmenbedingungen anzupassen sind. Grundlage der Qualitätsdarstellung ist die Datenerhebung durch die Einrichtung selbst im Rahmen ihres internen Qualitätsmanagements. Folglich sollte zunächst Gegenstand der Qualitätsprüfung die korrekte Anwendung der Richtlinien nach § 113 Abs. 1a SGB XI sein. Die Überprüfung erfolgt nach der in den Vereinbarungen nach § 113 Abs. 1a SGB XI festgelegten Stichprobe. Ergeben sich aus dieser Überprüfung Unstimmigkeiten, sind diese zunächst im Rahmen eines § 24 SGB X entsprechenden Anhörungsverfahrens zu überprüfen. Bestehen die Anhaltspunkte für eine fehlerhafte Anwendung der Vereinbarungen nach § 113 Abs. 1a SGB XI durch die Einrichtung auch nach der Anhörung fort, gibt dies Anlass für eine Abs. 4 (Anlassprüfung) entsprechende externe Vollüberprüfung der Ergebnisqualität. Dies regeln die Sätze 1 – 3 des von der BAGFW vorgeschlagenen § 114 Abs. 2a. Darüber hinaus ist der vorsätzlich mit dem Ziel der falschen Qualitätsdarstellung erfolgte schwerwiegende Verstoß gegen die Vereinbarungen nach § 113 Abs. 1a SGB XI nach dem Vorschlag der BAGFW als Grund für die Beendigung des Versorgungsvertrages ausgestaltet (s. Änderung zu § 74).

Zum anderen ist im Kabinettsentwurf des PSG II keine präzisierende Aussage zur Prüfung der Struktur- und der Prozessqualität enthalten; vielmehr soll es dabei bleiben, dass sich der Prüfauftrag auf die Struktur- und die Prozessqualität nach § 114 Abs. 1 Satz 4 SGB XI erstrecken kann, also Ermessen der Landesverbände der Pflegekassen besteht. Nach Ansicht der BAGFW lässt eine bei der gebotenen vergleichenden Betrachtung mindestens durchschnittliche Durchschnittsqualität eine Reduktion der Prüfung insoweit zu, die Überprüfung der Prozessqualität entfallen kann. Die Möglichkeit der Überprüfung der Prozessqualität bleibt bei einem konkreten Anlass im Rahmen der Anlassprüfung bestehen; sie ist ebenso angezeigt, wenn und soweit die Ergebnisse in einem Bereich, für den Indikatoren festgelegt sind, unterdurchschnittlich sind.

Gibt es im Rahmen einer Anlass-, Regel- oder Wiederholungsprüfung sachlich begründete Hinweise auf eine nicht fachgerechte Pflege bei Pflegebedürftigen, auf die sich die Prüfung nicht erstreckt, ist die Anlass-, Regel- oder Wiederholungsprüfung als Anlassprüfung durchzuführen. Zur Durchführung dieser Anlassprüfung erteilen die Landesverbände der Pflegekassen dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen und dem Prüfdienst des Verbands der privaten Krankenversicherung e.V. einen neuen Prüfauftrag. Der Prüfauftrag enthält Angaben zur Prüffart, zum Prüfgegenstand und zum Prüfungsumfang. Dabei sind insbesondere die Anhaltspunkte für eine nicht fachgerechte Pflege konkret und begründet schriftlich darzulegen.

11. § 114a Abs. 7 wird wie folgt gefasst:

„¹Der Pflegequalitätsausschuss nach § 112a beschließt zur verfahrensrechtlichen Konkretisierung und unter Beachtung der Richtlinien nach § 113 auch Richtlinien über die Durchführung der Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 sowohl für den ambulanten als auch für den stationären Bereich. ²Die Richtlinien für den stationären Bereich sind bis zum 31. Oktober 2017, die Richtlinien für den ambulanten Bereich bis zum 31. Oktober 2018 zu beschließen. ³Sie treten jeweils gleichzeitig mit der entsprechenden Richtlinie über die Qualitätsdarstellung nach § 115 Absatz 1a in Kraft.

Begründung:

Die Regelung bringt eine inhaltliche Veränderung insoweit, als die Kompetenz für die Schaffung der QPR in die Richtlinienkompetenz des Pflegequalitätsausschusses überführt wird. Bislang ist immer streitig gewesen, ob die QPR aufgrund der Genehmigungspflicht durch das BMG und die Einbeziehung der Verbände der Leistungserbringer vor Beschluss der QPR außenwirksames Recht geworden sind oder noch Verwaltungsbinnenrecht darstellen. Dieser Streit wird durch die Überführung aufgelöst. Streitigkeiten über die Vereinbarkeit der QPR mit den Richtlinien zur Veröffentlichung der Prüfberichte bzw. den PTVen und den MuG bzw. nach dem Modell der BAG FW mit den entsprechenden Richtlinien des Pflegequalitätsausschusses können vermieden werden, wenn auch die Beschlussfassung über die QPR in die Hände derselben normsetzenden Körperschaft der Selbstverwaltung gelegt werden. Auf diese Weise ist gewährleistet, dass die QPR die weiteren Richtlinien konkretisieren und nicht konterkarieren. Zugleich stellt der Entwurf – insoweit in Übereinstimmung mit dem Regierungsentwurf des PSG II – klar, dass Aufgabe der Richtlinien nach § 114a Absatz 7 nicht die Beschreibung zusätzlicher Anforderungen an die Qualität selbst, sondern des Verfahrens der Qualitätsprüfung ist.

13. § 115 Abs. 1a erhält folgende Fassung:

„¹Die Landesverbände der Pflegekassen stellen sicher, dass die von Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen verständlich, übersichtlich und vergleichbar sowohl im Internet als auch in anderer geeigneter Form kostenfrei veröffentlicht werden. ²Der Pflegequalitätsausschuss nach § 112a beschließt in Richtlinien, wie die vergleichende Messung der Ergebnisqualität zu diesem Zweck dargestellt und um welche weitere Informationen die Darstellung ergänzt wird. Die Richtlinie umfasst auch die Bewertungssystematik (Qualitätsdarstellungs-Richtlinien). ⁵Bei Anlassprüfungen nach § 114 Absatz 4 bilden die Prüfergebnisse aller in die Prüfung einbezogenen Pflegebedürftigen die Grundlage für die Bewertung und Darstellung der Qualität. ⁶Personenbezogene Daten sind zu anonymisieren. ⁷Ergebnisse von Wiederholungsprüfungen sind zeitnah zu berücksichtigen. ⁸Bei der Darstellung der Qualität ist die Art der Prüfung als Anlass-, Regel- oder Wiederholungsprüfung kenntlich zu machen. ⁹Das Datum der letzten Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder durch den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V., eine Einordnung des Prüfergebnisses nach einer Bewertungssystematik sowie eine Zusammenfassung der Prüfergebnisse sind an gut sichtbarer Stelle in jeder Pflegeeinrichtung auszuhängen. ¹⁰Die Qualitätsdarstellungs-Richtlinien für den stationären Bereich sind bis zum 31. Dezember 2017 und für den ambulanten Bereich bis zum 31. Dezember 2018 zu beschließen. ¹¹Sie sind an den medizinisch- pflegefachlichen Fortschritt anzupassen. ¹²Bei Inkrafttreten dieses Gesetzes geltende Pflege-Transparenzvereinbarungen (PTV) gelten bis zum Inkrafttreten der jeweiligen Richtlinien mit der Maßgabe fort, dass jeweils Anlage 2 Ziffer 2.3. (Gesamtbewertung) keine Anwendung finden.“

Begründung:

In Zukunft soll die Veröffentlichung der Prüfergebnisse nicht mehr auf der Grundlage der jetzt geltenden Pflege-Transparenzvereinbarungen erfolgen, sondern nach Maßgabe von Richtlinien, die durch den Pflegequalitätsausschuss nach § 112a beschlossen werden. Bis zum Inkrafttreten dieser Richtlinien sollen die bei Inkrafttreten des PSG II geltenden Pflege-Transparenzvereinbarungen fortgelten, allerdings mit der Maßgabe, dass die Gesamtbewertung nicht mehr veröffentlicht wird, wie dies zunächst auch im Arbeitsentwurf des PSG II vorgesehen war. Die künftige Darstellung der Ergebnisqualität erfolgt dann auf der Grundlage des indikatorengestützten Verfahrens zur vergleichenden Messung. Aufgabe der Qualitätsdarstellungs-Richtlinien ist es, zu regeln, welche zusätzlichen Informationen neben den gewonnenen Ergebnissen der Indikatoren veröffentlicht werden und in welcher Weise und Form die Veröffentlichung erfolgen soll.

12. § 117 Absatz 2 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Von den Richtlinien nach § 114a Absatz 7, den Pflege-Transparenzvereinbarungen nach § 115 Absatz 1a Satz 7 und den Richtlinien nach § 115 Absatz 1a Satz 10 kann dabei für die Zwecke und die Dauer des Modellvorhabens abgewichen werden. Die Verantwortung der Pflegekassen und ihrer Verbände für die inhaltliche Bestimmung, Sicherung und Prüfung der Pflege-, Versorgungs- und Betreuungsqualität nach diesem Buch kann durch eine Zusammenarbeit mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden oder den obersten Landesbehörden weder eingeschränkt noch erweitert werden.“

Begründung:

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aus der Überführung des bisher vorgesehenen Vertrages der gemeinsamen Selbstverwaltung in die Richtlinienkompetenz des Pflegequalitätsausschusses nach § 112a.

13. § 118 wird wie folgt gefasst:

„§ 118 Beteiligungsrechte von Organisationen pflegebedürftiger und behinderter Menschen

(1) Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen, die nach der Verordnung nach Abs. 6 anerkannt sind, wirken nach den folgenden Absätzen an den Beschlüssen nach diesem Kapitel mit.

(2) ¹Die Organisationen nach Abs. 1 sind an Beschlüssen zu Richtlinien nach § 113 Absatz 1, über die Einführung, den Auftrag zur Entwicklung oder die Aktualisierung von Expertenstandards nach § 113a Absatz 1, den Richtlinien nach § 114a Absatz 7 sowie zu Richtlinien nach § 115 Absatz 1a frühzeitig 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. ²Folgt

der Pflegequalitätsausschuss einem im Rahmen der Beteiligung schriftlich vorgebrachten Anliegen einer Organisation nach Absatz 1 nicht, sind ihr auf Verlangen die Gründe dafür schriftlich mitzuteilen.

- (3) ¹Die Organisationen nach Absatz 1 erhalten im Pflegequalitätsausschuss nach § 112a ein Mitberatungsrecht; die Organisationen benennen hierzu einvernehmlich sachkundige Personen. ²Das Mitberatungsrecht beinhaltet auch das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung. ³Die Zahl der sachkundigen Personen soll höchstens der Zahl der von dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen entsandten Mitglieder in diesem Gremium entsprechen. ⁴Die sachkundigen Personen erhalten vom Pflegequalitätsausschuss Reisekosten nach dem Bundesreisekostengesetz oder nach den Vorschriften des Landes über Reisekostenvergütung, Ersatz des Verdienstauffalls in entsprechender Anwendung des § 41 Absatz 2 des Vierten Buches sowie einen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe eines Fünfzigstels der monatlichen Bezugsgröße (§ 18 des Vierten Buches) für jeden Kalendertag einer Sitzung.
- (4) ¹Bei Beschlüssen des Pflegequalitätsausschusses nach §§ 113 Absatz 1, § 113a Absatz 1 erhalten die Organisationen nach Absatz 1 das Recht, Anträge zu stellen. ²Der Pflegequalitätsausschuss hat über Anträge der Organisationen in der nächsten Sitzung des Gremiums zu beraten. ³Wenn über einen Antrag nicht entschieden werden kann, soll in der Sitzung das Verfahren hinsichtlich der weiteren Beratung und Entscheidung festgelegt werden.
- (5) Bei Erarbeitung oder Änderung der in § 17 Absatz 1, den §§ 18b, 45a Absatz 2 Satz 3, § 45b Absatz 1 Satz 4 vorgesehenen Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen wirken die Organisationen nach Abs. 1 nach Maßgabe der Verordnung nach Absatz 6 beratend mit.
- (6) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Einzelheiten für die Voraussetzungen der Anerkennung der für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene, insbesondere zu den Erfordernissen an die Organisationsform und die Offenlegung der Finanzierung, festzulegen.“

Begründung:

Mit der Regelung werden die bisherigen Beteiligungsrechte der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen gestärkt. Wie die Patientenvertretung nach § 140 f SGB V erhalten die Organisationen ein eigenes Antragsrecht (Abs. 4) und können nach den hier vorgeschlagenen Verfahrensregelungen auch eine rasche Befassung mit Anträgen beanspruchen. Außerdem erhalten die Organisationen nach Abs. 3 über die bisherigen Rechte hinaus ein Mitberatungsrecht durch höchstens zehn sachkundige, von ihnen zu benennende Vertreter. Die Anerkennung der maßgeblichen Organisationen erfolgt wie bisher auf der Grundlage einer Verordnung, sodass insoweit die Pflegebedürftigenbeteiligungsverordnung weitergeführt werden kann.

14. Nach § 118 wird folgender § 118a eingefügt:

„§ 118a Beteiligung weiterer Organisationen

- (1) ¹Bei Beschlüssen des Pflegequalitätsausschusses nach § 113 Absatz 1, § 113a Absatz 1 und § 115 Abs. 1a sind auch der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene frühzeitig zu beteiligen. ²Bei Beschlüssen des Pflegequalitätsausschusses nach § 113 Absatz 1, § 113a Absatz 1 ist auch das [Institut] nach § 118b zu beteiligen; weitere unabhängige Sachverständige können beteiligt werden. ³Jeder zu Beteiligende kann auch vorschlagen, zu welchen Themen Expertenstandards entwickelt werden sollen.*
- (2) Bei Beschlüssen nach § 114a Absatz 7 sind der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. frühzeitig zu beteiligen.*
- (3) Bei Beschlüssen des Pflegequalitätsausschusses nach § 115 Absatz 1a Satz 10 sind auch unabhängige Verbraucherorganisationen auf Bundesebene frühzeitig zu beteiligen.*
- (4) Bei Beschlüssen des Pflegequalitätsausschusses, die die Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener oder personenbeziehbarer Daten regeln oder voraussetzen, ist der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit zu beteiligen.*
- (5) ¹Den nach Absätzen 1 bis 4 zu beteiligenden Organisationen ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. ²Der Pflegequalitätsausschuss hat Stellungnahmen der beteiligten Organisationen in seine Entscheidungen einzubeziehen.*

Begründung:

Mit der Regelung werden die schon bisher bestehenden Beteiligungsrechte anderer maßgeblichen Organisationen als der nach § 118 zusammengefasst.

15. Nach § 118 a wird folgender § 118b eingefügt:

„§ 118 b [Institut für Qualität in der Pflege]

- (1) Der Pflegequalitätsausschuss nach § 112a gründet ein fachlich unabhängiges, rechtsfähiges, wissenschaftliches Institut für Qualität in der Pflege und ist dessen Träger. Das Institut kann auch in der Rechtsform einer Stiftung des Privatrechts betrieben werden. Für das Institut ist ein fachlicher Leiter zu bestellen, der Vertreter der Pflegewissenschaften ist.*
- (2) Das Institut wird zu Fragen von grundsätzlicher Bedeutung für die Qualität und Qualitätssicherung der im Rahmen der gesetzlichen Pflegeversicherung erbrachten Leistungen der sozialen Pflegeversicherung insbesondere auf folgenden Gebieten tätig: [...]*

1. Erarbeitung und Weiterentwicklung von indikatorengestützten Verfahren zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität,
2. Weiterentwicklung einer praxistauglichen, den Pflegeprozess unterstützenden und die Pflegequalität fördernden Pflegedokumentation auf der Grundlage vorhandener Strukturmodelle,
3. Recherche, Darstellung und Bewertung des aktuellen medizinischen-pflegerischen Wissensstandes zu Maßnahmen der Pflege und Betreuung, sowie
4. Entwicklung und Aktualisierung wissenschaftlich fundierter und fachlich abgestimmter Expertenstandards.

(3) ¹Das Institut wird im Auftrag des Pflegequalitätsausschusses tätig. Das Bundesministerium für Gesundheit kann das Institut beauftragen, soweit es die Finanzierung der Bearbeitung des Auftrags übernimmt. ²Im Übrigen werden die Kosten des Instituts von dem Pflegequalitätsausschuss getragen.

(4) ¹Das Institut hat bei Tätigkeiten nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 bis 4 geeigneten Sachverständigen der Pflegewissenschaft Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. ²Es kann, soweit ein Auftrag nach Absatz 3 erteilt wurde, wissenschaftliche Forschungsaufträge an externe Sachverständige vergeben.

(5) ¹Das Institut leitet die Arbeitsergebnisse der Aufträge nach Absatz 2 dem Pflegequalitätsausschuss als Empfehlungen zu. ²Der Pflegequalitätsausschuss hat die Empfehlungen im Rahmen seiner Aufgabenstellung zu berücksichtigen. ³Die Kompetenzen des Pflegequalitätsausschusses nach diesem Gesetz bleiben im Übrigen unberührt.

(6) Das Institut hat in regelmäßigen Abständen über die Arbeitsprozesse und -ergebnisse öffentlich zu berichten.“

Begründung:

Durch die Etablierung eines Instituts wird die institutionelle und verfahrensrechtliche Grundlage für die Arbeit des Pflegequalitätsausschusses verbessert, indem seine für die Entscheidungen erheblichen Wissensgrundlagen erweitert werden. Die Legitimation der Entscheidungen wird dadurch gesteigert. Mit der Einrichtung eines Instituts wird den Forderungen des Beauftragten der Bundesregierung für die Pflege ebenso Rechnung getragen wie den schon früher aufgestellten Forderungen der Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen e.V. (dazu Igl, Fachliche Standards und Expertenstandards für die Pflege im System der Qualitätssicherung nach § 113a und § 113b SGB XI, in: RsDE Bd. 67 (2008), S. 38, 46) und des Deutschen Pflegerates (Positionspapier v. 10.1.2007).

Das Institut ist fachlich unabhängig und selbst rechtsfähig, auch wenn es in Trägerschaft des Qualitätsausschusses errichtet wird. Idealerweise wird es in der Rechtsform einer Stiftung betrieben, wie dies u.a. auch von der Buko-QS vorgeschlagen wurde.

Die Aufgaben des Instituts werden - nicht enumerativ-abschließend, sondern beispielhaft – in Abs. 2 aufgeführt. In erster Linie geht es dabei darum, dass das Institut die Vorschläge und Empfehlungen für die Wahrnehmung der Aufgaben des Pflegequalitätsausschusses entwickelt, weil dort v.a. das pflegfachliche Expertenwissen gebündelt werden soll.

Auftraggeber soll neben dem Pflegequalitätsausschuss als Träger jedoch auch das BMG sein können (Abs. 3). Diese Regelung ist der des § 139b Abs. 2 SGB V (Beauftragung des IQWiG) entlehnt. Da die Tätigkeit des Instituts jedoch ansonsten aus Mitteln des Pflegequalitätsausschusses finanziert wird, die wiederum Verwaltungskosten der Pflegekassen darstellen und so auch refinanziert werden, muss in diesem Fall zuvor eine Kostenzusage durch das BMG erklärt werden.

Abs. 4 sichert die Einbeziehung von Sachverständigen in die Vorbereitung der Vorschläge und Empfehlungen des Instituts an den Pflegequalitätsausschuss.

Abs. 5 regelt den Verfahrensablauf nach dem Vorbild des § 139b Abs. 4 SGB V.

Abs. 6 stärkt die Transparenz und Öffentlichkeit der Arbeit des Instituts.

Teilhabe und Pflege –

Position des Paritätischen zu Leistungen für Menschen mit Behinderung im Rahmen der Reform der Pflegeversicherung und des geplanten Bundesteilhabegesetzes

Die Bundesregierung hat den Entwurf für ein Zweites Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz - PSG II) vorgelegt. Zentraler Aspekt dieses Entwurfs ist die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Damit verbunden ist eine umfassendere und von der Selbstversorgung der Menschen ausgehende Sicht bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Eine rein auf somatische Pflegebedürftigkeit ausgerichtete Begutachtungspraxis soll künftig nicht mehr erfolgen, sondern auch die eingeschränkte Alltagskompetenz, z. B. bei Menschen mit psychischer Erkrankung oder mit geistiger Behinderung erfasst werden. Somit soll eine Gleichbehandlung von vorrangig somatisch beeinträchtigten pflegebedürftigen und vorrangig kognitiv oder psychisch beeinträchtigten Menschen sichergestellt werden. Grundlage des erweiterten Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist ein neues Begutachtungsinstrument, das sich am Grad der Selbständigkeit orientiert.

Der Paritätische begrüßt diese Entwicklung ausdrücklich, da damit eine langjährige Forderung des Verbandes hinsichtlich des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs endlich umgesetzt und mit diesem fundamentalen Systemwechsel der Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung auch für Menschen mit psychischer Erkrankung oder geistiger Behinderung erheblich erleichtert wird.

Allerdings tangieren die Änderungen insbesondere die Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung (§§ 53/54 ff. SGB XII). Im Herbst dieses Jahres soll mit Blick auf die im Jahr 2009 verabschiedete UN-Behindertenrechtskonvention ein Referentenentwurf für ein modernes Bundesteilhabegesetz vorgelegt und damit auch diese Leistungen der Eingliederungshilfe neu geregelt werden. Bisher liegen hierzu umfangreiche Arbeitspapiere und Positionen, jedoch keine konkreten Eckpunkte oder Arbeitsentwürfe der Bundesregierung vor.

Seit der Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes im Jahr 1994 findet eine Auseinandersetzung bezüglich der Abgrenzung zwischen den Leistungen der Pflegeversicherung und der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung statt. Die jeweiligen Leistungen werden unter unterschiedlichen Voraussetzungen, mit differenzierten Zielen und in unterschiedlichen Lebenswelten der jeweiligen Personengruppen erbracht. In Wohneinrichtungen für Menschen mit Behinderung werden schon heute i.d.R. Pflegeleistungen erbracht. Diese Form der integrierten Leistungserbringung für Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung, die gleichzeitig pflegebe-

dürftige Menschen sind, muss auch mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz und einem neuen Bundesteilhabegesetz erhalten bleiben.

Für Menschen mit Behinderung wird daher bei beiden Reformvorhaben darauf zu achten sein, dass

- ▶ die UN-Behindertenrechtskonvention als ein für Deutschland geltendes Recht in allen Reformen umgesetzt wird,
- ▶ eine Abstimmung zwischen den geplanten Reformvorhaben, insbesondere zwischen PSG II, Bundesteilhabegesetz und SGB IX vorgenommen wird,
- ▶ der Anspruch auf Pflegeleistung ohne Einschränkung der bestehenden Teilhabeleistungen gesichert wird,
- ▶ der volle Zugang zu den Leistungen der Teilhabe und der Eingliederungshilfe im neuen Bundesteilhabegesetz erhalten bleibt und im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention weiterentwickelt wird,
- ▶ künftig auch die Leistungen als Teilhabeleistungen gewährt werden, die von der Pflegekasse zwar als Bedarf festgestellt, aber durch diese aufgrund des „Teilkas-kocharakters“ oder einer anderen Zielstellung von Teilhabe nicht abgedeckt werden können,
- ▶ die Teilhabe und die Befähigung auch bei hohem Pflege- und Unterstützungsbedarf gesichert werden,
- ▶ im neuen Bundesteilhabegesetz keine Differenzierung zwischen qualifizierten und nicht qualifizierten Assistenzleistungen und keine Beschreibung dieser Leistungen in Anlehnung an die Hilfen zur Pflege (einschl. Pflegeversicherung) vorgenommen wird, beides wird entschieden abgelehnt,
- ▶ die Pflegeversicherung in die Verfahren gem. §§ 10ff. SGB IX integriert wird,
- ▶ die Pflegeleistungen als notwendiger Bestandteil und Voraussetzung für die Teilhabe rechtlich verankert werden,
- ▶ ein Rechtsanspruch auf qualifizierte, ausschließlich den Interessen der zu beratenden Person verpflichtete, anwaltschaftliche Beratung und Information im SGB XI und im Recht der Eingliederungshilfe - neu - so verankert wird, dass eine ganzheitliche Beratung, z. B. mit Hilfe von Beratungsgutscheinen, möglich wird,
- ▶ bei einem Nebeneinander von Leistungen der Pflege und Eingliederungshilfe eine vereinfachte, integrierte Planung und Dokumentation vorgenommen wird,
- ▶ die bestehende Gutscheinregelung beim Persönlichen Budget abgeschafft wird,
- ▶ der Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung unabhängig vom Aufenthaltsort unter Beibehaltung der für Angebote der Eingliederungshilfe geltenden Qualitätsstandards gesichert wird,

- ▶ die Sonderregelung des § 43a SGB XI ersatzlos gestrichen und die Leistung der ambulanten medizinischen Behandlungspflege auch in stationären Wohnangeboten durch die Krankenkassen sichergestellt wird.

Unsere Forderungen begründen wir wie folgt:

1) Reformen auf Basis der UN-Behindertenrechtskonvention

Bei den Überlegungen zum neuen Bundesteilhabegesetz für Menschen mit Behinderung und den Reformen zur Pflegeversicherung wird deutlich, dass Personenorientierung und Individualleistungen künftig im Vordergrund stehen werden. Beide Reformvorhaben erfolgen jedoch nebeneinander, eine Abstimmung zwischen den jeweiligen Lebensbereichen im Sinne einer ganzheitlichen Unterstützung ist nicht erkennbar. Bei beiden Reformvorhaben werden zwar Elemente der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) herangezogen, allerdings kommt das mit der UN-Behindertenrechtskonvention verankerte neue Verständnis von Behinderung und damit korrespondierende biopsychosoziale Modell der ICF und das der Habilitation und Rehabilitation nicht bzw. nur unzureichend zur Anwendung.

Der Paritätische fordert, die geplanten Reformvorhaben - Schaffung eines Bundesteilhabegesetzes, Stärkung der Pflegeversicherung und Weiterentwicklung des Sozialgesetzbuchs IX - aufeinander abzustimmen, so dass deren Leistungen, Strukturen und Verfahren sich, gemäß des Grundsatzes der UN-Behindertenrechtskonvention Inklusion, an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft und Einbeziehung in die Gemeinschaft ausrichten.

2) Verknüpfung des SGB XI mit SGB IX und dem geplanten Bundesteilhabegesetz

Mit der Einführung des SGB IX wurden Leistungen der Rehabilitation und Teilhabe für Menschen mit Behinderung zusammengeführt, um ihnen eine selbstbestimmte und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen. Damit einher gingen auch die Festlegung der Rehabilitationsträger und die Schaffung von Regelungen für deren Zusammenarbeit. Die Träger der Pflegeversicherung sind jedoch als Rehabilitations- und Teilhabeträger im SGB IX ausgeschlossen.

Menschen mit Behinderung haben - wie alle Menschen - einen umfassenden Anspruch auf Selbstbestimmung und damit verbunden auf die Gestaltung ihrer Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Die konkrete Gestaltung ist jedoch immer von der individuellen Lebenssituation abhängig, was dazu führt, dass sich Teilhabeleistungen nicht normieren und auch nicht in abschließenden Katalogen darstellen lassen. Menschen mit Behinderung haben oftmals gleichzeitig einen Bedarf an und Anspruch auf Leistungen der Pflege (SGB XI), der medizinischen und therapeutischen Behandlung (SGB V) und der Eingliederungshilfe (SGB XII). Für sie ist die ganzheitliche Koordination und Leistungserbringung eine grundlegende Voraussetzung für die Sicherstellung einer bedarfsdeckenden Leistungsgewährung und damit der gleichberechtigten Teilhabe.

Im Referentenentwurf zum PSG II wurden keine Aussagen zu notwendigen Folgeänderungen im SGB XII getroffen. Die Regelungen zu den Leistungen und Verfahrensabläufen, z. B. bei Auskunft und Information (§ 7 PSG II), zur Unterstützung im Alltag (§45a PSG II) oder zu Entlastungsleistungen (§ 45b PSG II) stehen unabhängig neben den bestehenden Regelungen im SGB IX, der Eingliederungshilfe und der Hilfe zur Pflege im SGB XII sowie dem geplanten Bundesteilhabegesetz. Daher können kaum Aussagen zu den konkreten Auswirkungen getroffen werden. Zu befürchten steht allerdings, dass durch die fehlende Harmonisierung Leistungslücken oder zumindest neue Abgrenzungsschwierigkeiten und damit Verschiebepahnhöfe zu Lasten der Betroffenen drohen, da kein übergreifendes Fachkonzept für die geplanten Reformvorhaben erkennbar ist.

Der Paritätische fordert einerseits eine fach- und ressortübergreifende und konzeptionelle Abstimmung zu Reformvorhaben der jeweils beteiligten Bundesministerien, insbesondere zwischen PSG II, Bundesteilhabegesetz und SGB IX für Menschen mit Behinderung, und andererseits die Herstellung von Transparenz in diesem Geschehen.

3) Aktivierende Pflege und Eingliederungshilfe (§ 2 PSG II und § 53 SGB XII)

Grundsätzlich wird die Aufnahme der mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff einhergehenden aktivierenden Pflege als Zielbestimmung im SGB XI begrüßt. Allerdings kann schon heute festgestellt werden, dass Begrifflichkeiten wie Selbstbestimmung und aktivierende Pflege dazu führen, dass Sozialhilfeträger auf Leistungen der Pflege nach SGB XI und SGB XII verweisen und Leistungen der Eingliederungshilfe im Sinne einer Förderung und Teilhabe für Menschen mit Behinderung zunehmend verwehrt werden. Eingliederungshilfe und Teilhabe ist mehr als aktivierende Pflege und erfordern (sozial)pädagogische sowie weitere spezialisierte Fachkräfte. Mit dem Verweis auf Pflege wird das Wunsch- und Wahlrecht bei der persönlichen und individuellen Lebens- und Zielplanung von Menschen mit Behinderung außer Acht gelassen.

Der Paritätische fordert, dass das bisherige Wunsch- und Wahlrecht bei der persönlichen Lebens- und Zielplanung und Gestaltung der Hilfen erhalten und, im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention gestärkt wird sowie der Zugang zur Teilhabe als umfassendere Leistung explizit festgeschrieben bleibt.

4) Begriff der Pflegebedürftigkeit und weitergehende Leistungen - Teilhabe versus Pflege

Der Paritätische begrüßt die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (§ 14 PSG II) und des neuen Begutachtungsinstruments ausdrücklich. Damit erfolgt ein längst überfälliger Systemwechsel, mit dem die bestehende Ungleichbehandlung von somatisch und kognitiv beeinträchtigten Menschen aufgehoben wird. Im neuen System werden z.B. auch kognitive und kommunikative Fähigkeiten oder die Gestaltung des Alltagslebens einbezogen. Die in § 14 Absatz 2 PSG II aufgeführten sechs Bereiche decken jedoch nicht das ab, was für eine umfassende und selbstbestimmte gesellschaftliche Teilhabe für Menschen mit Behinderung notwendig ist. Des Weiteren ist erkennbar, dass sich die Feststellung des Pflegebedarfs weiterhin auf die Un-

terstützung bei der Selbstpflege und vorrangig auf das häusliche Umfeld konzentriert. Teilhabe ist mit dem Kennenlernen und Erschließen von Neuem sowie persönlicher Weiterentwicklung verbunden. Dies wird jedoch durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff nicht abgebildet. Insofern sind, wie bisher, andere Schritte notwendig, um für Menschen mit Behinderung den Teilhabebedarf zu erfassen und mit gesetzlichen Ansprüchen zu hinterlegen.

Außerdem ist schon jetzt absehbar, dass nicht alle durch die Beeinträchtigungen oder Fähigkeitsstörungen hervorgerufenen notwendigen Leistungen aus dem vorhandenen Etat der Pflegeversicherung finanziert werden können. Damit kann nur ein Teil des notwendigen Unterstützungsbedarfs bezahlt werden. Die Pflegeversicherung bleibt wie bisher eine Versicherung mit Teilkasko-Charakter, in der zwar umfangreiche Bedarfe erhoben, aber nicht finanziert werden. Somit sind auch künftig nicht nur aufstockende, sondern auch weitergehende Leistungen der Sozialhilfe (SGB XII) notwendig, was für Menschen mit Behinderung zu Problemen und Streitigkeiten mit den Sozialhilfeträgern führt. Grund der Auseinandersetzung ist die Frage, ob die weitergehende Leistung als Hilfe zur Pflege oder als Eingliederungshilfe erbracht werden soll. Dabei wird theoretisch konstruiert, welche der Leistungen im Vordergrund steht, was weder den Regelungen der Eingliederungshilfe § 53 SGB XII und erst recht nicht dem Teilhabeverständnis der UN-Behindertenrechtskonvention entspricht. Mit diesem Vorgehen wird die persönliche Zukunftsplanung ignoriert und der Anspruch auf Teilhabe verwehrt. Das Recht auf Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (und auf Eingliederungshilfe) ist weder von Art und Schwere der Behinderung, noch vom Lebensalter oder dem Umfang des Pflegebedarfs abhängig.

Hinzu kommt, dass völlig offen ist, was die künftigen Leistungen der Hilfe zur Pflege und Eingliederungshilfe im SGB XII beinhalten sollen. Zum einen ist dem vorliegenden Entwurf zum PSG II dazu kein Hinweis zu entnehmen, zum anderen liegen für ein neues Bundesteilhabegesetz lediglich Überlegungen und umfangreiche Arbeitspapiere, aber kein konkreter Referentenentwurf vor. Damit drohen Leistungslücken, neue Abgrenzungsschwierigkeiten zwischen Teilhabe- und Pflegeleistungen und damit verbunden Verschiebepahnhöfe zulasten von Menschen mit Behinderung.

Der Paritätische fordert eine Harmonisierung der Pflegeleistungen im SGB XII mit denen nach SGB XI. Dabei sind die schon bestehenden anderen Pflegeleistungen gem. § 61 Abs. 1 und gem. § 65 SGB XII zu erhalten. Parallel dazu ist bei einem neu zu schaffenden Bundesteilhabegesetz sicherzustellen, dass Leistungen der Teilhabe für Menschen mit Behinderung einerseits wie bisher gleichberechtigt neben den Leistungen der Pflegeversicherung (SGB XI) stehen und andererseits künftig vorrangig gegenüber den Pflegeleistungen nach SGB XII gewährt werden können. Darüber hinaus ist der offene Katalog der Eingliederungshilfen bzw. Teilhabeleistungen zu sichern und an die Vorgaben der UN-Behindertenrechtskonvention anzupassen.

5) Pflegebedürftigkeit und ein ICF-basiertes Teilhabekonzept

Wie bereits ausgeführt, umfasst der Pflegebedürftigkeitsbegriff mit seinen Bereichen nur einen Teil dessen, was für eine umfassende Teilhabe für Menschen mit Behinderung notwendig ist. Selbst- oder Fremdpflege ist ein elementares Grundbedürfnis und Voraussetzung für Teilhabe. Teilhabe für Menschen mit Behinderung ist jedoch mehr

als Pflege. Der Leistungsanspruch für Teilhabe im SGB IX ist mit dem biopsychosozialen Modell der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) eng verbunden. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat mit der ICF eine Definition von Behinderung vorgenommen, die u. a. die Teilhabe am öffentlichen, gesellschaftlichen und kulturellen Leben und die Wechselwirkung zwischen der Person und ihren Kontextfaktoren einbezieht. Danach ist eine alleinige biomedizinische oder pflegerische Betrachtung nicht ausreichend. Notwendig wird eine systematische Beschreibung der gesundheitlich bedingten Aus- und Wechselwirkungen auf den Ebenen der Funktionen, der Aktivitäten und der Teilhabe in den Lebensbereichen der Person und unter Einbeziehung der jeweiligen Lebenswelt.

Die für das neue Bundesteilhabegesetz bisher vorgeschlagenen Lebensbereiche sind eng mit dem Pflegebedürftigkeitsbegriff verknüpft. So sollen bei der Definition des leistungsberechtigten Personenkreises – wie bei der Pflegebedürftigkeit – nur bestimmte Domänen bzw. Lebensbereiche der ICF herangezogen werden. Diese betreffen Selbstversorgung, häusliches Leben, Mobilität, Orientierung und interpersonelle Aktion. Nur bei Kindern sollen zusätzlich die Lebensbereiche Lernen und Wissensanwendung sowie Kommunikation herangezogen werden. Damit wird die Eingliederungshilfe-neu für erwachsene Menschen mit Behinderung den Ansprüchen der ICF nicht gerecht. Sie wäre zwar teilweise mit dem SGB XI kompatibel, was auf den ersten Blick fortschrittlich erscheint. Bei genauerer Betrachtung ist dies jedoch ein Rückschritt, da nicht alle Lebensbereiche der ICF erfasst werden und die Gefahr besteht, dass künftig Teilhabeleistungen nur für Menschen mit Behinderung gewährt werden, bei denen gleichzeitig ein Pflegebedarf besteht.

Damit wird die nicht gesetzeskonforme Praxis der Träger der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII, bei der Bedarfsfeststellung zur Teilhabe, die Pflege als vorrangige Leistung gegenüber der Teilhabe festzustellen, legitimiert (siehe auch Punkte 3 und 4). Darüber hinaus werden damit die heute bestehenden Leistungen zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben auf Pflege reduziert und dem Grunde nach abgeschafft, was vom Paritätischen entschieden abgelehnt wird.

Der Paritätische fordert, dass die Feststellung des Unterstützungsbedarfs zur Teilhabe auf Basis sämtlicher Lebensbereiche bzw. aller neun Domänen der ICF erfolgt. Eine Reduzierung der Teilhabe auf Lebensbereiche, die sich ausschließlich an der Pflege orientieren, wird entschieden abgelehnt. Pflegebedarf darf nicht das alleinige Kriterium für die Feststellung von Teilhabebedarfen sein.

6) Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff und Assistenzleistungen im geplanten Bundesteilhabegesetz

In den Beratungen zum Bundesteilhabegesetz wurden erste Überlegungen für Assistenzleistungen vorgestellt, die in den Leistungskatalog neu aufgenommen werden sollen. Bei diesen Leistungen soll eine Unterscheidung zwischen qualifizierten und nichtqualifizierten Leistungen vorgenommen werden.

Bei den nichtqualifizierten Assistenzleistungen im neu geplanten Bundesteilhabegesetz wird von einer Übernahme dieser durch andere Personen ausgegangen. Auffällig ist, dass die Beschreibung der Assistenzleistung wiederum vergleichbar mit den

Bedarfsbereichen der Pflege (Betreuungsangebote, Angebote zur Entlastung von Pflegenden, Angebot zur Entlastung im Alltag) ist und diese damit sehr nah an den Leistungen zur Unterstützung im Alltag gem. § 45 a PSG II liegen. Schon heute kommt es zu Abgrenzungsproblemen zu den mit dem PSG I eingeführten Entlastungs- und Betreuungsangeboten gem. §§ 45 b und c.

Bei der qualifizierten Leistung wird im geplanten Bundesteilhabegesetz ein Befähigungskonzept herangezogen, welches auf Anleitung, Beratung, und Übung von Tätigkeiten für den Alltag setzt, was grundsätzlich zu begrüßen ist.

Für einige Menschen z. B. mit Körperbehinderung mag die Unterscheidung zwischen qualifizierten und nichtqualifizierten Leistungen hilfreich sein, wenn sie, was in der Regel der Fall ist, ihre Assistent/-innen auch selbst anleiten.

Allerdings wirft die geplante Differenzierung Fragen auf:

- Was geschieht, wenn eine „Verbesserung“ durch Anleiten und Üben nicht erreicht wird?
- Werden die künftigen Leistungen zur Alltagsbewältigung dann als „Nichtqualifizierte Assistenzleistung“ durch „Nichtqualifizierte Kräfte“ erbracht und in einem zweiten Schritt ausschließlich der Pflege nach SGB XI und XII zugeordnet?
- Was passiert, wenn Menschen mit Behinderung eine Assistenz zur Übernahme bestimmter Aktivitäten benötigen, diese Assistenz aber wegen der Beeinträchtigung eine bestimmte fachliche Qualifikation (z. B. zur Kommunikation mit sprachbehinderten, kognitiv beeinträchtigten oder taubblinden Menschen) mitbringen muss?

Die zu erwartenden Konsequenzen eines derartigen Assistenzverständnisses wären ein fataler Verlust von bisherigen Teilhabeleistungen, der vor allem Menschen mit geistiger Behinderung, ältere Menschen mit Behinderung, Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf und psychisch kranke Menschen treffen würde. Eine Feststellung in befähigungsfähig und nicht befähigungsfähig widerspricht dem Gedanken der Inklusion und wird abgelehnt. Für Menschen mit kognitiven Einschränkungen muss sichergestellt werden, dass nicht nur die Verbesserung der Folgen von Beeinträchtigungen, sondern auch der Erhalt der auf einem individuellen Niveau erreichten Teilhabe durch qualifizierte Leistungen zu sichern ist.

Eine Differenzierung der Assistenzleistungen in qualifizierte und nichtqualifizierte Leistungen sowie die Anlehnung dieser Leistungen an die Pflegeversicherung darf im neuen Bundesteilhabegesetz keinesfalls vorgenommen werden. Die Leistungserbringung hängt von der individuellen Zielbestimmung des Leistungsberechtigten ab und ist Teil der Gesamtplanung, in die auch die Pflegeversicherung einzubeziehen ist. Das Recht auf umfängliche Teilhabe (z. B. gemeinschaftliche, kulturelle und berufliche) und die damit verbundenen qualifizierten und bedarfsgerechten Leistungen gem. §§ 53ff. SGB XII sind sicherzustellen.

7) Ermittlung der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument; Versorgungsplanung – Bedarfsfeststellung und Koordination

Das neue Begutachtungsinstrument zur Ermittlung der Pflegebedürftigkeit deckt die in § 14 Absatz 2 SGB XI genannten Bereiche bzw. sechs Module ab. Es ist zu begrüßen, dass mit der gesetzlich vorgeschriebenen Gewichtung bzw. Punktbewertung der Module erstmalig psychische, kognitive und somatische Beeinträchtigungen von Beginn an gleichwertig behandelt werden. Die Gewichtung bzw. Punktbewertung der Module dient der Einordnung in Pflegegrade. Allerdings besteht die grundsätzliche Kritik, dass die Vorgabe für die Einordnung an den gegenwärtigen Ausgabevolumen der Pflegeversicherung ausgerichtet ist.

Im Begutachtungsverfahren sind darüber hinaus die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit in den Bereichen außerhäusliche Aktivitäten und Haushaltsführung festzustellen, um eine umfassende Beratung sowie Pflege- und Hilfeplanung zu ermöglichen.

Offen bleibt somit, wie aus einer Einschätzung der Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder Fähigkeitsstörung ein quantitativer und qualitativer Unterstützungsbedarf abgeleitet werden kann. Für Menschen mit Behinderung sind im Rahmen der Teilhabeplanung schon heute Aussagen zum notwendigen Umfang und Inhalt der Unterstützungsleistungen zu treffen. Da die Verständigung auf eine Zielstellung der Teilhabeleistungen Auswirkungen auf die Feststellung des Bedarfs hat, erfolgt diese vor der Bedarfsfeststellung. Diese Systematik kennt die Pflegeversicherung bisher nicht.

In der Versorgungsplanung, die gem. § 7a Pflegeberatung SGB XI zu erstellen ist, stecken hinsichtlich der Ausgestaltung der Unterstützungsleistungen für erforderliche Sozialleistungen und gesundheitsfördernde, präventive, kurative, rehabilitative oder sonstige medizinische sowie pflegerische und soziale Hilfen enorme Potentiale. Allerdings ist aus Sicht des Paritätischen die Versorgungsplanung der Pflegekassen bis heute in der Praxis – zum Nachteil der Versicherten – nicht angekommen und wenn, dann betrifft sie ausschließlich den medizinischen und pflegerischen Bereich. Unklar bleibt, in welchem Verhältnis die Versorgungsplanung zur künftigen Teilhabeplanung für Menschen mit Behinderung stehen wird.

Im Rahmen des neuen Bundesteilhabegesetzes soll ebenfalls eine Normierung von übergreifenden Regelungen (Teilhabeplan) für alle Rehabilitationsträger erfolgen. Eine Bewertung der Überlegungen kann zum jetzigen Zeitpunkt nicht erfolgen, da bislang nichts Konkretes vorliegt. Dennoch ist zu wiederholen, dass der Teilhabebedarf unter Bezugnahme aller ICF-Domänen zu ermitteln ist und sich nicht nur an der Pflege „orientieren“ darf. Ein Bedarfsfeststellungsverfahren muss den Zugang zur Teilhabe und darin integrierter Pflegeleistungen für Menschen mit Behinderung transparent, barrierefrei, justiziabel und partizipativ sicherstellen.

Der Paritätische fordert, dass die Ermittlung der Pflegebedürftigkeit bei Menschen mit Behinderung nicht losgelöst, sondern integriert in einer individuellen Teilhabeplanung erfolgt und diese den individuellen Teilhabezielen Rechnung trägt. Um eine bedarfsgerechte Kombination der Leistungen sicherzustellen und langwierige Abstimmungsverfahren bzw. Zuständigkeitsstreitigkeiten zu vermeiden, ist die Beteiligung der Menschen mit Behinderung und ihrer Bezugspersonen sowie die verbindliche Mitwirkung der Träger der Pflegeversicherung sowie der Eingliederungs- und Jugendhilfe bei der Koordinierung von

Leistungen und Bedarfsfeststellungsverfahren für Menschen mit Behinderung im SGB IX zu verankern (§§ 10 ff. SGB IX).

8) Pflegeberatung und Beratung zur Teilhabe

Der Referentenentwurf des PSG II sieht u.a. vor, dass:

- „Aufklärung und Beratung“ (§ 7 SGB XI) auf „Aufklärung und Auskunft“ reduziert werden sollen,
- die Pflegekasse unverzüglich über den Anspruch auf unentgeltliche Pflegeberatung (§ 7a SGB XI), den nächstgelegenen Pflegestützpunkt (§ 7c SGB XI) sowie über die Leistungs- und Preisvergleichsliste (§ 7 Absatz 3 SGB XI) informieren soll,
- eine Erweiterung der Antragsbereiche für die Beratungsgutscheine gem. § 7b SGB VI erfolgen soll.

Mit diesen Änderungen soll künftig die Beratungsstruktur im Pflegeversicherungsgesetz zusammengefasst und im Umfang graduell abgestuft werden. Grundsätzlich ist die Möglichkeit, Beratung mit Hilfe eines Gutscheins zu erlangen, zu begrüßen. Allerdings soll dieser Gutschein nur ausgestellt werden, wenn die Beratung innerhalb der zweiwöchigen Frist durch die Pflegekassen nicht selbst durchgeführt werden kann. Aus Sicht des Paritätischen kann die Beratung durch die Pflegekassen nicht unabhängig ausgeführt werden, auch wenn sie in der Verantwortung für Auskunft und Aufklärung bleiben müssen.

Der Beratungsgutschein ist daher aus Sicht des Paritätischen grundsätzlich auszustellen und das Wahlrecht des Versicherten, eine Beratungsperson bzw. Beratungsstelle seines Vertrauens auszuwählen, sowohl im jetzigen § 7a SGB XI als auch im nunmehr vorgesehenen § 7b SGB XI gesetzlich zu verankern. Hinzu kommt, dass jeder, der die Voraussetzungen erfüllt, für die Beratung zugelassen werden muss. Dies können ambulante Dienste für Menschen mit Behinderung oder Pflegedienste sein, die schon heute den Beratungspflichteinsatz im häuslichen Bereich gem. § 36 SGB XI umsetzen.

Auch im Rahmen des neuen Bundesteilhabegesetzes soll es Verbesserungen hinsichtlich der Beratung zur Teilhabe geben. Der Paritätische begrüßt ausdrücklich, dass das Bundesministerium für Arbeit und Soziales die Stärkung der Beratung als ein zentrales Anliegen im Zuge des neu zu schaffenden Bundesteilhabegesetzes benennt. Allerdings ist der Rechtsanspruch auf Beratung - ggf. verknüpft mit Beratungsgutscheinen - derzeit nicht im Gespräch. Der Bund und die Länder beraten gegenwärtig die Möglichkeit einer Projektförderung durch den Bund mit einer Beteiligung der Länder.

Der Bedarf an Beratung wird steigen, wenn, wie im neuen Bundesteilhabegesetz beabsichtigt, bisherige pauschale Leistungen in neue personenzentrierte Einzelleistungen differenziert werden und ein neues Verständnis von Behinderung entsprechend der UN-Behindertenrechtskonvention (ICF-Modell) bei der Bedarfsfeststellung zur Anwendung kommen soll. Er wird auch steigen, wenn ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein neues Begutachtungsinstrument eingeführt und damit einhergehend

die Leistungen aktualisiert werden müssen. Dies wird auch in der „Praktikabilitätsstudie zur Einführung des neuen Begutachtungsassessments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI“ (Kimmel et al. 20015, S. 96 ff.) deutlich, Zitat: *„Das bedeutet, dass Gutachter mitunter länger und intensiver in den Pflegehaushalten beraten als bislang. Festzulegen wäre hier, was im Rahmen der Begutachtung im Sinne einer Impulsberatung geleistet werden kann und welche weitergehenden Beratungsinhalte durch andere Beratungsinstanzen nach dem Begutachtungstermin vom Gutachter angestoßen werden können.“*

Beratung ist eine wesentliche Voraussetzung für die Planung und Ausgestaltung individueller Unterstützungsleistungen. Beratung muss eine selbstbestimmte Auswahlentscheidung aller Menschen mit Behinderung und deren Angehöriger im neuen System der Leistungsgewährung ermöglichen und ihre Selbsthilfekompetenzen stärken. Nur so können Menschen mit Behinderung den Leistungsträgern und Leistungserbringern auf Augenhöhe begegnen. Hierfür sind vielfältige Beratungs-, Koordinierungshilfen und Unterstützungsoptionen notwendig. Allerdings ist auch bei der Beratung keine Angleichung von bestehenden Strukturen und Finanzierungssystemen des SGB XI und XII erkennbar. Dies ist nicht hinnehmbar, denn Menschen mit Behinderung haben einen umfassenden und individuellen Beratungsbedarf, der fast immer mehrere Lebensbereiche betrifft und bei denen Angehörige sowie Bezugspersonen einzubeziehen sind.

Der Paritätische fordert, den Rechtsanspruch auf eine qualifizierte, ausschließlich den Interessen der zu beratenden Person verpflichtete, anwaltschaftliche Beratung und Information zu verankern. Dieser kann als Leistung z. B. über Beratungsgutscheine, die dem individuellen Bedarf entsprechen, sowohl im SGB XI als auch im SGB XII sichergestellt werden. Zusätzlich sind die Beratungsstrukturen zu stärken, um in jedem Fall eine wohnortnahe und behinderungsspezifische Beratung auch tatsächlich in Anspruch nehmen zu können.

9) Qualität und Dokumentation der Leistungen

In der Pflegeversicherung und im Bundesteilhabegesetz gibt es jeweils differenzierte Vorgaben zur Qualität und Dokumentation der Leistungen, die nicht miteinander kompatibel sind. Dies führt in der Praxis zu erheblichen Problemen. Beispielhaft seien hier nur die unterschiedlichen Vorgaben zum Personal und zur Leistungserbringung genannt.

Für die Pflegeversicherung werden bundesweite Qualitätsmerkmale vorgegeben. Allerdings werden die bisherigen aufwendigen Qualitätsnachweise in der Pflegeversicherung zurzeit kritisch beleuchtet und in diesem Zusammenhang ein neues Strukturmodell zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation¹ erprobt bzw. implementiert.

Im Rahmen des Bundesteilhabegesetzes wird ebenfalls über Qualität und Dokumentation der Leistungen und in diesem Zusammenhang über eine Ausweitung des Prüfrechts (Wirksamkeitskontrolle) des Leistungsträgers nachgedacht. Allerdings wird es

¹ Ein-STEP (Einführung des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation) ist eine Initiative des Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung, Staatssekretär Karl-Josef Laumann zur Neuausrichtung der Dokumentationspraxis in der ambulanten und stationären Langzeitpflege. (siehe: <https://www.ein-step.de/>)

keine Dokumentation mit einheitlichen Kriterien geben. Es bleibt Aufgabe der Träger der Eingliederungshilfe, sich hierzu mit den Anbietern zu verständigen.

Der Paritätische erwartet, dass bei einem Nebeneinander von Leistungen der Pflege und Eingliederungshilfe sich die Qualität der Leistungserbringung an den Bedürfnissen und der persönlichen Planung der Menschen ausrichtet und der Nachweis dieser vereinfacht und integriert erfolgt.

10) Pflegeleistungen als Teil des Persönlichen Budgets

Bedauerlicherweise ist hinsichtlich der Inanspruchnahme der SGB XI-Leistungen als Teil eines trägerübergreifenden Persönlichen Budgets keine Änderung vorgesehen. Die bisherigen Formulierungen konterkarieren die Bestrebungen der Bundesregierung, das Persönliche Budget als eine akzeptierte Leistungsform für Menschen mit Behinderung zu entwickeln. Pflegeleistungen gem. SGB XI sollten zumindest für Menschen mit Behinderung, die auch Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten, als Geldleistung in Höhe der Sachleistung in das Persönliche Budget integriert werden können. Dies ist eine langjährige Forderung des Paritätischen.

Der Paritätische fordert, die bestehende Gutscheinregelung für Pflegeleistungen als Teil des Persönlichen Budgets für Menschen mit Behinderung abzuschaffen.

11) Pflege in stationären Wohneinrichtungen für Menschen mit Behinderung

Der Referentenentwurf zum PSG II sieht in Bezug auf den Inhalt der Leistungen für Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe keine Neuerungen, sondern nur redaktionelle Anpassungen an den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff vor.

Demnach wird die Pflegekasse für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 auch weiterhin zur Abgeltung der pflegebedingten Aufwendungen, der Aufwendungen der sozialen Betreuung und der medizinischen Behandlungspflege in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe nur 10 % des nach § 75 Abs. 3 SGB XII vereinbarten Heimentgeltes, maximal bis zu 266 Euro im Monat, übernehmen.

Aus Sicht des Paritätischen stellt dies eine außerordentliche und vollkommen ungerechtfertigte Ungleichbehandlung von pflegebedürftigen Menschen mit Behinderung in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe dar. Dies führt in der Praxis zur Aufnahme von jungen Menschen mit Behinderung in Altenpflegeheimen und ist nicht hinnehmbar. Menschen mit Behinderung haben einen Anspruch auf einen gleichberechtigten Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung, der medizinischen Behandlungspflege und zur Teilhabe.

Der Paritätische fordert, die Sonderregelung des § 43a SGB XI ersatzlos zu streichen.

12) Medizinische Behandlungspflege in stationären Wohneinrichtungen für Menschen mit Behinderung

Der Gesetzgeber hat bereits mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz geregelt, dass Menschen mit Behinderung unabhängig vom Wohnort Zugang zu Leistungen der häuslichen Krankenpflege gem. § 37 SGB V von der Krankenversicherung haben. Allerdings scheitert die Umsetzung der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie gem. § 37 SGB V in Wohneinrichtungen für Menschen mit Behinderung in der Praxis oftmals daran, dass die Krankenkassen die Übernahme der Kosten häufig pauschal und ohne Einzelfallprüfung ablehnen. In Folge dessen kommt es zu Streitigkeiten zwischen den Trägern der Eingliederungshilfe und den Krankenkassen. Dazwischen stehen die Menschen, die diese Hilfen dringend benötigen und die Träger von Wohnstätten, die Unterstützungsleistungen für Menschen mit Behinderung ganzheitlich organisieren und umsetzen wollen. Dieser faktische Leistungsausschluss muss durch eine gesetzliche Klarstellung behoben werden, um zu verhindern, dass dieses Defizit in der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Behinderung noch weiter verstärkt wird. In § 37 Abs. 1 und 2 SGB V ist daher gesetzgeberisch klarzustellen, dass auch Wohnstätten für Menschen mit Behinderung ein „geeigneter Ort“ sind. Sie sollten in die Aufzählung des § 37 SGB V aufgenommen werden.

Angesichts der Umsetzungsprobleme in der Praxis fordert der Paritätische, eine gesetzliche Klarstellung in § 37 Abs. 1 und 2 SGB V vorzunehmen, so dass Menschen mit Behinderung ungehinderten Zugang zu behandlungspflegerischen Leistungen der Krankenkassen in Wohneinrichtungen für Menschen mit Behinderung haben.

13) Integrierte Versorgung

Die Pflegekassen sollen auch über die in den jeweiligen Verträgen zur Integrierten Versorgung nach SGB V enthaltenen Leistungen insbesondere zu Art, Inhalt und Umfang der Leistungen und die für die Versicherten entstehenden Kosten Auskunft geben.

Modelle der Integrierten Versorgung werden im Paritätischen insbesondere von Trägern genutzt, die Unterstützungsleistungen für Menschen mit psychischen Erkrankungen anbieten. Durch die Verzahnung der verschiedenen Leistungsbereiche der Gesundheitsversorgung und der unterschiedlichen Heilberufe sollen Schnittstellenprobleme zwischen ambulanter und stationärer Versorgung im Geltungsbereich der Kranken- und Pflegeversicherung beseitigt werden. Dies ist grundsätzlich zu begrüßen.

Problematisch ist jedoch, dass die Integrierte Versorgung oftmals bereits entwickelte Unterstützungssysteme, wie die der Teilhabe für psychisch kranke Menschen, nicht im Blick hat und somit kaum anschlussfähig an diese ist. Hier entsteht ein Bruch zwischen medizinisch/pflegerischen Leistungen nach SGB V und XI und den Teilhabeleistungen der Eingliederungshilfe nach SGB XII, der eine ganzheitliche Sichtweise auf ambulante und gemeindenahе Leistungen für psychisch kranke Menschen konterkariert.

Der Paritätische fordert, all diejenigen regionalen Leistungsanbieter der Gemeindepsychiatrie in die Integrierte Versorgung einzubeziehen, die dieses wollen und fachlich geeignet sind. Es darf nicht zum Ausschluss psychosozialer Trägervereine kommen, die einen großen Teil der ambulanten psychiatrischen Versorgung sicherstellen.

Fazit:

Für Menschen mit Behinderung darf aufgrund eines neuen Verständnisses von Pflegebedürftigkeit und der Schaffung eines neuen Bundesteilhabegesetzes der Zugang zur Teilhabe nach SGB IX und zur Eingliederungshilfe nach SGB XII nicht eingeschränkt und heute bestehende Leistungen nicht gekürzt werden. Vielmehr ist der im Koalitionsvertrag formulierte Anspruch, ein modernes Teilhabegesetz zu schaffen, konsequent am Leitbild der UN-Behindertenrechtskonvention auszurichten und umzusetzen.

Berlin, den 18.09.2015

Ansprechpartnerin
Claudia Zinke, Ref. Behinderten- und Psychiatriepolitik
behindertenhilfe@paritaet.org