



Bundesverband e.V.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0049(23)
gel. VB zur öAnhörung am 24.09.
14_Pflegestärkungsgesetz
22.09.2014

**Stellungnahme des AWO Bundesverbandes
zum
Entwurf der Bunderegierung
für ein
Fünftes Gesetzes zur Änderung des Elften Buches
Sozialgesetzbuch – Leistungsausweitung für Pfl-
gebedürftige, Pflegevorsorgefonds
(Fünftes SGB XI-Änderungsgesetz - 5. SGB XI-ÄndG)
sowie
zur Stellungnahme des Bundesrats (BR DRS 223/14)
und
zum Antrag der Fraktion Die Linke (BR DRS 18/1953)**

Stand: 19. September 2014

Arbeiterwohlfahrt (AWO) Bundesverband e. V.
Heinrich-Albertz-Haus
Blücherstraße 62/63, 10961 Berlin
www.awo.org

Der Arbeiterwohlfahrt (AWO) Bundesverband e. V. bedankt sich für die Möglichkeit zum Entwurf der Bundesregierung für ein 5. SGB XI-Änderungsgesetz Stellung nehmen zu können und nimmt von dieser Möglichkeit gerne Gebrauch.

Die AWO als Spitzenverband der Freien Wohlfahrtspflege mit rund 800 teil- und vollstationären Einrichtungen, in denen täglich mehr als 70.000 pflegebedürftige Menschen betreut werden, sowie 600 ambulanten Diensten und Sozialstationen hat sich bereits weit vor der Einführung der Pflegeversicherung für eine sozialversicherungspflichtige und solidarisch finanzierte Absicherung des Pflegerisikos eingesetzt. Ebenso fordert die AWO seit vielen Jahren die Einführung eines neuen, erweiterten Pflegebedürftigkeitsbegriffs.

Insofern begrüßen wir den Willen des Gesetzgebers, die unabweisbar notwendigen Reformen bzw. Weiterentwicklungen voranzutreiben. Allerdings halten wir den Entwurf dieses 5. SGB XI-ÄndG für nicht ausreichend. Der Gesetzentwurf ist vielmehr der erneute Versuch, die Pflegeversicherung an einigen wenigen Stellen zu verändern, ohne die grundsätzlich notwendige Reformschritte anzugehen. Der Ansatz für ein Gesamtkonzept, gerade auch bezüglich der Fragen einer nachhaltigen Finanzierung sowie des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, ist nicht erkennbar. Darüber hinaus ist die Anschlussfähigkeit der im Gesetzentwurf enthaltenen Teilstücke für eine dringend notwendige grundlegende Strukturreform nicht gesichert.

Zu folgenden Vorschlägen und Punkten haben sich die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege auf eine gemeinsame Stellungnahme im Rahmen der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) verständigt:

- Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff
- Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen – Umwidmung des halben Sachleistungsbudgets / Entlastungsbetrag
- Zeitvergütung in der ambulanten Pflege
- Qualitätsprüfungen

Die AWO hat an der Stellungnahme der BAGFW mitgewirkt und wird sich deshalb zu diesen Themen in der AWO-Stellungnahme nicht mehr explizit äußern, sondern die Stellungnahme der BAGFW als Anlage hinzufügen.

Über die Stellungnahme der BAGFW hinaus bezieht die AWO in der vorliegenden Stellungnahme zu folgenden Punkten Position:

1. Beratung und Koordinierung
2. Rehabilitationsempfehlungen
3. Dynamisierung der Leistungen
4. Teilstationäre Tages- und Nachtpflege
5. Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen
6. Zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen
7. Weitere Leistungsverbesserungen
8. Finanzierung
9. Weiterer Änderungsbedarf aus Sicht der AWO

Zu 1.: Beratung und Koordination

§ 7 Aufklärung, Beratung und § 7b Beratungsgutscheine

Stellungnahme des Bundesrats

Der Bundesrat schlägt vor in § 7 einen Abs. 2a einzufügen, um die Rechte der Pflegebedürftigen auf eine umfassende und zielgerichtete Beratung durch die Pflegekassen gemäß § 7 Absatz 2 SGB XI durch die Verpflichtung zur Benennung einer Kontaktperson und eines konkreten Beratungstermins sowie das Recht auf eine Beratung in der häuslichen Umgebung zu stärken. Im Gegenzug soll der § 7b aufgehoben werden, wodurch die Beratungsgutscheine entfallen.

Bewertung

Nach Auffassung des AWO Bundesverbandes e. v. ist das Thema „Pflegeberatung“ von ganz grundsätzlicher Bedeutung für die Zukunft der Pflegeversicherung. Schon mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz wurde, mit der Einführung der kassenspezifischen Pflegeberatung nach § 7a SGB XI sowie der Pflegeberatung durch die Pflegestützpunkte nach § 92c SGB XI dem Thema auch seitens des Gesetzgebers eine besondere Bedeutung zugemessen. Vor diesem Hintergrund haben wir die Einführung von Beratungsgutscheinen nach § 7b SGB XI durch das Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) im Grundsatz begrüßt, halten die Regelung aber noch nicht für ausreichend. So sehr wir jetzt die Intention des Bundesrats zur Stärkung der Beratung mit der Einfügung des Abs. 2a in § 7 begrüßen, darf das aber nicht zu einer Abschaffung der Beratungsgutscheine führen.

Wichtigstes Ziel bei der Pflegeberatung muss es sein, dass die Beratung bei den Ratsuchenden ankommt. Gerade zu Beginn einer Pflegebedürftigkeit sind Betroffene und ihre Angehörigen auf Beratung über das Versorgungssystem, die unterschiedlichen Dienstleistungsangebote sowie über Leistungsansprüche angewiesen. Beratungsbedarf besteht insbesondere dann, wenn die Übernahme der Pflege durch berufstätige Angehörige nur mit Unterstützung Dritter organisiert werden kann. Trotz des Rechtsanspruches auf Beratung zeigen Erhebungen unter Betroffenen einen zu geringen Informationsstand. Zu gleichen Ergebnissen kommt auch das bundesweit einmalige Projekt des AWO Bundesverbandes e. V. zur Online Pflege- und Seniorenberatung (OPuS). Auch hier wird der immense Informationsbedarf der Ratsuchenden deutlich. Im Rahmen des Projektes können Ratsuchende kostenlos auf der Internetplattform www.awo-pflegeberatung-online.de ihre Anfragen stellen und bekommen automatisch innerhalb von 48 Stunden eine Antwort.

Die politische und fachliche Diskussion wird durch die Frage nach der Gestaltung der Beratungsstrukturen dominiert. Bestehende gesetzlich initiierte Beratungsstrukturen brachten bislang leider nicht den erhofften Erfolg. Als Beispiel hierfür seien die Pflegestützpunkte genannt, die zwar eine neue Struktur etabliert haben, aber vielfach von den ratsuchenden Menschen nicht angenommen werden. Entsprechend sind die Pflegestützpunkte nach Auffassung der AWO bundesweit kein Erfolg.

Lösung

Der Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V. fordert den gesetzlichen Beratungsanspruch durch Einführung eines Beratungsgutscheins in die Hand des Versicherten selbst zu geben. Ein Beratungsgutschein in Höhe eines festzulegenden Wertes pro Kalenderjahr, welcher der Preisentwicklung einer professionellen Beratungsleistung

entspricht sollen die Bürgerinnen und Bürger erhalten, die einen Antrag auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß § 18 SGB XI gestellt haben oder Altersrente bzw. Erwerbsminderungsrente beziehen. Im Sinne des Wunsch- und Wahlrechts kann der Beratungsanspruch mit Hilfe des Beratungsgutscheins in einer Beratungsstelle geltend gemacht werden. Beratungsstellen, die mit gesichertem Qualitätsniveau beraten, können sein:

- kommunale örtliche Beratungsstellen,
- Kranken- und Pflegekassen,
- Pflegeeinrichtungen und Pflegedienste oder
- Pflegestützpunkte.

Im Sinne der Nutzerfreundlichkeit und der vielfältigen Zielgruppen mit Pflegebedarf, so bspw. Kinder die pflegebedürftig sind und eine Behinderung aufweisen und deren Angehörigen, sollten mit Blick auf den niedrigschwiligen Zugang zu Beratung auch andere, bereits in der Beratung erfolgreich tätige Institutionen in diese Regelung einbezogen werden. Durch die Refinanzierung der Beratung im SGB XI wird der Anreiz zum Aufbau von adäquaten Beratungsdienstleistungen für Träger und Kommunen erhöht.

Zu 2.: Rehabilitationsempfehlungen

§ 18a Weiterleitung der Rehabilitationsempfehlung, Berichtspflichten

Stellungnahme des Bundesrats

Der Bundesrat empfiehlt in seiner Stellungnahme § 18a SGB XI dahingehend zu ergänzen, dass in Absatz 1 Satz 1 die Wörter „insbesondere auch zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation“ sowie in Absatz 2 Satz 2 Nr. 1 und 4 die Wörter „inklusive der ambulanten geriatrischen Rehabilitation“ eingefügt werden.

Bewertung

Bislang steht die geriatrische Rehabilitation bei der Prüfung des Rehabilitationspotentials im Rahmen der Pflegebegutachtung nur sehr wenig bis überhaupt nicht im Fokus. Den begutachtenden Personen mangelt es zum einen häufig schon an Kenntnissen über die geriatrische Rehabilitation. Zum anderen haben sie meist keinerlei Erfahrungen hinsichtlich der Beurteilung der Rehabilitationsfähigkeit und -prognose geriatrischer Patientinnen und Patienten. So wird beispielsweise in der Praxis das Vorliegen von Reha-Potential nur schon deshalb verneint, weil eine Pflegestufe vorliegt. Hierdurch wird das vorhandene Potential dieser Patientinnen und Patienten nicht erkannt, was dazu führt, dass sie ganz überwiegend von den Leistungsangeboten der medizinischen Rehabilitation ausgeschlossen sind.

Im Dezember 2013 wurde die erste repräsentative Studie¹ zu den Effekten von Rehabilitationsmaßnahmen bei pflegebedürftigen Menschen vorgelegt. Mit dieser Studie konnte klar belegt werden, dass ein Zusammenhang zwischen durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen sowie Verminderung oder Beseitigung der Pflegebedürftigkeit bis hin zur vollständigen Reaktivierung besteht. Insbesondere vor diesem Hintergrund ist es unerlässlich, die geriatrische Rehabilitation zu stärken. Eine gesonder-

¹ Senger W.; Sittaro N.-A.; Lohse R.; Rabba J. (2013): Vergleich von Pflegeverlauf und Sterblichkeit von Pflegebedürftigen mit und ohne medizinische Rehabilitation (Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 8-2013)

te Prüfung beim Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit kann hierzu beitragen.

Da die Datenlage hinsichtlich des Leistungsangebotes der geriatrischen Rehabilitation bzw. der Anzahl abgelehnter Anträge als eher unzureichend befunden werden kann, ist es folgerichtig, in den jährlichen Berichten der Pflegekassen gesonderte Angaben über die geriatrische Rehabilitation zu machen und dahingehend die Berichtspflicht zu ergänzen.

Lösung

Die vom Bundesrat vorgeschlagene Ergänzung wird ausdrücklich vom AWO Bundesverband e.V. befürwortet.

Zu 3. Dynamisierung der Leistungen

§ 30 Dynamisierung

Entwurf der Bundesregierung

Die Bunderegierung prüft alle drei Jahre, erstmals im Jahr 2014 und erneut im Jahre 2017 die Notwendigkeit und Höhe einer Anpassung der Leistungen der Pflegeversicherung.

Bewertung

Mit dem 5. SGB XI-ÄndG erfolgt die dringend notwendige Anpassung der Leistungen der Pflegeversicherung. Die Größenordnung gleicht aber bei weitem nicht die schlechende Entwertung der Pflegeleistungen in den letzten Jahren bzw. zwei Jahrzehnten aus. Insofern handelt es sich hier zwar um eine Leistungsanpassung im Sinne eines Ausgleichs eines Teils des bisherigen Leistungsverfalls, aber damit nicht um eine Leistungsverbesserung. Dass diese Anpassung jetzt erfolgt, ohne die für 2014 vorgesehene Überprüfung der Notwendigkeit und Höhe, zeigt, wie unzureichend die gesetzlichen Regelung zur Dynamisierung der Leistungen bisher sind. Dringend notwendig wäre eine gesetzliche Festlegung zur regelmäßigen und automatischen Anpassung der Leistungen.

Eine Leistungsdynamisierung nur in Anlehnung an die Inflation, wie sie derzeit vorgesehen ist, führt dabei zu einem merklichen Kaufkraftverlust der Pflegeversicherungsleistungen, wenn für die Zukunft von Reallohnsteigerungen ausgegangen wird.

Lösung

Der § 30 ist dahingehend anzupassen, dass eine automatische Anpassung der Höhe der Leistungen der Pflegeversicherung jährlich, aber mindestens zweijährlich erfolgt. Dabei ist neben der Inflation auch die Lohnentwicklung und ggf. weitere Parameter einzubeziehen.

§§ 36 Pflegesachleistungen, 37 Pflegegeld, 38a Zusätzliche Leistungen in ambulant betreuten Wohngruppen, 39 Verhinderungspflege, 40 Pflegehilfsmittel, 41 Tages- und Nachtpflege, 43 Leistungen bei vollstationärer Pflege, 45b Zusätzliche betreuungs- und Entlastungsleistungen, 87a Heimentgelt

Entwurf der Bundesregierung

Die Leistungen nach den genannten Paragraphen sollen mit dem 5. SGB XI-ÄndG angepasst werden.

Bewertung

Eine Anpassung der Leistungen ist grundsätzlich zu begrüßen, da notwendig, um einem schleichenden Verfall der Pflegeleistungen entgegen zu wirken. Natürlich reichen die meisten hier vorgenommenen Anpassungen nicht aus, um den bereits eingetretenen Verfall seit Einführung der Pflegeversicherung auszugleichen.

Besonders dürftig ist dabei die Anpassung der Vergütung von Beratungsbesuchen nach § 37 Abs. 3 ausgefallen. Eine Anhebung um einen Euro trägt nicht dazu bei, Beratungsbesuche kostendeckend zu gestalten. Qualifizierte Beratungseinsätze durch professionelles Pflegepersonal bedürfen einer erheblich besseren Vergütung als der im Gesetz genannten.

Lösung

Entsprechend fordert die AWO eine Erhöhung der Leistung für den Beratungsbesuch um je mindestens 10,00 Euro. Im Übrigen ist eine Vergütungs differenzierung nach Pflegestufen sachlich hier nicht angemessen und ein einheitlicher Preis unabhängig von der Pflegestufe festzulegen.

Außerdem erachtet die AWO es als sinnvoll, die Beratungsbesuche als Instrument der Qualitätssicherung dadurch zu stärken, indem man ihnen jeglichen Zwangscharakter nimmt und zu einem allgemeinen Anspruch Pflegebedürftiger aller Versorgungsformen (also nicht nur der Empfänger von Pflegegeld) im häuslichen Bereich undefiniert.

§ 123 Übergangsregelung

Entwurf der Bundesregierung

Im Zuge der Übergangsregelungen bis zur Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, erfolgte nicht nur die Anpassung von Leistungen, sondern es wurden auch die Leistungen nach § 38a und § 41 neu in die Kombinationsleistungen nach Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 aufgenommen.

Bewertung

Die Aufnahme der Leistungen nach § 38a und § 41 in die Kombinationsleistungen nach Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 ist zu begrüßen.

Zu 4.: Teilstationäre Tages- und Nachtpflege

§ 41 Tagespflege und Nachtpflege

Entwurf der Bundesregierung

Mit der Neufassung des Abs. 3 wird die teilstationäre Pflege weiter aufgewertet und nun komplett als eigenständige Leistung definiert. Sie wird voll anerkannt und ist nicht mehr mit anderen Leistungen zu verrechnen.

Bewertung

Die Aufwertung der Tages- und Nachtpflege als eigenständige Leistung ist zu begrüßen und trägt den Möglichkeiten und Chancen der teilstationären Pflege als wichtigen Baustein im Versorgungssystem Rechnung, der nicht nur den pflegebedürftigen Menschen hilft, sondern auch zur Entlastung pflegender Angehörigen einen wichtigen Beitrag leistet.

Zu 5.: Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen

§ 45b Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen

Entwurf der Bundesregierung

Neben der Betreuungsleistung wird eine so genannte Entlastungsleistung eingeführt. Diese können durch Einrichtungen der teilstationären Pflege, der Kurzzeitpflege durch Pflegedienste oder als niedrigschwellige Angebote erbracht werden. Mit der Einfügung des Abs. 1a wird diese Leistung auch auf pflegebedürftige Menschen ausgedehnt, die keine Einschränkungen der Alltagskompetenz nach § 45a haben.

Bewertung

Die Ausweitung der Betreuungs- und Entlastungsleistungen ist vom Ziel her grundsätzlich zu begrüßen. Hilfreich ist auch die Klarstellung, dass die Leistungen nicht mit der Verhinderungspflege nach § 39 zu verrechnen sind, sondern zusätzlich erfolgen. Als problematisch muss jedoch die Änderung Abs. 1 Satz 6 Nr. 3 eingeschätzt werden, da hierdurch die hauswirtschaftliche Versorgung als Betreuungs- und Entlastungsleistung nach § 45b definiert wird, ohne eine klare Abgrenzung zu den hauswirtschaftlichen Leistungen als Pflegesachleistung nach § 36 vorzunehmen. Dieses Problem bestand bereits bisher schon bzgl. der Betreuungsleistungen nach § 45b zu denen keine Abgrenzung zu den Leistungen der häuslichen Betreuung nach § 124 existiert.

Ferner erfolgen die weiteren Neuregelungen im Vorgriff auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff, ohne dass der Gesetzesentwurf oder die Bundesregierung erkennen lässt, wie die konkrete leistungsrechtliche Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs erfolgen soll.

Lösung

Die Änderung in Abs. 1 Satz 6 Nr. 3 ist zu streichen. Für die verschiedenen Arten von Betreuungsleistungen ist eine definitorische Abgrenzung vorzunehmen.

Zusätzlich verweisen wir an dieser Stelle auf die Themen „Umwidmung des halben Sachleistungsbudgets“ und „Entlastungsbetrag“ unter Punkt 2 der Stellungnahme der BAGFW.

§ 45c Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen

Entwurf der Bundesregierung

Neben der Anpassung der bisherigen Regelungen auf die Ausweitung der Betreuungs- und Entlastungsleistungen auf pflegebedürftige Menschen ohne Einschränkungen der Alltagskompetenz, wird hier neu der Abs. 3a eingeführt. Damit soll der Auf- und Ausbau niedrigschwelliger Versorgungsstrukturen, insbesondere für hauswirtschaftliche Leistungen sowie der Alltagsbewältigung und -organisation unterstützt werden.

Bewertung

Auch hier ist die Intention des Gesetzgebers grundsätzlich zu begrüßen.

Aus der Art der Umsetzung entstehen aus Sicht der AWO jedoch erhebliche Probleme. Wie schon zu § 45b dargelegt, wird auch hier wieder eine Leistung der hauswirtschaftlichen Versorgung geschaffen, ohne eine klare Abgrenzung zu den hauswirtschaftlichen Leistungen nach § 36 vorzunehmen. Darüber hinaus sind auch die Betreuungs- und Entlastungsangebote definitorisch nicht voneinander abgegrenzt. Die AWO kann daher der Stellungnahme des Bundesrats folgen, in der die Trennung der Aufhebung und Betreuungs- und Entlastungsleistungen vorschlägt.

Durch die gleichzeitige Öffnung der förderfähigen Angebote, insbesondere bei Serviceangeboten für haushaltsnahe Dienstleistungen, sehen wir die Gefahr, dass diese Leistungen ein Einfallstor zur Schaffung von Niedriglohnbereichen unterhalb des Pflegemindestlohns sowie für prekäre Beschäftigungsverhältnisse insbesondere von Frauen darstellen können. Anbieter mit sozialversicherungspflichtig Beschäftigten und tariflichen Strukturen wären dann in diesem Bereich nicht mehr konkurrenzfähig und würden darüber hinaus ggf. auch im Bereich der Leistungen nach § 36 von entsprechenden „Dumpinganbietern“ solcher niedrigschwelliger Angebote aus dem Markt gedrängt. Aus Gründen des Verbraucherschutzes sowie der Gleichbehandlung und zur Vermeidung von Wettbewerbsverzerrungen ist darüber hinaus sicherzustellen, dass die entsprechenden Anbieter vergleichbaren Auflagen hinsichtlich der Qualitätssicherung der Leistungsangebote unterliegen und deren Einhaltung kontrolliert wird.

Lösung

Eine klare Abgrenzung der hauswirtschaftlichen Versorgung zu Leistungen nach § 36 ist vorzunehmen und zu überlegen, ob die Betreuungs- und Entlastungsleistungen zusammengeführt werden können.

Hinsichtlich der Dienstleister ist sicherzustellen, dass diese Leistungen auf der Basis tariflicher Entlohnung der Angestellten unter Berücksichtigung des Mindestlohns in der Pflege erbracht werden und kein Angebotssektor prekärer Beschäftigung (von Frauen) gefördert wird. Darüber hinaus sind analog Qualitätsanforderungen gemäß des elften Kapitels des SGB XI zu formulieren und deren Einhaltung zu prüfen.

Zu 6.: Zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen

§ 87b Zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Einrichtungen

Entwurf der Bundesregierung

Die Leistungen nach § 87b, die bisher nur für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz galten, werden nun auf pflegebedürftige Menschen in stationären Einrichtungen generell ausgedehnt. Zusätzlich wird der Berechnungsschlüssel von einer Betreuungskraft auf 23 Bewohnerinnen und Bewohner mit eingeschränkter Alltagskompetenz auf eine Betreuungskraft auf 20 Bewohnerinnen und Bewohner verändert.

Bewertung

Die Einführung der Betreuungskräfte nach § 87b wurde vor Ort in den Einrichtungen als sehr positiv bewertet, da so tatsächlich mehr Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Pflegeeinrichtungen zur Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner eingestellt werden konnten und dies zu einer spürbaren Entlastung der Pflegenden und besseren Versorgung der Pflegebedürftigen beigetragen hat. Insofern sind die erneute Verbesserung des Betreuungsschlüssels und die Ausweitung des Anspruchs auch auf Pflegebedürftige ohne eingeschränkte Alltagskompetenz grundsätzlich als Maßnahme einer kurzfristigen Verbesserung der Personalsituation zu begrüßen. Unklar bleibt, wie die Leistungen nach § 87a dabei auch Personen zugutekommen können, die nicht versichert. Darüber hinaus sind weitere Fragen der Umsetzung, z. B. zum Meldeverfahren und zu den Richtlinien nach § 87b Abs., 3 zu klären.

Insgesamt wäre es wünschenswert gewesen, den Personalausbau mit der Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zu verknüpfen, um Komplikationen bei einer Umstellung vorzubeugen und erst gar keine Probleme hinsichtlich einer späteren Anschlussfähigkeit aufkommen zu lassen.

In einer langfristigen Perspektive ist darüber hinaus kritisch zu hinterfragen, welche Auswirkungen die Ausgliederung der Bereiche der sozialen Betreuung, Alltagsstrukturierung, Kommunikation und Beziehungsgestaltung auf den Aufgaben- und Tätigkeitsbereich der Pflegefachkräfte haben. Im Selbstverständnis der Pflege und insbesondere der Altenpflege, stellen diese Bereiche elementare Kernaufgaben dar und spielen auch eine wesentliche Rolle bei der Berufswahl. Die Entbindung der Pflegefachkräfte von diesen Aufgaben der Zuwendung und Betreuung der zu Pflegenden und die fortschreitende Reduktion des Tätigkeitsbereichs auf technische Verrichtungen, Kontrollaufgaben etc. ist zwar wegen der Entlastung zu begrüßen. Gleichzeitig bedeutet dieses aber auch eine inhaltliche „Entleerung“ der pflegerischen Tätigkeit um diese für die Berufswahl so wichtigen Inhalte des Pflegeberufes. Somit besteht die Gefahr negativer Auswirkungen hinsichtlich des Berufsbildes und der Motivation einen Pflegeberuf zu ergreifen sowie auf die Verweildauer im Beruf und könnte dazu beitragen den Fachkräftemangel in den Pflegeberufen so noch zusätzlich zu verstärken.

Lösung

Bzgl. der Leistungen nach § 87b ist eine Lösung für die Gruppe nicht versicherter Personen zu finden.

Die Umsetzung muss insgesamt möglichst unbürokratisch, ohne aufwändige Melde- und Erhebungsverfahren vor Ort an die Kassen u. ä. erfolgen. Aufgrund der Auswei-

zung der Leistungen auch auf Menschen ohne erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz sind auch die Richtlinien nach § 87b Abs. 3 inhaltlich zu aktualisieren, wobei eine Anerkennungsregelung für die bisherigen Betreuungskräfte sowie angemessene Übergangszeiten zu berücksichtigen sind.

Zu 7.: Weitere Leistungsverbesserungen

§ 39 Verhinderungspflege

Entwurf der Bundesregierung und Stellungnahme des Bundesrats

- a. Der Entwurf der Bundesregierung sieht eine Verlängerung der Inanspruchnahme von Verhinderungspflege von vier auf sechs Wochen im Jahr vor. Darüber hinaus sieht Abs. 3 eine Erhöhung der Leistung durch eine Kombination mit Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 um 50 % vor.
- b. Der Bundesrat schlägt vor die sechsmonatige Vorpflegezeit zu streichen.

Bewertung

- a. Grundsätzlich ist die Ausweitung der Leistungen zur Verhinderungspflege zu begrüßen. Allerdings erschließt sich nicht, warum die Regelung in § 39 nicht analog der Neuregelung des § 42 gestaltet ist, der keine Verrechnung der Leistungen bei Kombination mit den Leistungen nach § 39 vorsieht und damit eine 100 % Leistungserhöhung bedeutet, die in diesem Fall sogar mit einer Anspruchserhöhung auf acht statt nur auf sechs Wochen einhergeht.
- b. *Die AWO unterstützt die Forderung des Bundesrats zur ersatzlosen Streichung der sechsmonatigen Vorpflegezeit.*

Lösung

- a. Abs. 3 ist analog § 42 Abs. 2 Satz 3 und 4 zu gestalten.
- b. Zur Aufhebung der sechsmonatigen Wartefrist ist § 39 Abs. 1 Satz 2 ersatzlos zu streichen.

§ 42 Kurzzeitpflege

Entwurf der Bundesregierung

Der Referentenentwurf sieht in Abs. 2 eine Erhöhung der Leistung durch eine Kombination mit Leistungen der Verhinderungspflege nach § 39 sowie die Möglichkeit einer Erhöhung des Anspruchs auf bis zu acht Wochen im Jahr vor. In Abs. 3 wird die Altersbegrenzung abgeschafft.

Bewertung

Diese Leistungsverbesserungen sind zu begrüßen.

Zu 8.: Finanzierung

§ 55 Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze und §§ 131 – 139 Pflegevorsorgefonds

Entwurf der Bundesregierung

Nach § 55 ist die Anhebung der Beiträge von derzeit 2,05 % auf 2,35 % der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder geplant. Eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze ist nicht vorgesehen.

Die §§ 131 ff sehen die Bildung eines Pflegevorsorgefonds in Form eines Sondervermögens in der sozialen Pflegeversicherung vor. Ab dem 15. April 2015 sollen dem Fonds vierteljährlich ein Beitrag, entsprechend von 0,025 % der beitragspflichtigen Einnahmen des Vorjahres, zugeführt werden. Ab dem Jahr 2035 soll das Sondervermögen dann zur Sicherung der Beitragsstabilität der sozialen Pflegeversicherung eingesetzt werden.

Bewertung

Der Hauptbaustein einer Pflegeversicherungsreform sollte nach Auffassung der AWO in einer Ausgestaltung der **Pflegeversicherung als Bürgerversicherung** bestehen. Das bedeutet konkret die Aufhebung der Grenze zwischen gesetzlicher und privater Pflegeversicherung. Beamte, Selbständige und jetzt freiwillig Privatversicherte müssen sich zu einem bestimmten Zeitpunkt gesetzlich versichern. Weitere Aspekte einer Bürgerversicherung sind die Anhebungen der Beitragsbemessungsgrenze auf die derzeit in der Rentenversicherung geltende Höhe sowie die Einbeziehung aller Einkommensarten.

Um die sozialpolitische Forderung nach einer solidarischen Pflegebürgerversicherung zu untermauern und auch mit Zahlen und Fakten hinsichtlich einer möglichen Einführung zu belegen, hat der AWO Bundesverband im Januar 2012 ein entsprechendes Gutachten vorgelegt. Danach würde, bei einer sofortigen Einführung einer Bürgerversicherung ohne Berücksichtigung von Übergangsregelungen, der Beitragssatz um 0,4 Beitragssatzpunkte reduziert werden können. Umgekehrt betrachtet werden gut 4 Mrd. Euro zusätzliche Einnahmen generiert. Im Zeitverlauf verringert sich der Effekt allerdings auf 0,22 bzw. 0,27 Beitragssatzpunkte. Selbst unter der Berücksichtigung regelmäßiger Dynamisierung der Pflegeversicherungsleistungen in Anlehnung an die Inflationsrate würde der Beitragssatz bis zum Jahr 2050 nur sehr moderat auf dann 2,3 % ansteigen müssen.

Im Vergleich dazu plant die Regierung eine Beitragserhöhung auf 2,35 % schon ab 1. Januar 2015. Damit ist die Einführung der Pflege-Bürgerversicherung sowohl die kostengünstigere, die sicherere und vor allem die solidarischere Alternative zu einer kapitalgedeckten privaten Zusatzversicherung oder des geplanten und so genannten Zukunftsfonds. Durch die mit der Pflegebürgerversicherung gewährleistete Einnahmeverbreiterung würde eine dynamische Einnahmesituation geschaffen, die es ermöglichte, Pflege ebenso dynamisch an die gesellschaftlichen Veränderungen und die daraus resultierenden Anpassungen der Leistungen zu ermöglichen. Einmalige Beitragserhöhungen sind im Gegensatz dazu kurzfristig und damit keine adäquate Antwort auf die genannten dynamischen Prozesse. Zudem sind die aktuellen Entwicklungen auf den Kapitalmärkten nicht dazu geeignet, das Vertrauen in die Kapitaldeckung nach den eher ernüchternden Erfahrungen der Finanzkrise der Jahre 2008 und 2009 zu erhöhen und es ist mit massiven Kaufkraftverlusten der Rücklagen ab 2035 zu rechnen.

Lösung

Wir fordern eine nachhaltige und solidarische Finanzierungsbasis durch die Ausgestaltung der **Pflegeversicherung als Bürgerversicherung** mit einer Aufhebung der Grenze zwischen gesetzlicher und privater Pflegeversicherung, die Einbeziehung von Beamten, Selbständigen und derzeit freiwillig Privatversicherten zu einem bestimmten Zeitpunkt in die gesetzliche Pflegeversicherung und stützen damit den Antrag der Fraktion Die Linke zur gerechten und stabilen Finanzierung. Außerdem fordern wir die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf die derzeit in der Rentenversicherung geltende Höhe und die Einbeziehung aller Einkommensarten. Die Pflegebürgerversicherung ist aufgrund der Nachhaltigkeit und Zukunftsorientierung die geeignete Finanzierungslösung um die in den kommenden Jahren immer wieder notwendigen Anpassungen der Pflegeversicherung an sich verändernde gesellschaftliche Entwicklungen zu gewährleisten.

Das 14. Kapitel mit den §§ 131 – 139 ist ersatzlos zu streichen.

Zu 9.: Weiterer Änderungsbedarf aus Sicht der AWO

§ 43a Leistungen für Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe

Entwurf der Bundesregierung

In stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe zahlt die Pflegekasse nur einen begrenzten Pauschalbetrag zur Abgeltung der Pflegesachleistungen von bisher maximal 256 Euro im Monat, der nun auf 266 Euro angehoben werden soll.

Bewertung

Grundsätzlich begrüßt die AWO die Leistungserweiterung, hält diese jedoch nicht für ausreichend und angemessen. Nach Auffassung der AWO widerspricht die Ausgestaltung des § 43a SGB XI grundsätzlich Art. 19 der UN-BRK, da er pflegebedürftigen Menschen mit Behinderung aufgrund ihrer Wohnortwahl Leistungen der Pflegeversicherung vorenthält, obwohl es um beitragsbezogene Leistungen geht. Einrichtungen der Behindertenhilfe sind das Zuhause vieler Menschen mit Behinderung und als solches im Pflegeversicherungsgesetz anzuerkennen, damit ihnen als Beitragszahler nicht, aufgrund ihrer Wohnortwahl, Leistungsansprüche vorenthalten werden.

Lösung

Die Deckelung der Pflegesachleistungen nach § 43a SGB XI ist aufzuheben.

Tarifliche Vergütung

Stellungnahme des Bundesrats

Zur Sicherstellung der Anerkennung der tariflichen Vergütung in den Vergütungsverhandlungen schlägt der Bundesrat folgende Änderungen vor: Nach § 84 Absatz 2 Satz 4 wird folgender Satz eingefügt: "Die Bezahlung tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen kann dabei nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden." sowie § 89 Absatz 1 wird wie folgt geändert: a) Satz 3 wird wie folgt gefasst: "Die Vergütung muss einem Pflegedienst bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seine Aufwendungen zu finanzieren und seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen." b) Folgende Sätze werden angefügt: "Die Bezahlung tarifvertraglich vereinbarter Vergü-

tungen kann dabei nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. Eine Differenzierung in der Vergütung nach Kostenträgern ist unzulässig."

Bewertung

Die AWO unterstützt das Anliegen des Bundesrats zur besseren Sicherstellung der Anerkennung tariflicher Vergütung in den Vergütungsverhandlungen. Dies ist ein zentrales Anliegen der AWO, sowohl aus Wettbewerbs- als auch aus sozialpolitischen Gründen. Nur so kann sichergestellt werden, dass berufliche Pfleger für ihre Arbeit fair entlohnt werden und die Attraktivität des Berufsfeldes gesteigert wird.

Lösung

Der AWO Bundesverband e. V. fordert eine Aufwertung der Orientierung an Tariflöhnen. Um eine weitere Lohnabsenkung im Pflegebereich zu verhindern, bedarf es nach unserer Auffassung eines klaren Bekenntnisses zur Tarifgebundenheit.

Steigender Aufwand medizinischer Pflege und palliativer Versorgung

Entwurf der Bundesregierung

Dieses Thema wird im Entwurf nicht aufgegriffen.

Bewertung

Die demografische Entwicklung führt nicht nur dazu, dass der Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung stetig wächst, sondern es verändern sich auch die Häufigkeiten im Krankheitsspektrum. Insbesondere chronische Erkrankungen nehmen dabei zu. Gleichzeitig sind pflegebedürftige Menschen immer älter, kränker und pflegebedürftiger, wenn sie in ein Pflegeheim einziehen. In der Summe kommen also immer mehr Menschen mit höheren und komplexeren Pflege- und Behandlungsbedarfen oder sogar zur Sterbebegleitung in die Pflegeheime. Dies stellt die betroffenen Menschen und ihre Angehörigen wie auch die Pflegeheime vor besondere Herausforderungen, aus denen ein steigender Mehraufwand resultiert. Dieser hat quantitative und qualitative Konsequenzen. Der quantitative Mehraufwand ergibt sich aus den beschriebenen höheren Bedarfen und den daraus resultierenden Pflege- und Betreuungsaufwänden. Der qualitative Mehraufwand betrifft vor allem die Fachkräfte, denn die komplexen organisatorischen und pflegerischen Aufgaben können nur Pflegefachkräfte durchführen.

Lösung

Diesem Mehraufwand in stationären Pflegeeinrichtungen ist im Rahmen der Pflegeversicherung künftig durch entsprechende (Mehr-) Leistungen Rechnung zu tragen.

Stärkung der Ausbildung in der Altenpflege

Stellungnahme des Bundesrats

- a. Die Sicherung des Fachkräftebedarfs in der Altenpflege erfordert weitere über die im 5. SGB XI-ÄndG genannten Maßnahmen. Der Bundesrat fordert die Bundesregierung auf, spätestens mit der Schaffung eines Pflegeberufe-Gesetzes für eine gerechtere Verteilung der Ausbildungskosten zu sorgen, um die Ausbildungsbereitschaft und die Ausbildungsqualität in der Altenpflege zu stärken.
- b. Ein Ausbildungsfonds auf Bundesebene, der sich aus Beitragsmitteln zur sozialen Pflegeversicherung und der privaten Pflegeversicherung speist, soll sich an den

Kosten der praktischen Ausbildung beteiligen. Damit wird sichergestellt, dass die Kosten der praktischen Ausbildung nicht überwiegend von denjenigen Pflegebedürftigen getragen werden, die Dienste von ausbildenden Einrichtungen in Anspruch nehmen, sondern auch von denjenigen, die später von der Ausbildung profitieren, ohne das Prinzip der Teilkostenversicherung in Frage zu stellen.

- c. Um die Schaffung von Ausbildungsumlagen durch Länderverordnung zu erleichtern, wird die Bundesregierung aufgefordert, eine Änderung der gesetzlichen Grundlage in § 25 AltPflG dahin zu prüfen, dass nicht mehr nur ein Mangel an Ausbildungsplätzen eine entsprechende Verordnung ermöglicht, sondern auch ein Bedarf an Auszubildenden.

Bewertung

- a. Wenn die Bundesregierung, wie im Koalitionsvertrag fixiert, ein einheitliches Berufe-Gesetz auf den Weg bringen will, wird dies nicht ohne eine einheitliche Finanzierung der Ausbildung möglich sein. Eine einheitliche Ausbildung impliziert, dass es künftig keine Unterschiede mehr bei der Art und Höhe der Ausbildungsvergütung zwischen der Alten- und (Kinder-) Krankenpflege wie auch der Finanzierung der Ausbildungsstätten insgesamt mehr geben darf. Ohne eine einheitliche Finanzierung würden zwischen den Berufsfeldern Konkurrenzsituationen entstehen, die letztlich zu Lasten der Versorgung der Pflegebedürftigen oder Patientinnen gehen. Die Einführung eines einheitlichen Pflegeberufe-Gesetzes bedarf der anteiligen Finanzierungsbeitragung all jener, die hiervon profitieren. Durch die Ausweitung der Praxis- und Handlungsfelder ist zu prüfen, ob künftig nicht weitere Akteure an der Finanzierung der Ausbildungskosten zu beteiligen sind. Ohne ein einheitliches Finanzierungskonzept, das alle relevanten Akteure im Rahmen ihrer finanziellen Möglichkeiten einbezieht, dass gleiche Ausbildungsvergütungen für alle Auszubildenden gewährt und das für alle Ausbildungsstätten dieselben Finanzierungsbedingungen vorhält, fehlt einem einheitlichen Pflegeberufe-Gesetz die finanzielle und organisatorische Grundlage. Die AWO lehnt einen zusätzlichen Fonds zur Finanzierung der Ausbildungsinfrastruktur aus Mitteln der Pflegeversicherung ab. Hier sollte dringend berücksichtigt werden, dass die Pflegeversicherung dem Teilkaskoprinzip unterliegt und die Mittel zur Abdeckung des steigenden Pflegerisikos heute schon eng bemessen sind. Wenn die Länderforderung sich auf eine solche Konstruktion bezieht, halten wir dies für problematisch. In Bezug auf die Ausbildungsfinanzierung sind v.a. die Länder, ihre Kommunen und Gemeinden im Sinne des Sicherstellungsauftrages für die Infrastruktur der Pflegeabsicherung in der Region zuständig. Hierzu zählt auch die Gewährleistung einer ausreichenden Zahl an Ausbildungsplätzen und finanzielle Unterstützung der Altenpflegeausbildungsstätten im Sinne der Ausbildungsinfrastrukturvorhaltung. Auch im Zuge der Einführung eines Pflegeberufe-Gesetzes dürfen die Länder nicht aus der Finanzierungsverantwortung entlassen werden.

Ist mit der Forderung der Länder ein Ausbildungsfond im Sinne einer Ausbildungsumlage gemeint, so ist dies grundsätzlich zu begrüßen. Diese beschränkt sich derzeit in seiner diskutierten Form auf die Organisation und Finanzierung der Altenpflegeausbildung.. Mit der Einführung eines einheitlichen Pflegeberufe-Gesetzes, wie von der Bundesregierung verfolgt, würde die eigenständige Altenpflegeausbildung aber aufgehoben. Dann müssten neue Regelungen gefunden werden, die für den Kliniksektor ebenso wie für den Bereich der Altenpflege Gültigkeit haben.

- b. Die AWO begrüßt die vorgeschlagene Änderung, die Bedingungen für die Umlage nicht nur an dem Mangel an Ausbildungsplätzen auszurichten, sondern auch an dem Mangel an Auszubildenden und dies rechtlich zu verankern. Die Altenpflegeausbildung hat wie kein anderer Gesundheits- und Pflegeberuf in den vergangenen Steigerungsraten zu verzeichnen, was für die Attraktivität des Berufsbildes spricht. Mit der Schaffung eines einheitlichen Pflegeberufe-Gesetzes müssen neue rechtliche Fundamente gelegt werden, die dann in allen Ausbildungssektoren der Pflege gleiche Bedingungen und Voraussetzungen zur Folge haben müssen.

Lösung

- a. Die AWO unterstützt die Forderung des Bundesrates nach einer gerechteren Verteilung der Ausbildungskosten, um die Ausbildungsbereitschaft und die Ausbildungsqualität in der Altenpflege zu stärken.
- b. Die AWO hält es mit Blick auf die Sicherung von ausreichend qualifizierten Altenpflegekräften für dringend geboten, die Finanzierung der Altenpflegeschulen fest im Haushalt der Länder zu verankern. Die AWO spricht sich grundsätzlich dafür aus alle Pflegeausbildungen (Kinderkrankenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege und Altenpflege) im Berufsbildungssystem im Sinne einer Berufsfachschule zu konzipieren. Hierdurch würden die Pflegeausbildungen in ein normales System beruflicher Bildung überführt. Die feste Verankerung im Berufsbildungssystem wäre, neben vielen anderen Vorteilen, mit der regulären Zahlung einer (tariflichen) Ausbildungsvergütung verbunden. Hierdurch könnte ein wesentlicher Beitrag zur Geschlechtergerechtigkeit und zur Steigerung der Gewinnung von Auszubildenden und damit von Fachkräften für diese immer wichtiger werdenden Berufe geleistet werden.

Stellungnahme
der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW)
zum
Entwurf der Bundesregierung für ein Fünftes Gesetz zur Änderung
des Elften Buches Sozialgesetzbuch - Leistungsausweitung für
Pflegebedürftige, Pflegevorsorgefonds
(Fünftes SGB XI-Änderungsgesetz - 5. SGB XI-ÄndG),
zur Stellungnahme des Bundesrats (BR DRS 223/14)
sowie
zum Änderungsantrag zu Artikel 1 Nr. 27

Die in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege bedanken sich für die Möglichkeit der Stellungnahme zum Entwurf des 5. SGB XI-ÄndG und machen davon zu folgenden Themen gemeinsam Gebrauch:

1. Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff
2. Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen – Umwidmung des halben Sachleistungsbudgets / Entlastungsbetrag
3. Zeitvergütung in der ambulanten Pflege
4. Qualitätsprüfungen

Zu 1.: Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff

Seit Einführung der Pflegeversicherung wird der Begriff der Pflegebedürftigkeit als zu eng und zu verrichtungsbezogen kritisiert. Besonders der Bedarf an allgemeiner Betreuung, Beaufsichtigung und Anleitung, den etwa Menschen mit Demenz häufig haben, wird bisher zu wenig berücksichtigt. Deshalb wurde im November 2006 der Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs beauftragt, konkrete und wissenschaftlich fundierte Vorschläge für einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein darauf aufbauendes Begutachtungsverfahren zu erarbeiten. Am 29. Januar 2009 wurde der Bericht des Beirats an die damalige Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt übergeben. Ergänzend hat der Beirat im Mai 2009 Vorschläge zur Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs vorgelegt. In der letzten Legislaturperiode wurde dann erneut ein Beirat beauftragt, Umsetzungsvorschläge vorzulegen. Dessen Abschlussbericht ist am 27. Juni 2013 an den damaligen Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr übergeben worden.

Seit mehr als sieben Jahren gibt es einen breiten gesellschaftlichen Konsens, den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff in der Pflegeversicherung einzuführen. Die zwei

Expertenbeiräte haben ihre Empfehlungen abgegeben und diverse ergänzende (wissenschaftliche) Expertisen liegen vor. Offen sind seither weniger die technischen Fragen der Einführung als vielmehr die politischen Weichenstellungen zur Umsetzung.

Entwurf der Bundesregierung und Bewertung

Vor dem oben beschriebenen Hintergrund ist der nun vorliegende Gesetzentwurf enttäuschend, denn er enthält keinen konkreten Ansatz zu den offenen politischen Fragestellungen zur Umsetzung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Stattdessen werden erneut so genannte Vorziehleistungen eingeführt. Die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wird kurz und knapp mit einem Satz im Gesetzentwurf auf einen zweiten Schritt vertagt. Leider wird daraus weder ein konkreter verbindlicher Zeitplan der Einführung erkenntlich, noch gibt es Hinweise auf ein Gesamtkonzept für die anstehende Reform. Die Vorziehleistungen stehen so für sich allein und es wird nicht deutlich, in welchem größeren Rahmen sie einzuordnen sind und ob bzw. wie eine Anschlussfähigkeit an die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs gegeben ist.

Lösungsvorschlag

Die in der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW) kooperierenden Verbände fordern daher die Bundesregierung auf, die dringenden politischen Weichenstellungen für die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs anzugehen und einen verbindlichen politischen und zeitlichen Rahmen für die Umsetzung zu schaffen und vorbereitende Arbeiten für die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs durchzuführen. In diesem Zusammenhang unterstützt die BAGFW ausdrücklich die Forderungen des Bundesrats in dessen Stellungnahme, im Vorgriff auf ein weiteres Gesetzgebungsverfahren zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs mit vorbereitenden Maßnahmen zu dessen Umsetzung zu beginnen, um den vom Expertenbeirat veranschlagten Zeitbedarf für die Implementierung von 18 Monaten nach Verabschiedung der gesetzlichen Grundlagen des zweiten Reformschrittes wirksam zu verkürzen.

Zu 2.: Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen – Umwidmung des halben Sachleistungsbudgets (§ 45b Abs. 3 SGB XI n. F.) / Entlastungsbetrag

Entwurf der Bundesregierung

Über den für Betreuungs- und Entlastungsangebote in § 45b SGB XI vorgesehenen Betrag hinaus sollen pflegebedürftige Personen künftig auch den ihnen zustehenden ambulanten Sachleistungsbetrag nach den §§ 36 und 123 zur Hälfte für niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote im Wege der Kostenerstattung flexibel nutzen können.

Die Vergütungen für die Pflegesachleistung werden dabei vorrangig abgerechnet. Wer niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsleistungen im Rahmen der neuen Kombinationsleistung mit dem Pflegegeld nutzt, hat eine obligatorische Pflicht-Beratung durch die in § 37 Absatz 3 oder 8 genannten Beratungsstellen abzurufen. Des Weiteren ist auch eine Kombination von niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsleistungen, ambulanten Pflegesachleistungen und Pflegegeld möglich. Die vorgesehene Regelung soll laut Begründung zum Gesetzentwurf im Rahmen einer Studie im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums evaluiert werden. Zudem erfolgt eine Klarstellung, dass die Kostenerstattung der Aufwendungen auch

möglich ist, wenn für die Ko-Finanzierung der Betreuungs- und Entlastungsleistungen Mittel der Verhinderungspflege eingesetzt werden.

Die Leistungen nach § 45b SGB XI werden für alle Pflegebedürftigen im Sinne des SGB XI geöffnet. Der Kreis der Anspruchsberechtigten erstreckt sich somit künftig auch auf Menschen, die nicht die Voraussetzungen des Vorliegens eines erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarfs nach § 45a SGB XI erfüllen.

Bewertung

Mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs werden die Leistungen der Grundpflege, der pflegerischen Betreuung und der hauswirtschaftlichen Versorgung zu drei gleichberechtigten Säulen der Pflegesachleistung. Bis dahin findet die Übergangsregelung häusliche Betreuung nach § 124 SGB XI Anwendung. Danach setzt der Anspruch auf häusliche Betreuung voraus, dass die Sicherstellung der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung im Einzelfall gewährleistet sein muss.

Nach Auffassung der BAGFW ist die mögliche Umwidmung des halben Sachleistungsbetrags ohne die entsprechende Schaffung einer Gesetzesgrundlage für den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff problematisch. Hier werden bereits zwei Paragraphen berührt, die als Übergangsregelungen bis zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs mit der letzten Pflegeversicherungsreform eingeführt wurden. Mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff wird eine inhaltliche Zuordnung der Leistungen der häuslichen Betreuung nach § 124 SGB XI, der Leistungen nach § 45b SGB XI sowie der niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach § 45c SGB XI vorgenommen. Die Grundlage hierfür fehlt aber gegenwärtig und wird auch mit dem vorliegenden Gesetzentwurf nicht geschaffen. Somit wird der zweite Schritt vor dem ersten getan.

Die Umwidmung der Leistungen soll pflegestufenbezogen erfolgen. Mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs werden insbesondere kognitiv und psychisch veränderte Menschen eine angemessenere und meist auch höhere Zuordnung in die neuen Pflegegrade erhalten. Auch dies ist abzuwarten, bevor analog zu den jetzigen Pflegestufen eine pflegegradbezogene Leistungsveränderung, die insbesondere § 45b SGB XI betrifft, erfolgen soll. Nach der hier vorgeschlagenen Regelung sind die verschiedensten Kombinationen von Leistungen nach den §§ 36, 123 und 38 als umgewidmete Leistungen nach § 45b Abs. 3 denkbar (ggf. auch in Kombination mit den Leistungsansprüchen nach den §§ 39 und 45b Abs. 1 bzw. Abs. 1a.).

Die durch diese Neuregelung entstehenden Kombinationsmöglichkeiten stehen aber einer möglichen Komplexität den gegenwärtigen Regelungen der Tagespflege nach § 41 Abs. 4 bis 6 in nichts nach. Diese Regelungen sollen durch 5. SGB XI ÄndG gerade ersatzlos gestrichen werden, mit der folgenden Begründung: *„Die bisherigen, sehr komplexen Regelungen zur Kombination der Leistungen werden aufgehoben. [...] Durch die Neufassung von § 41 Absatz 3 wird diese Neuregelung im Gesetz eindeutig klargestellt und damit für die Betroffenen unmittelbar verständlich. Die bisherigen Kombinationsregelungen hatten bei Pflegekassen und Leistungserbringern zudem zu einem erhöhten Verwaltungsaufwand im Rahmen der Abrechnung der Leistungen geführt. Dieser Aufwand wird nun vollständig eingespart. Damit leistet die Aufhebung der Kombinationsregelungen auch einen deutlichen Beitrag zum Bürokratieabbau.“* (Begründung zu Nr. 11 (§ 41), S. 27 f.)

Die Regelung in § 45b, wonach die nach Landesrecht zugelassenen niedrig schwelligen Betreuungsleistungen nach § 45b Absatz 1 Satz 6 Ziffer 4 in Höhe von bis zu 50 Prozent der Pflegesachleistung nach § 36 in Anspruch genommen werden können, wird von der BAGFW kritisch bewertet. Hauptgrund ist der hohe bürokratische Aufwand, der den Betroffenen durch die Regelung entsteht. Der Umfang der monatlich abgerufenen Betreuungs- und Entlastungsleistungen kann und wird in der Regel nämlich variieren. Gleichzeitig kann die Rechnungsstellung für die niedrig schwelligen Leistungen erst im Folgemonat der Leistungserbringung erfolgen, sodass die Rechnung frühestens zu diesem Zeitpunkt zwecks Kostenerstattung bei der Pflegekasse eingereicht werden kann. Da auch die Pflegesachleistung der Art und dem Umfang nach von Monat zu Monat variieren kann, diese Leistung jedoch am Ende des laufenden Monats der Leistungserbringung durch die Pflegedienste abgerechnet wird, müssen sich die Versicherten regelmäßig am Ende jedes Monats bei der Pflegekasse erkundigen, in welchem Umfang der Sachleistungsbetrag bereits verbraucht war und welcher Betrag entsprechend noch für die Inanspruchnahme niedrig schwelliger Betreuungsleistungen zur Verfügung stand. Eventuell überschüssige Beträge muss er dann entsprechend selbst tragen. Die Regelung wird also sowohl für die Betroffenen als auch für die Pflegekasse einen hohen bürokratischen Aufwand nach sich ziehen und bei den Betroffenen die Intransparenz erhöhen statt verringern.

Für die Betroffenen erhöht sich die Komplexität des Leistungsgeschehens noch durch die Neuregelungen des 5. SGB XI ÄndG, die zur stärkeren Kombinierbarkeit von Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege getroffen wurden. Die BAGFW hat sich schon seit längerem dafür eingesetzt, dass die beiden Leistungsarten ganz flexibel miteinander verknüpft werden können und begrüßt daher die Zielrichtung des Gesetzesentwurfs in diesem Punkt nachdrücklich. Das Ziel wird jedoch nicht erreicht, wenn Versicherte Leistungen der Verhinderungspflege nur bis zu 6 Wochen und nicht bis zu den auch an sich möglichen 8 Wochen aus nicht verbrauchten Mitteln der Kurzzeitpflege in Anspruch nehmen können. Umgekehrt können Leistungen der Kurzzeitpflege nach dem vorliegenden Entwurf nicht nur bis zu 6 Wochen, sondern bis zu 8 Wochen aus nicht verbrauchten Mitteln der Verhinderungspflege abgerufen werden, was begrüßenswert ist. Diese unterschiedlichen Regelungen in der Kombination ein- und derselben Leistungen sind für die Verbraucher sehr unübersichtlich. Wir schlagen vor, beide Leistungen vollumfänglich miteinander kombinierbar zu machen.

Durch die Transparenz und die Flexibilität des Jahresbetrags wird die Selbstbestimmung der Versicherten gestärkt. Zugleich werden die pflegenden Angehörigen entlastet und die individuellen Versorgungsarrangements gestärkt.

Lösungsvorschlag

- Aufgrund der geschilderten Probleme schlägt die BAGFW vor, die geplanten Änderungen des § 45b Abs. 3a ersatzlos zu streichen und anstatt dessen - mindestens für den Übergang bis zur Einführung und Umsetzung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs - einen Entlastungsbetrag einzuführen.
- Die BAGFW hat in den Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung des Neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs den Vorschlag eines „Entlastungsbetrags“ eingebracht. In diesen sollen die bereits heute den Versicherten zur Verfügung stehenden Mittel aus der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI, der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI sowie die Leistungen nach § 45b SGB XI einfließen. Fasst man alle diese Leistungen zusammen, könnte jedem pflegebedürftigen Menschen ein

monatlicher Betrag von ca. 372,67 Euro oder jährlich von 4.472 Euro¹ zur Verfügung stehen. Der Entlastungsbetrag bietet den pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen eine hohe Flexibilität in der Inanspruchnahme und Kombination der heute schon vorhandenen Entlastungsmöglichkeiten. Ein Betrag für Entlastungsmaßnahmen erleichtert zudem wesentlich den Überblick über die zur Verfügung stehenden Möglichkeiten und erhöht somit gegenüber der gegenwärtigen Situation in hohem Maße die Transparenz über die in Anspruch genommenen Leistungen. Aus dem Entlastungsangebot könnten dann die folgenden Angebote im Rahmen der Kostenerstattung in Anspruch genommen werden:

- der Tages- oder Nachtpflege, (§ 45 Abs.1 Satz 6 SGB XI, Ziffer 1)
- der Kurzzeitpflege, (§ 45 Abs.1 Satz 6 SGB XI, Ziffer 2)
- der zugelassenen Pflegedienste, sofern es sich um besondere Angebote der allgemeinen Anleitung und Betreuung und nicht um Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung handelt, (§ 45 Abs.1 Satz 6 SGB XI, Ziffer 3) oder
- der nach Landesrecht anerkannten niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebote, die nach § 45c gefördert oder förderungsfähig sind. (§ 45 Abs.1 Satz 6 SGB XI n. F.)
- Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson (§ 39 Abs. 1 SGB XI n. F.)

Diese Lösung hat den Vorteil, dass die Mittel für Entlastungsleistungen, die nicht ausgeschöpft wurden, bedarfsentsprechend und bedarfsgerecht für andere Entlastungsleistungen eingesetzt werden können.

Insgesamt entspricht dieser Lösungsvorschlag dem Vorschlag der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege, welche diesen in den Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs eingebracht hatte und von diesem auch empfohlen wurde. Danach soll es künftig Teilleistungen zum Ausgleich der eingeschränkten Selbständigkeit geben und Teilleistungen zur Entlastung des Pflegesettings.

- Sollte der Gesetzgeber den vorgeschlagenen Entlastungsbetrag mit dieser Reform nicht einführen, fordert die BAGFW zumindest wie vom Bundesrat vorgeschlagen, dass die Leistungen nach § 45b, die gegenwärtig einen Monatsbetrag darstellen, zu einem Jahresbetrag zusammengefasst werden. Das erhöht die Flexibilität und Transparenz bei der Inanspruchnahme dieser Leistungen.

Zu 3.: Zeitvergütung in der ambulanten Pflege

Position der BAGFW

Seit dem 01.01.2013 sind die ambulanten Pflegedienste nach § 89 SGB XI dazu verpflichtet, ihren pflegebedürftigen Kunden alternativ zu den pauschalen Leistungspaketen (oder Komplexleistungen) auch eine Vergütung nach dem tatsächlichen Zeitaufwand für diese Leistungen (Zeitvergütung) anzubieten. Die nun obligatorische Zeitvergütung ist minutengenau abzurechnen (Minutenpflege). Nach § 120 Abs. 3 SGB XI ist im Pflegevertrag jede Leistung oder Komplexleistung einschließlich aller hierfür mit den Kostenträgern vereinbarten Vergütungen gesondert zu beschreiben.

¹ Hierbei gehen wir bei den Leistungen nach § 45b SGB XI von einem Anspruch von 104 Euro aus.

Der Pflegedienst hat ferner den Pflegebedürftigen vor Vertragsabschluss sowie bei jeder wesentlichen Veränderung darüber zu unterrichten, wie sich die vom Zeitaufwand unabhängige Vergütung im Vergleich zu einer rein zeitbezogenen Vergütung darstellt und den Kunden auf seine Wahlmöglichkeiten bei der Zusammenstellung dieser Vergütungsformen hinzuweisen. Die Gegenüberstellung muss in der Regel schriftlich erfolgen, also etwa durch die Vorlage von zwei Kalkulationen für die Durchführung des konkreten Pflegeauftrages. Sie ist Grundlage der Entscheidung des Pflegebedürftigen und wie diese im Pflegevertrag zu dokumentieren. Trotz intensiver Verhandlungen auf Landesebene ist es bislang nur in einigen Bundesländern zu Abschlüssen über eine Zeitvergütung gekommen. Die Erfahrungen zeigen, dass die Zeitvergütung bislang kaum in Anspruch genommen wurde. Die Umsetzung der Neuregelung erweist sich aus vielerlei Gründen als sehr schwierig:

- Die derzeitige Ausgestaltung der Zeitvergütung:

Die Problematik der Zeitvergütung in ihrer derzeitigen Ausgestaltung liegt insbesondere darin, dass die Leistung minutengenau erfasst und abgerechnet werden muss und Pauschalierungen, etwa Abrechnung pro angefangene Viertelstunde, unzulässig sind:

- Der Zeitaufwand für die (Pflege-)Leistungen kann deutlich schwanken, beispielsweise aufgrund der Tagesverfassung des Pflegebedürftigen. Damit schwanken auch die Preise für die Leistungen und sind für den Pflegebedürftigen nicht exakt vorhersehbar.
- Eine mit der Gesetzgebung angestrebte noch größere Sicherheit für Verbraucher kann auf diese Weise nicht erreicht werden.
- Die Minutenpflege bietet folglich ein erhebliches Konfliktpotential im Verhältnis Pflegebedürftiger und Pflegedienst, wie viele Minuten für die Erbringung einer bestimmten Leistung (noch) angemessen sind. Pauschalierungen, die geeignet wären, dieses Konfliktpotential abzumildern, sind untersagt.

- Das Nebeneinander der zwei Vergütungsformen wirft weitere Probleme auf:

- Das Nebeneinander der beiden alternativen Vergütungssysteme führt zu finanziellen Wechselwirkungen, die schwer kalkulierbar sind und bleiben. Der Mischkalkulation für die Leistungskomplexe wird die Grundlage entzogen, wenn Pflegebedürftige mit einem zeitlichen Pflegeaufwand unterhalb des Durchschnittswertes eines Leistungskomplexes nun Leistungen der Zeitvergütung wählen. Die Wechselwirkungen ließen sich allenfalls durch eine drastische Preiserhöhung in beiden Vergütungssystemen ausgleichen. In seinem für den Paritätischen Landesverband Berlin erstellten Gutachten hält der Dipl.-Kfm. Thomas Sießegger² diesbezüglich Erhöhungen zwischen 15% bis 30% für erforderlich (vgl. Gutachten, S. 65-67, 109). Ansonsten würde sich die ohnehin prekäre finanzielle Gesamtausstattung der ambulanten Pflege noch verschärfen, die daraus resultiert, dass die Vergütungen für die ambulante Pflege seit Einführung der Pflegeversicherung nicht entsprechend der Kostensteigerungen der Dienste erhöht wurden, die insbesondere im Bereich Personal und Qualität wurzeln.

² „Diskussion zu den Wechselwirkungen von Stundensätzen neben einem System der Abrechnung nach Leistungskomplexen im Zuge der Umsetzung der Anforderungen des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes“, 2013.

- Werden innerhalb eines Einsatzes sowohl Leistungen nach Zeit als auch Leistungskomplexe erbracht, welche bei den einzelnen Verrichtungen Überschneidungen aufweisen, so resultieren daraus erhebliche Abgrenzungsprobleme.
- Die in § 120 SGB XI vorgeschriebenen umfangreichen Informations- und Dokumentationspflichten des Pflegedienstes zu den alternativen Abrechnungsmöglichkeiten werden den Zeit- und Bürokratieaufwand und damit die Kosten der Pflegeleistung zusätzlich deutlich erhöhen.
- Fraglich ist bereits, inwieweit der in der Regel ältere Verbraucher durch die Fülle der fortlaufend bereit zu stellenden Information (Leistungskomplexe, aufgespaltene einzelne Verrichtungen, verschiedene Vergütungsformen und ihre Kalkulationsgrundlagen) in die Lage versetzt werden kann, die für ihn richtigen Leistungen auszuwählen. Die Beurteilung der kostengünstigsten Leistungszusammenstellung wird zusätzlich durch das oben beschriebene Problem erschwert, dass der Zeitaufwand für Pflegeleistungen nach den Umständen schwankt und der Endpreis für eine Leistung nach Zeitvergütung nicht sicher vorhergesagt werden kann. Die in dieser Weise vollzogene Aufbereitung und Gegenüberstellung von Leistungs- und Preisangeboten können nicht nur für pflegebedürftige Menschen (und Zugehörige) eine Überforderung bedeuten, was aus verbraucherschutzrechtlicher Sicht zu erheblichen Bedenken führt.

Lösungsvorschlag

Vor diesem Hintergrund hält die BAGFW die parallele Anwendung zweier Vergütungssysteme weder für geeignet noch sachgerecht, das vom Gesetzgeber avisierte Ziel zu erreichen, dass *„Pflegebedürftige [...] sich flexibler als bisher und orientiert an ihren persönlichen Bedürfnissen die Leistungen zusammenstellen können, die Pflegedienste im Rahmen von Pflegeeinsätzen erbringen.“* (BT-Drucks. 17/9369, S. 47). Wir fordern daher,

- dass lediglich ein Vergütungssystem zur Anwendung kommt und dass die Pflicht zur Anwendung von zwei Vergütungssystematiken in § 89 Abs.3 SGB XI entfällt.
- § 120 Abs. 3 SGB XI dahingehend zu ändern, dass die Verpflichtung entfällt, die zwei Vergütungsformen fortlaufend schriftlich oder anderweitig gegenüberzustellen.
- Die strukturelle Unterfinanzierung in der ambulanten Pflege beseitigt wird.

Unabhängig davon ist jede Umsetzung der Zeitvergütung nur unter bestimmten Bedingungen vorstellbar. Notwendig ist es, dass

- eine Mindestleistungszeit nicht unter 15 Minuten gesetzlich festgeschrieben wird,
- grundsätzlich auch eine Zeittaktung als Grundlage für eine Abrechnung nach Zeitaufwand (bspw. 15 Minuten-Takt) festgelegt wird und
- der Pflegebedürftige ein inhaltliches Wunsch- und Wahlrecht erhält, welche Leistung er in der vereinbarten Zeit in Anspruch nehmen möchte.

Zu 4.: Qualitätsprüfungen

4.1 Entwurf der Bundesregierung und Änderungsantrag zu Artikel 1 Nr. 27 zu § 114 Abs. 5

Wenn im Rahmen einer Anlass-, Regel- oder Wiederholungsprüfung sachlich begründet Hinweise auf eine nicht fachgerechte Pflege bei Pflegebedürftigen, auf welche sich die Prüfung nicht erstreckt, gefunden werden, sind künftig die betroffenen Pflegebedürftigen unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen in die Prüfung einzubeziehen. Die Prüfung ist in diesem Fall als Anlassprüfung durchzuführen (§ 114 Abs. 5). Bei solchen Anlassprüfungen sind die Prüfergebnisse aller in die Prüfung einbezogener Pflegebedürftigen die Grundlage für die Bewertung und Darstellung der Qualität.

Bewertung

Die Qualitätsprüfungs-Richtlinie in ihrer Neufassung vom 17. Januar 2014 sieht bereits vor, dass Regel- und Wiederholungsprüfungen als Anlassprüfung durchgeführt werden, sofern sich konkrete und begründete Anhaltspunkte für eine nicht fachgerechte Pflege ergeben, die nicht von der zufallsgesteuerten und nach Pflegestufen geschichteten Stichprobe erfasst werden. Dies gilt insbesondere für Pflegesituationen bei Personen mit freiheitseinschränkenden Maßnahmen, Dekubitus oder anderen chronischen Wunden, Ernährungsdefiziten, chronischen Schmerzen, Kontrakturen, PEG-Sondern oder Blasenkathetern. (Ziffer 6 Prüfinhalte und Umfang der Prüfung). Allerdings setzt die Durchführung der Prüfung als Anlassprüfung voraus, dass das Prüfteam die Gründe hierfür den Landesverbänden der Pflegekassen dargelegt hat und ein entsprechender Prüfauftrag der Landesverbände der Pflegekasse ergangen ist. Diese Regelung fehlt hier.

Nach dem vorliegenden Wortlaut des Gesetzes können Regel- und Wiederholungsprüfungen sowie auch Anlassprüfungen auch ohne Prüfauftrag, der auf der Grundlage der konkret dargelegten und begründeten Anhaltspunkte erfolgen muss, sofort in eine Anlassprüfung umgewandelt werden. Damit kann grundsätzlich jegliche Prüfung in eine Anlassprüfung umgewandelt werden und die Stichprobe verändert werden. Dies widerspricht dem Grundsatz der Qualitätsprüfung, wonach für jede Prüfung ein Prüfauftrag der Landesverbände der Pflegekassen vorliegen muss, der Angaben zur Prüffart, zum Prüfgegenstand und zum Prüfungsumfang enthält (vgl. § 114 Abs. 1 Satz 2 SGB XI). Die Neuregelung im Entwurf der Bundesregierung sowie des Änderungsantrags sind daher abzulehnen.

Lösungsvorschlag

- Die Regelung ist in der Qualitäts-Prüfungsrichtlinie wie folgt zu konkretisieren:
Liegen konkrete und begründete Anhaltspunkte für eine nicht fachgerechte Pflege (z. B. bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen oder Dekubitus) bei Pflegebedürftigen vor, ist eine Erweiterung der Stichprobe um genau die Personen möglich, bei denen diese Anhaltspunkte bestehen. In diesem Fall ist eine Anlassprüfung in der Einrichtung durchzuführen. Diese ist aber an klare Bedingungen geknüpft:
 - Der MDK hat die Gründe für die Durchführung einer Anlassprüfung (d. h. die konkreten und begründeten Anhaltspunkte nicht fachgerechter Pflege) gegenüber den Landesverbänden der Pflegekassen **schriftlich** darzulegen.

- Die Landesverbände der Pflegekassen geben einen entsprechenden Prüfauftrag an den MDK.
- § 114 Abs. 5 ist nach Satz 1 daher wie folgt, neu zu formulieren:
 „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 zur Prüfumfang. Dabei sind insbesondere die Anhaltspunkte für eine nicht fachgerechte Pflege konkret und begründet schriftlich darzulegen.“

4.2 Entwurf der Bundesregierung zu § 115 Abs. 1a und Stellungnahme des Bundesrats

Bisher ist in der geltenden Fassung der Pflege-Transparenzvereinbarung für die stationäre Pflege (PTVS) und nachfolgend in der Qualitätsprüfungs-Richtlinie (QPR) geregelt, dass die Ergebnisse von Pflegebedürftigen, die zusätzlich bei einer Anlassprüfung in die Prüfung einbezogen wurden, nicht im Transparenzbericht veröffentlicht werden, sondern ausschließlich im Prüfbericht dargestellt werden.

Bewertung

Der Gesetzentwurf widerspricht in seiner Änderung klar der durch die Schiedsstelle Qualitätssicherung nach § 113b SGB XI mit Beschluss vom 10. Juni I 2013 festgelegten Stichprobenziehung der PTVS. Die Schiedsstelle ist in ihrem Spruch dem Antrag des GKV-Spitzenverbands gefolgt.

Die neue Art der Stichprobenziehung beruht auf einer vom GKV-Spitzenverband in Auftrag gegebenen wissenschaftlichen Untersuchung. Die im e Gesetzentwurf vorgenommene Änderung führt dazu, dass die Vergleichbarkeit der Ergebnisse von Anlassprüfung und Regelprüfung aufgehoben wird. Dies ist nicht hinnehmbar. Eine Einbeziehung der Prüfergebnisse von zusätzlichen in die Stichprobe einbezogenen Personen würde nach Auffassung der BAGFW eine gänzliche Neuordnung der allgemeinen Stichprobenregelung notwendig machen.

Darüber hinaus hebt die Neuregelung eine Vereinbarung der Selbstverwaltung auf, die der Gesetzgeber selbst in die Hände der Selbstverwaltung im SGB XI gelegt hat. Nach Auffassung der BAGFW sollten derartige Regelungen jedoch Aufgabe der Selbstverwaltung bleiben.

Lösungsvorschlag

Die Änderung ist ersatzlos zu streichen.

4.3 § 115 Abs. 1a – Veröffentlichung von Prüfergebnissen

Position der BAGFW

Die Selbstverwaltung arbeitet derzeit an der Umsetzung der Forschungsergebnisse des durch das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderten wissenschaftlichen Modellprojektes „Entwicklung und

Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“, u. a. im Rahmen der Umsetzung der im Pflege-Neuausrichtungsgesetzes (PNG) eingeführten Nr. 4 in § 113 Abs. 2. Damit sollen perspektivisch die Pflege-Transparenzvereinbarungen für die stationäre Pflege (PTVS) ersetzt werden, um so zu einer besseren Verbraucherinformation zu gelangen. Mit der Fokussierung auf Lebens- und Ergebnisqualität gelingt es, die für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen relevanten Informationen vergleichbar darzustellen. Wenn das neue Verfahren die jetzigen in der Pflege-Transparenzvereinbarung stationär vereinbarten Regelungen zur Transparenzberichterstattung ablöst, ist darüber hinaus eine Reduzierung des bürokratischen Aufwands für die Einrichtungen im Rahmen der Qualitätsprüfungen zu erwarten.

Lösungsvorschlag

Zur weiteren Umsetzung eines indikatorengestützten Verfahrens zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität im stationären Bereich bedarf es einer expliziten Verknüpfung der Regelung in § 113 Abs. 1 Ziffer 4 mit § 115 Abs. 1a SGB XI. Durch den Gesetzeswortlaut ist klarzustellen, dass die Qualitätsberichterstattung für den stationären Sektor nach § 115 Abs. 1a SGB XI umzustellen ist, sobald die Vereinbarungen zur Einführung eines indikatorengestützten Verfahrens zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität im stationären Bereich gemäß § 113 Abs. 1 Ziffer 4 getroffen und umgesetzt wurden.

4.4 Änderungsvorschläge des Bundesrats zu § 115 Abs. 1a

Der Bundesrat fordert, den Gesetzentwurf im weiteren Gesetzgebungsverfahren dahin zu ergänzen, dass in § 115 Abs. 1a konkrete gesetzliche Vorgaben an die Selbstverwaltung für die inhaltliche Ausgestaltung der Pflege-Transparenzvereinbarungen aufgenommen werden. Er schlägt konkretere Vorgaben für die Auswahl der in die Prüfung einzubeziehenden Pflegebedürftigen und nähere Vorgaben zur Bewertungssystematik, um das gegenwärtige System der Mittelwertbildung künftig auszuschließen und gute oder sehr gute Noten bei schlechten Bewertungen wegen gravierender Mängel in der pflegerischen oder medizinischen Versorgung sowie gravierender hygienischer Mängel in der jeweiligen Einzelbewertung sowie der Gesamtnote zu verhindern.

Bewertung

Der Forderung des Bundesrats wird abgelehnt. Der Vorschlag ist zumindest für die stationäre Pflege obsolet, da bereits seit 2011 ein Alternativmodell zur Qualitätsberichterstattung in der stationären Pflege vorliegt, das im Auftrag des BMG und des BMFSFJ wissenschaftlich entwickelt und in der Praxis erprobt wurde³. Bereits mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) wurden die ersten Weichen zur Umsetzung in die Praxis gestellt. Die Umsetzung wird derzeit von den Vertragspartnern nach § 113 SGB XI vorbereitet.

4.5 § 114 Abs. 6 – Bericht des MDS e. V. zur Entwicklung der Pflegequalität und der Qualitätssicherung

Position der BAGFW

Die Medizinischen Dienste berichten dem MDS im Abstand von *drei Jahren* über Ihre Erfahrungen mit der Anwendung der Beratungs- und Prüfvorschriften, Ergebnisse der

³ Wingenfeld, K.; Engels, D. et al. (2011): Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe, BMG/BMFSFJ.

Qualitätsprüfungen und Erkenntnisse zur Entwicklung der Pflegequalität und Qualitätssicherung. Seit 2007 werden alle Pflegeeinrichtungen *jährlich* geprüft und die Ergebnisse der Qualitätsprüfung nach § 115 Abs. 1a SGB XI im Internet veröffentlicht. Mit dem vorliegenden Entwurf der Richtlinie nach § 53a Satz 1 Nr. 4 zur Qualitätssicherung der Qualitätsprüfungen werden darüber hinaus *jährlich* Berichte der Medizinischen Dienste zur Umsetzung und zur Qualitätssicherung der Qualitätsprüfungen veröffentlicht. Mit den Veröffentlichungen nach § 115 Abs. 1a SGB XI sowie der Veröffentlichung der Berichte gemäß des Richtlinie zur Qualitätssicherung der Qualitätsprüfungen nach § 53a SGB XI liegen zu allen in § 114 a Abs. 6 genannten Themen wesentlich aktuellere Veröffentlichungen vor als dies ein alle drei Jahre erscheinender Bericht leisten kann. Der Bericht nach § 114a Abs. 6 hat durch diese neuen Entwicklungen somit für die Zukunft seinen Nutzen verloren.

Lösungsvorschlag

Der Absatz 6 in § 114 a ist ersatzlos zu streichen.

4.6 Zusammenarbeit mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden

Position der BAGFW

Die gesetzliche Regelung in § 117 Absatz 1 Nr. 1, wonach die unterschiedlichen Prüfinstitutionen durch regelmäßige Information und Beratung ihre Aufgaben und entsprechende Vereinbarungen wirksam aufeinander abstimmen sollen, reicht zur Verbesserung bei der Zusammenarbeit der unterschiedlichen Prüfinstanzen nicht aus. Gerade im Hinblick auf die Vermeidung von Mehrfachprüfungen und inhaltlichen Doppelprüfungen entfalten diese Regelungen in der Praxis keine flächendeckende Wirkung. Dies gilt insbesondere für die Prüfungen der Heimaufsichten und der Medizinischen Dienste, aber auch für die Felder Hygiene, Brandschutz, Arbeitsschutz, Gewerbeaufsicht und Sicherheitstechnik sowie Trinkwasser. Insofern ist bei der Vermeidung von Doppelprüfungen insbesondere darauf abzustellen, dass von den unterschiedlichen Behörden nicht gleiche Inhalte geprüft werden.

Der Bundesrat hat in seinen Empfehlungen Drs. 223/1/14 konkret Modellvorhaben mit dem Ziel einer arbeitsteiligen Vorgehensweise nach einheitlichen Grundsätzen bei der Prüfung der Pflegeeinrichtungen vorgeschlagen. Diesen Vorschlag unterstützt die BAGFW nachdrücklich.

Lösungsvorschlag

Die bisherigen Verpflichtungen zur Zusammenarbeit von Pflegekassen, Medizinischen Diensten und dem Prüfdienst der Privaten Krankenversicherung e. V. mit den Institutionen der Heimaufsicht und ggf. weiteren Prüf- und Aufsichtsbehörden sollen durch regelmäßige gegenseitige Informationen *und* dem Abschluss von Vereinbarungen zu einer arbeitsteiligen Prüfung sollte konkretisiert und inhaltlich abgestimmt werden.

In § 117 Abs. 1 Nummer 2 sollen die Wörter „gemeinsame oder“ gestrichen werden. Als Satz 2 neu soll angefügt werden: „Die Überprüfung kann gemeinsam stattfinden“. Satz 2 alt wird Satz 3 neu.

Berlin, 19.09.2014