

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0131(28)
gel. VB zur öAnöhrung am 30.09.
15_PSGII
29.09.2015



Stellungnahme
der Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-
Organisationen (BAGSO)
zum
Entwurf eines Zweiten Gesetzes
zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur
Änderung weiterer Vorschriften
(Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II)
BT-Drucksache 18/5926

BAGSO
Bonngasse 10
53111 Bonn
Tel.: 0228/24999211
e-mail: kaiser@bagso.de

Bonn, den 28.09.2015

I. Bewertung des Gesetzentwurfs

Der mit der Einführung der Pflegeversicherung 1995 gewählte sozialrechtliche Begriff von Pflegebedürftigkeit wurde seit langem kritisiert. Der Hilfebedarf von Menschen mit einer demenziellen, kognitiven oder psychischen Erkrankung wurde und wird mit ihm nicht adäquat berücksichtigt und die für die Einstufung erforderliche Begutachtung orientierte und orientiert sich ausschließlich an zeitbezogenem Unterstützungsbedarf für bestimmte körperliche Verrichtungen. Diese Missstände sind seit langem bekannt.

Die BAGSO begrüßt daher ausdrücklich, dass mit dem Pflegestärkungsgesetz II die Empfehlungen der Expertenbeiräte aus den Jahren 2009 und 2013 nun weitgehend umgesetzt werden und dass der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff und das dadurch notwendig werdende neue Verfahren zur Begutachtung der Pflegebedürftigkeit eingeführt werden. Mit dieser weitreichenden Reform sind zahlreiche Anpassungen und Neuregelungen verbunden, die die Leistungsansprüche der Versicherten und die Absicherung der informellen Pflegepersonen betreffen.

Allerdings sieht die BAGSO noch Änderungsbedarfe, insbesondere im Hinblick auf die Neuregelungen zur Beratung (§7 SGB XI), die Mitbestimmungs- und Beteiligungsrechte (§118 SGB XI) und die Neuregelung der Qualitätssicherung und Qualitätsdarstellung (§ 113b SGB XI). Daneben gibt es aus Sicht der BAGSO weiteren Regelungsbedarf, der im Gesetz nicht abgedeckt wird, z.B. im Hinblick auf einen kurzfristigen, d.h. voraussichtlich geringeren als sechsmonatigen Pflegebedarf oder auf die Kostenübernahme der Behandlungspflege in stationären Einrichtungen.

II. Ziele des Gesetzentwurfs

Schwerpunkte des Gesetzes sind die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs mit fünf Pflegegraden, die Einführung des Neuen Begutachtungsassessments (NBA), Anpassungen im Leistungsrecht unter Wahrung von Überleitungs- und Besitzstandsregelungen, die Neugestaltung der sozialen Sicherung der Pflegepersonen, Regelungen zur Beratung, die Weiterentwicklung der Personalbemessung sowie Neuregelungen zur Qualitätssicherung und Qualitätsdarstellung.

III Zu den Regelungen nimmt die BAGSO wie folgt Stellung:

1. Pflegebedürftigkeitsbegriff (§14 SGB XI)

Die BAGSO begrüßt sehr, dass mit der Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs (§ 14 Abs. 1) die bestehende Ungleichbehandlung von somatisch und nicht-somatisch bedingtem Hilfe- und Unterstützungsbedarf beim Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung abgemildert werden soll. Pflegebedürftig ist demnach, wer

gesundheitlich bedingte (körperliche, kognitive oder psychische) Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweist, die er/sie nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen kann und deshalb der Hilfe durch andere bedarf.

Weiterhin gilt jedoch die bestehende Sechs-Monatsregelung, wodurch Personen, die - häufig nach einem Krankenhausaufenthalt - nur vorübergehend Hilfe und Unterstützung benötigen, nicht pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind. Damit wurde die Chance vertan, die Schnittstelle zwischen stationärer Akutversorgung und pflegerischer Versorgung zu schließen. Im Begründungstext steht, dass Dauerhaftigkeit auch dann gegeben ist, wenn die verbleibende Lebensspanne möglicherweise weniger als sechs Monate beträgt. Hier wäre eine eindeutige Formulierung im Gesetzestext hilfreich, da diese Regelung in der Praxis nicht leicht durchzusetzen sein wird.

Die Orientierung der Pflegebedürftigkeit an Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder Fähigkeiten in den sechs Bereichen „Mobilität“, „kognitive und kommunikative Fähigkeiten“, „Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“, „Selbstversorgung“, „Bewältigung und Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen“ sowie „Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte“ ist ein großer Fortschritt gegenüber dem bisherigen verrichtungsbezogenen Pflegebedürftigkeitsbegriffs.

2. Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit (§ 15, § 18, § 18c SGB XI)

In § 15 wird das Verfahren zur Ermittlung der Schwere der Pflegebedürftigkeit in fünf Pflegegraden festgelegt. Ohne hierauf näher eingehen zu können, erscheint das Verfahren mit den gewichteten Modulen, Punktwerten und gewichteten Punktwerten nach wie vor sehr kompliziert. Die BAGSO begrüßt jedoch, dass die noch im Referentenentwurf vorgesehene Rechtsverordnung des Bundesministerium für Gesundheit zur Festlegung der Punktwerte und gewichteten Punktwerte zugunsten einer bereits im Gesetz integrierten Entscheidung (Anlage 1 und Anlage 2) aufgegeben wurde. Dies erhöht erheblich die Transparenz der neuen Begutachtungssystematik. Dennoch wirkt die Festlegung der gewichteten Punkte für den Laien willkürlich, da eine pflegfachliche Begründung im Gesetzestext fehlt. Aus Verbrauchersicht zeichnet sich ein erheblicher Informations- und Klärungsbedarf zur Bewertungssystematik und deren Auswirkungen im Einzelfall ab.

Die Veränderungen in § 18 (Abs. 6), wonach die Quote der bei den Begutachtungen ausgesprochenen Empfehlungen zur medizinischen Rehabilitation durch ein bundeseinheitliches strukturiertes Verfahren erhöht werden soll, begrüßt die BAGSO außerordentlich. Nach wie vor sind erhebliche Anstrengungen notwendig, um einen Bewusstseinswandel bei Gutachtern, aber auch den Betroffenen selbst im Hinblick auf die Chancen medizinischer Rehabilitation zu bewirken.

Die Verpflichtung, im Pflegegutachten konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung abzugeben, besteht bereits jetzt. Mit § 18 Abs. 6a wird nun die Möglichkeit geschaffen, dass diese Empfehlungen mit Zustimmung des Versicherten in Zukunft bereits als Antrag auf Leistungsgewährung gelten und somit kein separater Antrag bei der Kranken- oder Pflegekasse gestellt werden und keine ärztliche Verordnung mehr beigebracht werden muss. Auf den ersten Blick ist dies sehr zu begrüßen, da es den Verwaltungsaufwand erheblich reduziert. Bei Hilfsmitteln, die den Zielen des § 40 entsprechen (der Katalog ist in der Begründung bereits aufgelistet), gilt die Empfehlung als Nachweis der Erforderlichkeit. Allerdings ersetzt diese Regelung nicht die Prüfung der Wirtschaftlichkeit. Dennoch kann diese Regelung das Verfahren der Versorgung mit Hilfsmitteln erleichtern. Dabei ist jedoch die Abhängigkeit des Versicherten von den Empfehlungen des jeweiligen Gutachters groß. Umso wichtiger sind daher einheitliche und transparente Regelungen für die Begutachtungspraxis.

Sinnvoll ist die nach § 18c vorgesehene begleitende wissenschaftliche Evaluation insbesondere zu Maßnahmen und Ergebnissen der Vorbereitung und der Umsetzung der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit mit einem Bericht in 2020, um die Wirkungen der Reform zu ermitteln und transparent zu machen.

3. Überleitungsregelungen (§§ 140 ff. SGB XI)

Die vorgesehene Überleitung der bereits Pflegebedürftigen von Pflegestufen zu Pflegegraden ist sinnvoll. Insbesondere die Regelungen zur Überleitung von Menschen mit bereits festgestellter eingeschränkter Alltagskompetenz halten wir für sachgerecht. Aus dem Gesetzestext wird aus unserer Sicht jedoch nicht deutlich, ob es eine zeitliche Befristung des Bestandsschutzes gibt, und wenn ja, bis wann dieser gilt. Hierzu sollte der Gesetzgeber klare Aussagen treffen. Wir begrüßen, dass der Bestandsschutz auch dann gilt, wenn die Pflegekasse zwischenzeitlich gewechselt wird.

4. Neuregelungen zum Informations- und Beratungsauftrag (§§ 7, 7a SGB XI)

Aus der Erfahrung der BAGSO nimmt der Bedarf an Beratungen zu Leistungen der Pflegeversicherung, zum Verfahren der Begutachtung und zum Angebot an Pflege-, Hilfe- und Unterstützungsleistungen vor Ort seit Jahren zu. Dies hat seine Ursachen zum einen im flexibler, aber auch komplizierter gewordenen Leistungsrecht, zum anderen in der veränderten Lebenssituationen der älteren Menschen (u.a. Zunahme Alleinstehender, Zunahme der Wohnentfernung zu Angehörigen, Zunahme multimorbider Patientinnen und Patienten, Zunahme älterer Migrantinnen und Migranten mit zusätzlichem Bedarf an muttersprachlicher und kultursensibler Beratung). Die mit

dem Pflegestärkungsgesetz II verbundenen weitreichenden Neuregelungen werden nun einen zusätzlichen erheblichen Beratungsbedarf nach sich ziehen.

Die systematische Zusammenführung der Regelungen zur Beratung unter § 7 SGB XI erleichtert die Lesbarkeit und erscheint sachgerecht.

Fest steht, dass die Pflegeberatung im Sinne der Betroffenen und ihrer Angehörigen frei von den Interessen von Kostenträgern und Leistungserbringern erfolgen muss. Die Pflegekassen sind jedoch weder neutral noch unabhängig, sondern als Kostenträger interessengeleitet. Die Erfahrungen in der Praxis zeigen, dass die Beratung der Versicherten nicht immer an deren Hilfebedarfen orientiert ist und die gebotenen und gewünschten Unterstützungsmöglichkeiten im Blick hat, und dass Ermessensspielräume in der Regel zulasten der Versicherten genutzt werden. Daher ist zu begrüßen, dass ihnen in § 7 SGB XI nur noch der Auftrag zur „Aufklärung und Auskunft“ gegenüber den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen übertragen wird, nicht der zur „Beratung“. Die Kassen stellen z.B. Vergleichslisten über örtliche Angebote zugelassener Pflegeeinrichtungen oder niedrighschwelliger Angebote zur Verfügung.

Zugleich muss aber sichergestellt werden, dass die Versicherten ihren umfassenden Beratungsanspruch behalten. Daher begrüßen wir die Möglichkeit nach § 7 Abs. 7-8, über Rahmenverträge die Zusammenarbeit der Beratung vor Ort zu regeln, wobei „Neutralität und Unabhängigkeit der Beratung zu gewährleisten ist.“

Ebenso begrüßen wir, dass auf Wunsch eines Anspruchsberechtigten die Pflegeberatung nun auch gegenüber seinen Angehörigen, Lebenspartnern oder weiteren Personen erfolgen kann (§ 7a Abs. 2). Dies trägt der Lebenswirklichkeit Rechnung, da gerade diese Gruppe selbst großen Beratungsbedarf hat. Auch die Erweiterung der möglichen Orte, an denen Pflegeberatung stattfinden kann, kommt den Bedürfnissen Pflegebedürftiger entgegen. Die Fristsetzung von 14 Tagen für die Benennung eines Beratungstermins und einer Kontaktperson bei der Beratung nach § 7b halten wir für angemessen und sinnvoll.

Wir möchten an dieser Stelle mit Nachdruck darauf hinweisen, dass die Pflegeberatung die zunehmende Vielfalt der Gesellschaft berücksichtigen und sich auch auf die Bedarfe und Bedürfnisse von Menschen aus anderen Kultur- und Sprachkreisen einstellen muss. Wir halten es für notwendig, dass die vom GKV Spitzenverband nach § 17 Absatz 1a zu erstellenden Empfehlungen („Pflegeberatungs-Richtlinie“) diesen Aspekt ausdrücklich berücksichtigen.

Den nach § 7a Abs. 9 geforderten Bericht über die Erfahrungen und die Weiterentwicklung der Pflegeberatung und der Pflegeberatungsstrukturen halten wir für sinnvoll, um Qualität und Effizienz auch im Sinne des Verbraucherschutzes überprüfen zu können.

5. Pflegestützpunkte (§ 7c SGB XI)

Die Verschiebung der bisher in § 92c Abs. 1-4 und 7-9 enthaltenen Regelungen zu Beratung in und durch Pflegestützpunkte in die §§ 7 ff. erscheint sachgerecht. Die BAGSO fordert einen flächendeckenden, wohnortnahen Ausbau der Pflegestützpunkte, um erheblich mehr Menschen als bisher – auch mit zugehender Beratung – erreichen zu können. Laut § 7c Abs. 1 sollen Pflegestützpunkte jedoch weiterhin nur eingerichtet werden, sofern die zuständige oberste Landesbehörde dies bestimmt. Das bedeutet, dass die Bundesländer die Einrichtung von Pflegestützpunkten weiterhin blockieren können. Damit laufen die Regelungen nach § 7c in Teilen Deutschlands ins Leere.

Die Möglichkeit, dass nach § 7c Abs. 4 ein Pflegestützpunkt auch bei einer im Land zugelassenen Pflegeeinrichtung errichtet werden kann, sofern dies nicht zu einer unzulässigen Beeinträchtigung des Wettbewerbs zwischen den Pflegeeinrichtungen führt, läuft nach unserer Auffassung dem Gedanken einer unabhängigen und neutralen Beratung zuwider.

Die als Kann-Regelungen formulierte Möglichkeit, Rahmenverträge abzuschließen bzw. Empfehlungen zur Arbeit und Finanzierung von Pflegestützpunkten zu vereinbaren, erscheint nicht weitreichend genug, um die Arbeit der Pflegestützpunkte bundesweit und einheitlich zu stärken. Zudem sollten die Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege bei der Weiterentwicklung der Beratungsstrukturen eine größere Berücksichtigung erfahren.

6. Leistungsrecht (§ 28a, § 36, § 43, SGB XI)

Wir begrüßen, dass Personen mit einem Pflegegrad 1 bereits einen weitreichenderen Anspruch auf Leistungen haben, als Personen mit der alten Pflegestufe 0. Insbesondere die Beratungsleistungen, Pflegekurse der Angehörigen und ehrenamtlichen Pflegepersonen sowie Leistungen zur Verbesserung der Wohnsituation können dazu beitragen, dass Menschen sich frühzeitig auf die Pflegesituation und einen ggf. steigenden Unterstützungsbedarf einstellen können. Dennoch fehlen aus unserer Sicht die Ansprüche auf Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege, die die Pflegesituation auch für diese Gruppe entlasten könnten.

Das PSG II zielt auf eine Stärkung des Grundsatzes ambulant vor stationär, die wir an sich begrüßen. Diese sollte aber über den Ausbau der Unterstützungsleistungen im ambulanten Bereich erfolgen und nicht durch Sanktionen für diejenigen, die vollstationäre Leistungen in Anspruch nehmen. Nach § 43 Abs. 4 sollen Personen, die vollstationäre Pflege wählen, obwohl diese „nach Feststellung der Pflegekasse nicht erforderlich ist“, nur einen Teilbetrag der für vollstationäre Leistungen vorgesehenen Beträge erhalten. Hier sehen wir das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten fun-

damental beschnitten. Zudem entziehen sich die Kriterien für die Überprüfung der „Erforderlichkeit“ der vollstationären Versorgung durch den MDK jeglicher Transparenz. Dass selbst eine Person mit Einstufung in Pflegegrad 5 dem Verdacht ausgesetzt ist, vollstationäre Pflege nicht zu benötigen, ist kaum nachzuvollziehen.

Unberücksichtigt ist im Rahmen der Regelung in § 43 Abs.2, dass nicht selten Ehe-/oder Lebenspartner ihrem pflegebedürftigen Partner in eine stationäre Einrichtung folgen, obwohl sie nicht den Pflegegraden 2 bis 5 zuzuordnen sind. Hier muss ein Ausgleich geschaffen werden, der die Partner nicht dazu zwingt, entweder die notwendige stationäre Versorgung nicht in Anspruch zu nehmen oder aber eine Trennung herbeizuführen.

Die Kombinationsmöglichkeiten in Bezug auf die Pflegesachleistungen und das Pflegegeld sowie den Entlastungsbetrag sind unübersichtlich. Außerdem wird das Wunsch- und Wahlrecht der pflegebedürftigen und behinderten Menschen unangemessen eingeschränkt. Dies gilt insbesondere in Bezug auf die Kombinationsleistungen aus Tages- und Nachtpflege, der Kurzzeitpflege sowie der Verhinderungs- und Ersatzpflege.

Das Leistungssystem ist kompliziert, so dass der individuellen Beratung besondere Bedeutung zukommen wird. Auch hier wird deutlich, wie wichtig eine ausschließlich am individuellen Hilfebedarf orientierte Beratung ist, die unbeeinflusst von wirtschaftlichen Erwägungen erfolgen muss (s.o.).

Leider wurde die Chance nicht genutzt, im Rahmen dieser Gesetzesänderung die Ungerechtigkeiten in Bezug auf die medizinische Behandlungspflege zu beseitigen und die stationär gepflegten Menschen von diesen Kosten zu entlasten (§ 43 Abs. 2 und § 82 Abs.1).

7. Neuordnung der §§ 45a bis 45d

Die Neuordnung der §§ 45a bis 45d begrüßen wir. Sie dient der besseren Systematik und Transparenz. Auch die Verwendung neuer Begriffe, insbesondere der Oberbegriff „Angebote zur Unterstützung im Alltag“, fördert die Verständlichkeit des § 45a. Auch die Klarstellung der Mindestvoraussetzungen für die Anerkennung der Angebote nach § 45a erscheint im Hinblick auf eine bundesweite Vereinheitlichung hilfreich.

Durch die Regelung in § 45a Abs. 4 werden die häuslich gepflegten Menschen jedoch gezwungen, mit den Kosten für die Unterstützungsangebote zunächst in Vorleistung zu treten und danach Kostenerstattung zu beantragen. Dies ist eine Ungleichbehandlung gegenüber stationär betreuten Menschen, die hier nicht in Vorleistung treten müssen. Dies wird auch deshalb abgelehnt, weil damit ein nicht unerheblicher Bürokratieaufwand verbunden ist, den die betroffenen Menschen nicht selbst

leisten können und hierzu wieder Hilfe von außen in Anspruch nehmen müssen, was zu Lasten der Zeiten für die eigentliche Altersunterstützung geht.

Entsprechendes gilt auch für den in § 45b vorgesehenen Entlastungsbetrag, der erst im Nachhinein erstattet werden kann und damit das Risiko der Refinanzierung auf die pflegebedürftigen Personen verlagert.

Die in § 45c festgeschriebene Förderung der Selbsthilfe zur Unterstützung von Pflegebedürftigen sowie deren Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden halten wir für sehr förderlich, um Aktivitäten des bürgerschaftlichen Engagements im Bereich der Pflege stärker zu unterstützen.

Die ebenfalls in § 45c geregelte Modellförderung insbesondere für an Demenz erkrankte Pflegebedürftige sowie andere Gruppen von Pflegebedürftigen, deren Versorgung in besonderem Maße der strukturellen Weiterentwicklung bedarf, halten wir für wichtig. Im Fokus sollten nach unserer Auffassung insbesondere Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund stehen, die auf kultursensible Angebote angewiesen sind. Modellvorhaben mit Zielrichtung interkulturelle Öffnung und kultursensible Pflege, insbesondere auch unter Einbeziehung von Migrant*innenorganisationen, halten wir für besonders relevant. Wir begrüßen daher, dass im Begründungstext zum § 45c Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund und ihre Angehörigen explizit erwähnt werden.

8. Beteiligungsrechte (§ 118 SGB XI und weitere)

Nach den Erfahrungen der BAGSO mit der Beteiligung der „auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen“ nach § 118 SGB XI haben wir erwartet, dass diese Verbände von der Rolle eines reinen Beratungsorgans befreit und ihnen Mitbestimmungsrechte übertragen werden. Immerhin vertreten diese Verbände die Personengruppen, über deren pflegerisches Schicksal durch die gesetzlichen Neuregelungen entschieden wird, die mit ihren Eigenanteilen einen erheblichen Teil der Pflege- und Unterstützungsleistungen selbst finanzieren oder die – als pflegende Angehörige und informell Pflegende – selbst in erheblichem Maße Pflege und Unterstützung leisten. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen sind somit selbst „Kostenträger“ und „Leistungserbringer“. Sie können daher mit Fug und Recht erwarten, dass sie über ihre Verbände nicht nur angehört werden, sondern dass sie neben den im SGB XI genannten „Kostenträgern“ und den „Leistungsträgern“ ein gleichgewichtiges Stimmrecht haben.

Es ist daher nicht hinzunehmen, wenn beispielsweise bei den vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen abzugebenden Empfehlungen zur erforderlichen Anzahl, Qualifikation und Fortbildung von Pflegeberatern (§ 7a Abs.3 Satz 3) oder bei den

Richtlinien nach § 17 Abs.1 und Abs. 1a die Betroffenenverbände nur „Möglichkeit zur Stellungnahme“ oder beratende Funktion haben sollen oder wenn Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche nach § 37 Abs.3 ganz ohne Beteiligung der §118er-Verbände bearbeitet werden sollen (§ 37 Abs.5 Satz 1). Entsprechendes gilt auch für die Regelungen in § 11a, für die vorgesehene Mitwirkung im Qualitätsausschuss nach § 113b Abs.1 und bei der Richtlinienerstellung nach § 114a Abs. 7. In § 53c und § 113c fehlt die Beteiligung der 118er-Verbände völlig.

Die Beteiligungsrechte müssen systematisiert werden. Insbesondere müssen die Begriffe wie „Mitwirkung“, „Beteiligung“ oder „Möglichkeit zur Stellungnahme“ klar definiert werden. Gleichzeitig fordern wir eine angemessene finanzielle und instrumentelle Unterstützung der §118er Verbände. Sie müssen in die Lage versetzt werden, ihren Sachverstand, der auch durch Ehrenamtliche vertreten wird, effektiv einbringen zu können.

9. Qualitätsausschuss (§ 113b SGB XI)

Die Vorschläge zur Schaffung eines Qualitätsausschusses begrüßen wir grundsätzlich sehr. Wir finden darin zahlreiche unserer seit langem formulierten Forderungen wieder. So haben wir aufgrund unserer Erfahrungen bei der Mitwirkung im bisherigen Plenum der Vertragspartner und den entsprechenden Arbeitsgruppen dringend gesetzliche Vorgaben zur Schaffung von Strukturen und Prozessen gefordert. Notwendig sind aus unserer Sicht klare und sanktionsbewährte Vorgaben z.B. zur Einrichtung einer neutralen Geschäftsstelle, zur Einsetzung eines unparteiischen Vorsitzenden sowie zur Schaffung einer Geschäftsordnung.

Wir begrüßen daher die vorgeschlagenen Regelungen sehr, insbesondere die Schaffung einer qualifizierten Geschäftsstelle (§ 113b Abs. 6), die Vereinbarung einer Geschäftsordnung (§ 113b Abs. 7), die Verpflichtung, die Beschlüsse des Qualitätsausschusses dem BMG vorzulegen (§113b Ab. 8) und die Konkretisierung der Einbeziehung von wissenschaftlichen Sachverständigen (§113b Abs. 4 und 5).

Die Zusammensetzung des Qualitätsausschusses (§ 113b Abs. 2) erscheint uns grundsätzlich sinnvoll. Wir begrüßen die klare Zuordnung möglicher Vertreter zur Bank der Leistungserbringer bzw. der Leistungsträger, insbesondere die mögliche Anrechnung der benannten Vertreter der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe sowie der kommunalen Spitzenverbände auf die Zahl der Leistungsträger und die mögliche Anrechnung eines Vertreters/einer Vertreterin der Pflegeberufe auf die Zahl der Leistungserbringer. Die Klarstellung, dass eine Vertretung sowohl der Leistungsträger als auch der Leistungserbringer durch eine Organisation nicht möglich ist, halten wir für hilfreich.

Unsere Kritik zielt jedoch darauf, dass der Qualitätsausschuss zweistufig angelegt ist. Erst in dem Fall, dass in der ersten Stufe keine Vereinbarung zustande kommt, kann „auf Verlangen mindestens einer Vertragspartei nach § 113, eines Mitglieds des Qualitätsausschusses oder des BMG“ der sogenannten „erweiterte Qualitätsausschuss“ (§ 113b Abs. 3) eingesetzt werden. Erst zu diesem Zeitpunkt kommen dann ein unparteiischer Vorsitzender und zwei weitere unparteiische Mitglieder hinzu. Erst der erweiterte Qualitätsausschuss entscheidet nach Mehrheitsprinzip.

Aus unserer Erfahrung ist dieses Vorgehen ineffektiv und wird zu erheblichen Verzögerungen führen. Dies erscheint angesichts der in § 113b Abs. 4 gesetzten sehr kurzen Fristen für die Erstellung der wissenschaftlichen Aufträge als nicht zielführend. Zudem obliegt die Entscheidung über die weitere Verwendung der in Auftrag gegebenen wissenschaftlichen Ergebnisse dem Qualitätsausschuss. Wir appellieren daher an den Gesetzgeber, auf die Zweistufigkeit zu verzichten und den „erweiterten Qualitätsausschuss“ von vornherein einzusetzen.

Wenn der Gesetzgeber die Beteiligungsrechte der Betroffenenverbände ernst nimmt, so müssen die §118er Verbände ein Stimmrecht erhalten. Immerhin vertreten diese Verbände die Personengruppen, über deren pflegerisches Schicksal durch die gesetzlichen Neuregelungen entschieden wird, die mit ihren Eigenanteilen einen erheblichen Teil der Pflege- und Unterstützungsleistungen selbst finanzieren oder die – als pflegende Angehörige und informell Pflegende – selbst in erheblichem Maße Pflege und Unterstützung leisten.

10. Personalbemessung in Pflegeeinrichtungen (§ 113c SGB XI)

Die BAGSO begrüßt die nachträgliche Aufnahme dieses Punktes in den Gesetzentwurf ausdrücklich. Derzeit sind die Regelungen im Hinblick auf die Personalbemessung zwischen den Bundesländern sehr unterschiedlich und insgesamt unbefriedigend. In einem ersten Schritt soll nun ein wissenschaftlich fundiertes Verfahren zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben entwickelt und erprobt werden. Gut ist, dass hier sowohl stationäre als auch ambulante Pflegeeinrichtungen einbezogen werden sollen. Der Zeitraum bis 30.06.2020 ist jedoch sehr weit gefasst. Zudem ist unklar, wie mit den Ergebnissen der Erprobung umgegangen werden soll.

11. Neugestaltung der sozialen Sicherung der Pflegepersonen

Aufgrund des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs lässt sich nun nicht mehr vom Pflegegrad der zu pflegenden Person auf den zeitlichen Pflegeaufwand durch die Pflegepersonen schließen. Daher wird eine Neuregelungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen notwendig. Zu begrüßen ist, dass nicht mehr auf den Begriff „Ange-

höriger/Angehörige“ abgestellt wird, sondern auf den Begriff (informell pflegende) Person abgestellt wird. Hierdurch wird der Lebensrealität besser Rechnung getragen.

Die rentenrechtliche Absicherung von Pflegepersonen wird neu geregelt. Demnach erhalten Pflegepersonen, die wenigstens 10 Stunden wöchentlich an mindestens zwei Tagen in der Woche nicht erwerbsmäßig Pflege erbringen und nicht mehr als 30 Wochenstunden erwerbstätig sind, eine rentenrechtliche Absicherung, wenn die von ihnen gepflegte Person mindestens dem Pflegegrad 2 zugeordnet ist. Dies wird zu Verbesserungen führen. Die Ausweitung des Versicherungsschutzes in der Arbeitslosenversicherung erscheint sachgerecht. Dennoch weist die BAGSO erneut auf die z.T. prekäre Lage informell Pflegenden hin, die nach wie vor einem höheren Risiko von Armut und Altersarmut ausgesetzt sind.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e.V. (BAGSO) vertritt über ihre mehr als 110 Mitgliedsverbände die Interessen von 13 Millionen älteren Menschen in Deutschland. Die BAGSO ist eine der maßgeblichen Organisationen der Interessenvertretung Behinderter, Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen nach §118 SGB XI.