

Zusammenfassung der wichtigsten Positionen aus der Stellungnahme des Bundesverbands privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa) zum Ersten Pflegestärkungsgesetz – PSG I

- 1.) Der bpa begrüßt die im PSG I vorgesehenen Leistungsverbesserungen ausdrücklich, auch wenn der Kaufkraftverlust der vergangenen Jahre damit nicht vollständig ausgeglichen wird. Durch die Flexibilisierung und Ausweitung der Leistungen bei der Verhinderungspflege, der Tagespflege, der Kurzzeitpflege sowie durch die Verbesserung des Betreuungsschlüssels für die zusätzlichen Betreuungskräfte in stationären Pflegeeinrichtungen profitieren die Pflegebedürftigen und die pflegenden Angehörigen unmittelbar und die Pflegefachkräfte werden entlastet.

- 2.) In aller Entschiedenheit lehnt der bpa die Einführung der niedrighschwelligen Be-
treuungs- und Entlastungsleistungen gem. § 45 b Abs. 3 SGB XI ab.
 - **Keine Qualitätskontrollen:** Die Qualität der Leistungen wird nicht einheitlich festgelegt und kontrolliert und ist daher nicht gesichert – anders als bei zugelassenen ambulanten Pflegediensten. Der Bundesgesetzgeber gibt damit die Möglichkeit von bundeseinheitlichen Qualitätsstandards aus der Hand. Denn wenn die Agenturen einmal auf Landesebene anerkannt sind, werden weder die Leistungen noch der Leistungserbringer kontrolliert.

 - **Keine klare Abgrenzung der Leistungen:** In der Praxis werden die Agenturen und Alltagsbegleiter nicht nur Entlastungsleistungen erbringen, sondern es ist anzunehmen, dass sie z.B. den Pflegebedürftigen auch waschen, wenn diese darum bitten, obwohl das Waschen eine Leistung der Grundpflege ist.

 - **Höheres Budget für Entlastungsleistungen als für Sachleistungen der Pflegedienste:** Durch das Gesetz gibt es für Entlastungsleistungen ein erheblich größeres Budget als für die klassische ambulante Sachleistung durch Pflegedienste (bedingt durch die Verknüpfung mit der Kurzzeit- und Verhinderungspflege). Dadurch entsteht eine Sogwirkung von der ambulanten Pflege hin zu den Entlastungsleistungen. Dieses führt zu einer Deprofessionalisierung und gefährdet die ambulante Pflege. Angesichts der demografischen Entwicklung muss die ambulante aber gestärkt werden und darf nicht ausgehöhlt werden.

 - **Förderung von prekären Beschäftigungsverhältnisse und Schwarzarbeit:** Die Entlastungsleistungen begünstigen prekäre Beschäftigungsverhältnisse und Schwarzarbeit. Schon jetzt agieren Agenturen, die sog. „Haushaltshilfen“ für Haushalte mit Pflegebedürftigen anbieten, zumindest im rechtlichen Graubereich. Schwarzarbeit ist dabei keine Seltenheit. Durch die Neuregelung besteht die Gefahr, dass die Entlastungsleistungen durch Kräfte erbracht werden, die nicht sozialversicherungspflichtig beschäftigt werden.

- **Kein Mindestlohn:** Es nicht sichergestellt, dass die Kräfte, die Entlastungsleistungen erbringen, den allgemeinen oder den Pflege-Mindestlohn erhalten.
 - **Höhere Mehrausgaben:** Der Gesetzentwurf plant lediglich Mehrausgaben in Höhe von 90 Millionen Euro pro Jahr für die Entlastungsleistungen ein. Dahinter steht die Annahme, dass lediglich 2 % der Pflegegeldempfänger die neue Leistung in Anspruch nehmen. Warum nur von einer Inanspruchnahme von 2 % ausgegangen wird, begründet der Gesetzentwurf nicht. Nach Berechnungen des Instituts der Deutschen Wirtschaft Köln ergeben sich Kosten von etwa 1,4 Milliarden Euro pro Jahr, wenn 50 % der Pflegegeldempfänger die Entlastungsleistungen nutzen.
 - **Mehr Bürokratie:** Die bisher einheitliche ambulante Pflegesachleistung wird aufgeteilt in die Sachleistung und in die Entlastungsleistung. Statt die Leistungserbringung aus einer Hand zu fördern, wird es damit für Pflegebedürftige, Angehörige und Pflegekassen noch komplizierter. Die Entlastungsleistungen werden im Rahmen der Kostenerstattung abgewickelt. Das bedeutet für die Pflegekassen zusätzlichen Aufwand bei der Information der Versicherten und insbesondere auch bei der Vergütung. Darauf weist auch der GKV-Spitzenverband in seiner Stellungnahme hin: „Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass insbesondere bei einer gleichzeitigen Inanspruchnahme von Sachleistungen nach § 36 SGB XI einerseits und von Betreuungs- und Entlastungsleistungen mit Kostenerstattung im Rahmen des Sachleistungsbudgets andererseits ein wesentlich erhöhter Verwaltungs- und Beratungsaufwand entsteht.“
- 3.) Der bpa setzt sich nachdrücklich dafür ein, die systemwidrige Zuordnung der medizinischen Behandlungspflege von teil-/vollstationär versorgten Pflegebedürftigen zur Pflegeversicherung zu beenden. Durch stationäre Einrichtungen versorgte Pflegebedürftige werden, bezogen auf die Beitragslasten, behandelt wie alle anderen Mitglieder der Krankenversicherung – bei den Leistungen jedoch wird ihnen die Finanzierung der Behandlungspflege zusätzlich aufgebürdet. Die Folgen drücken sich deutlich in der erneut hohen Quote der auf Sozialhilfe angewiesenen pflegebedürftigen Menschen aus. Die Vermeidung einer pflegebedingten Sozialhilfebedürftigkeit braucht die systemgerechte Finanzierung der Behandlungspflege durch die Krankenversicherung.

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

Stellungnahme zum

Gesetzentwurf der Bundesregierung

für ein

**Erstes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur
Änderung weiterer Vorschriften
(Erstes Pflegestärkungsgesetz – PSG I)**

Bundestags-Drucksache 18/1798

und zum Antrag

**der Abgeordneten Pia Zimmermann, Sabine Zimmermann, Diana
Golze, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.**

**Menschenrecht auf gute Pflege verwirklichen – Soziale Pflegeversi-
cherung solidarisch weiterentwickeln**

Bundestags-Drucksache 18/1953

Berlin, 22. September 2014

Inhaltsverzeichnis

I. Stellungnahme zum 1. Pflegestärkungsgesetz

Vorbemerkung	3
Zusammenfassung	3
Studien, Expertisen und Fachtagungen (§ 8 Abs. 3 SGB XI)	6
Dynamisierung (§ 30 SGB XI)	7
Pflegepflichteneinsatz für Empfänger von Pflegegeld (§ 37 Abs. 3 SGB XI)	11
Zusätzliche Leistungen in ambulanten Wohngruppen (§ 38 a SGB XI)	12
Leistungsausweitungen bei der Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI)	14
Erhöhte Leistungen bei wohnumfeldverbessernden Maßnahmen (§ 40 Abs. 4 SGB XI)	16
Ambulante Sachleistungen und Tages- und Nachtpflege ohne Anrechnung (§ 41 SGB XI)	17
Ausweitung der Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI)	19
Stationäre Behandlungspflege (§ 43 Abs. 2 SGB XI)	20
Pflegebedürftige in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe (§ 43 a SGB XI)	22
Einführung zusätzlicher Entlastungsleistungen (§ 45 b Abs. 1 Satz 1 SGB XI)	24
Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen auch für somatisch beeinträchtigte Pflegebedürftige (§ 45 b Abs. 1 a SGB XI)	25
Einsatz von bis zu 50 % der ambulanten Sachleistungsbeträge für niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsleistungen (§ 45 b Abs. 3 SGB XI)	26
Niedrigschwellige Entlastungsangebote (§ 45 c Abs. 3 a SGB XI)	34
Beitragssatzerhöhung (§ 55 SGB XI)	35
Investitionskosten (§ 82 SGB XI)	36
Entbürokratisierung der Vergütungsfindung (§§ 84, 85 und 89 SGB XI)	37
Anerkennungsbetrag für Herabstufung (§ 87 a Abs. 4 SGB XI)	44
Zusätzliche Betreuungskräfte (§ 87 b SGB XI)	45
Kostenerstattung (§ 91 SGB XI)	47
Einbeziehung von Pflegebedürftigen in die Qualitätsprüfung (§ 114 Abs. 5 SGB XI)	49
Ergebnisse von Qualitätsprüfungen (§ 115 SGB XI)	51

II. Stellungnahme zum Antrag „Menschenrecht auf gute Pflege verwirklichen“ 53

III. Anlagen

Anlage 1:

Übersicht über die Leistungen der Pflegeversicherung 2014 und nach dem 1. Pflegestärkungsgesetz im Vergleich	56
--	----

Anlage 2:

Kurzgutachten des Instituts der deutschen Wirtschaft Köln, Kostenerstattung für niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote im Rahmen des Sachleistungsbudgets. Eine Modellrechnung zur Schätzung maximaler Ausgabeneffekte	58
---	----

I. Stellungnahme zum 1. Pflegestärkungsgesetz

Vorbemerkung

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

Zusammenfassung

Der vorgelegte Gesetzentwurf sorgt für **Leistungsverbesserungen in der ambulanten, in der teilstationären und in der stationären Pflege**. Der bpa begrüßt es nachdrücklich, dass Pflegebedürftige in allen Leistungsbereichen gleichermaßen vom 1. Pflegestärkungsgesetz profitieren werden. Damit werden ambulant und teilstationär versorgte Pflegebedürftige besser gestellt; nach langen Jahren ohne Erhöhung der Sachleistungsbeträge werden mit der Reform aber endlich auch pflegebedürftige Heimbewohner berücksichtigt. Das ist ein wichtiges Signal sowohl an stationär versorgte Pflegebedürftige als auch an ihre Angehörigen und die Pflegekräfte. Durch die Erhöhungen im ambulanten und teilstationären Bereich werden zudem der Grundsatz „ambulant vor stationär“ und die Wohngruppen weiter gestärkt.

Die vorgesehene **Dynamisierung** der Leistungsbeträge (siehe Seite 7) wird im Grundsatz begrüßt. Allerdings ist deren Höhe nicht ausreichend, um den inflationsbedingten Kaufkraftverlust von 1995 bis heute zu kompensieren, um einen weiteren Anstieg der Sozialhilfeabhängigkeit zu verhindern und um für eine spürbare Verbesserung der Situation der Beschäftigten über den notwendigen Anstieg der Pflegevergütungen zu sorgen. Notwendig ist daher unter anderem die Einführung einer regelgebundenen Dynamisierung der Leistungen, die in den Gesetzentwurf noch aufgenommen werden sollte.

Die **Flexibilisierung und Ausweitung der Leistungen bei der Verhinderungspflege** (siehe Seite 14), **der Tages- und Nachtpflege** (siehe Sei-

te 17) **sowie bei der Kurzzeitpflege** (siehe Seite 19) sind richtig und eine effektive Maßnahme, um pflegende Angehörige nachhaltig zu entlasten. Der bpa unterstützt diese Maßnahmen.

Die Erweiterung der **zusätzlichen Betreuungsleistungen** um Entlastungsleistungen (siehe Seite 24) sieht der bpa grundsätzlich positiv. Ebenso begrüßt der bpa, dass alle ambulant versorgten Pflegebedürftigen, auch solche ohne erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz, künftig Betreuungs- und Entlastungsleistungen im Umfang von 104 Euro im Monat erhalten können (siehe Seite 25).

Die Möglichkeit, 50 % der ambulanten Sachleistungsbeträge für niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote einzusetzen, lehnt der bpa aufs Entschiedenste ab (siehe Seite 26)! Der bpa sieht in dieser Regelung den Weg in die Deprofessionalisierung und den Einstieg in die „Billigpflege“ durch neue, weder bekannte noch zugelassene oder an Qualitäts- oder Personalanforderungen gebundene Leistungsanbieter zulasten der sozialen Pflegeversicherung. Die Regelung dürfte als Subventionierung von Schwarzarbeit und als Legalisierung von prekären Beschäftigungsverhältnissen in den Haushalten wirken.

Der bpa setzt sich nachdrücklich dafür ein, die **systemwidrige Zuordnung der medizinischen Behandlungspflege von Heimbewohnern, aber auch von Gästen der teilstationären Einrichtungen** zur Pflegeversicherung zu beenden (siehe Seite 20). Heimbewohner werden bezogen auf die Beitragslasten behandelt wie alle anderen Mitglieder der Krankenversicherung, bei den Leistungen jedoch wird ihnen die Finanzierung der Behandlungspflege zusätzlich aufgebürdet. Die Folgen drücken sich deutlich in der erneut hohen Quote der auf Sozialhilfe angewiesenen pflegebedürftigen Menschen aus. Die Vermeidung einer pflegebedingten Sozialhilfebedürftigkeit braucht die systemgerechte Finanzierung der Behandlungspflege durch die Krankenversicherung.

Die Verbesserung des Betreuungsschlüssels für die **zusätzlichen Betreuungskräfte** in stationären Pflegeeinrichtungen von 1:24 auf 1:20 wird ausdrücklich unterstützt (s. S. 45).

Von verschiedenen Maßnahmen des Gesetzentwurfs zur Entbürokratisierung können Pflegebedürftige profitieren. Die Entbürokratisierung betrifft aber nicht nur die Pflegebedürftigen und die Pflegekräfte, sondern auch die Betreiber der Pflegeeinrichtungen. Diese sehen sich verstärkt bürokratischen Belastungen gegenüber, besonders zu nennen ist hier das Thema **Vergütungsfindung**, zu dem der bpa hier Vorschläge unterbreitet (siehe Seite 37).

Nachdem das sog. **Wingefeld-Modell zur Messung von Ergebnisqualität** sowie zur vergleichenden Qualitätsberichterstattung bereits in § 113

SGB XI durch das PNG berücksichtigt wurde, muss es nunmehr auch noch in § 115 SGB XI verankert werden (siehe Seite 51). Andernfalls würde eine Umsetzung an den fehlenden gesetzlichen Vorgaben scheitern.

Aufgrund von Urteilen des Bundessozialgerichts befürchten viele Pflegeeinrichtungen erhebliche Probleme bei der Refinanzierung der **Investitionskosten**. Der bpa bittet daher darum, hierzu noch im Gesetzgebungsverfahren gesetzgeberisch einzugreifen (siehe Seite 36).

Gibt es im Rahmen einer Prüfung Hinweise auf eine nicht fachgerechte Pflege bei Pflegebedürftigen, auf die sich die Prüfung nicht erstreckt, sind die betroffenen **Pflegebedürftigen in die Prüfung einzubeziehen** (siehe Seite 49). Diese vorgesehene Regelung gefährdet bei der Veröffentlichung von Prüfergebnissen die Repräsentativität der Stichprobe. Deswegen plädiert der bpa hier für entsprechende Korrekturen.

Gemäß der Vereinbarung im Koalitionsvertrag ist in einer weiteren Stufe der Pflegereform die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs vorgesehen. Hierzu sind zwei Modellversuche angelaufen. Insbesondere bei der **Ermittlung von Personalanzahlzahlen** für die stationäre Pflege halten wir eine Beteiligung des bpa für sinnvoll und notwendig. Bereits jetzt ist zu befürchten, dass für die stationäre Pflege lediglich eine kosten- und personalneutrale Umstellung per Äquivalenzziffern vorbereitet wird. Die Einführung eines neuen Begriffs der Pflegebedürftigkeit wird nur dann auf Akzeptanz stoßen, wenn sich die Leistungen aus Sicht der pflegebedürftigen Menschen nicht verschlechtern. Aus dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff alleine lassen sich nach Angaben der Entwickler leider keine Personalbemessungswerte ableiten. Der bpa spricht sich ausdrücklich für ein einvernehmlich vereinbartes System der Festlegung einer bedarfsgerechten personellen Ausstattung aus. Momentan gibt es bei der personellen Besetzung der Pflegeheime erhebliche Unterschiede zwischen den Bundesländern. Bei einer durchschnittlichen Verteilung der Pflegestufen werden für 100 pflegebedürftige Menschen zwischen 32 und 41 Mitarbeiter in der Pflege finanziert. Auffällig ist, dass ausgerechnet die Bundesländer, welche sich für einen allgemeinverbindlichen Tarifvertrag einsetzen, im Bundesvergleich die mit Abstand schlechtesten Personalschlüssel finanzieren.

Zu den Vorschriften im Einzelnen:

Modellvorhaben, Studien, wissenschaftliche Expertisen und Fachtagungen – § 8 Abs. 3 SGB XI

Artikel 1, Nr. 3, Gesetzesbefehl S. 8, Begründung S. 26

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Pflegekassen sollen künftig aus Mitteln des Ausgleichsfonds nicht nur Modellvorhaben (wie bisher), sondern auch Studien, wissenschaftliche Expertisen und Fachtagungen durchführen können.

B) Stellungnahme

Der bpa sieht hier weiteren Begründungsbedarf. Es ist nicht ersichtlich, warum dem GKV-Spitzenverband für die Organisation seiner Fachtagungen der Zugriff auf Mittel aus dem Ausgleichsfonds gewährt werden soll. Es fehlt eine Begründung für die Notwendigkeit und den damit verfolgten Zweck. Es wird für erforderlich gehalten, eine Quersubventionierung des GKV-Spitzenverbandes zu finanziellen Lasten der Pflegeversicherung auszuschließen.

C) Änderungsvorschlag

Sofern die Neuregelung nicht weiter begründet wird, sollte sie ansonsten wieder gestrichen werden.

Dynamisierung – § 30 SGB XI

Artikel 1, Nr. 5, Gesetzesbefehl S. 8, Begründung S. 26

A) Neuregelung

Der Gesetzentwurf sieht eine Dynamisierung der allermeisten Leistungen um 4 % vor; die Leistungen die mit Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz (PNG) eingeführt worden sind, werden um 2,67 % erhöht. Eine erneute Dynamisierung soll im Jahr 2017 geprüft werden.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Dynamisierung wird im Grundsatz begrüßt. Allerdings ist deren Höhe nicht ausreichend, um den Kaufkraftverlust von 1995 bis heute zu kompensieren und einen weiteren Anstieg der Sozialhilfeabhängigkeit zu verhindern sowie für eine spürbare Verbesserung der Situation der Beschäftigten über den notwendigen Anstieg der Pflegevergütungen zu sorgen. Notwendig ist daher unter anderem die Einführung einer regelgebundenen Dynamisierung der Leistungen, die in den Gesetzentwurf noch aufgenommen werden sollte.

In der Begründung wird darauf verwiesen, dass sich die Dynamisierung um 4 % aus der „sehr moderaten Inflationsentwicklung am aktuellen Rand“ ergibt. Unklar bleibt, was mit dem „aktuellen Rand“ gemeint ist.

Der bpa anerkennt, dass der Gesetzgeber mit dieser Dynamisierung der schleichenden Leistungsentwertung durch die Kostensteigerungen grundsätzlich entgegen tritt. Die Dynamisierung in dieser Höhe ist aber dennoch unzureichend:

- Es hat seit Einführung der Pflegeversicherung keine regelgebundene Dynamisierung gegeben. Der **fehlende Ausgleich der Kaufkraftverluste der vergangenen Jahre** wird deshalb durch das vorgelegte Gesetz nicht ausgeglichen. Das hat zur Folge, dass Pflegebedürftige im Jahr 2014 deutlich weniger Pflegeleistungen aus der sozialen Pflegeversicherung erhalten als Pflegebedürftige im Jahr 1996. Die Auswirkungen sind an der stetig steigenden Zahl der auf Sozialhilfe angewiesenen pflegebedürftigen Menschen abzulesen. Deren Anzahl hat insbesondere bei der stationären Pflege mit ca. einem Drittel aller Pflegebedürftigen zwischenzeitlich den

gleichen Stand wie bei Einführung der Pflegeversicherung erreicht: „Allein um den 20- bis 25-prozentigen Kaufkraftverlust der Pflegeversicherungsleistungen in den Jahren 1993 bis 2008 auszugleichen, wäre eine Anhebung der Leistungen um 4 bis 5 Milliarden Euro nötig“ (Heinz Rothgang/Klaus Jacobs: Pflegereform 2014: Was ist zu tun? In: GGW 2013, Heft 3 (Juli), S. 12).

- Die **Dynamisierung erfolgt immer nur rückwirkend**. Ab 2015 sollen die Leistungsbeträge angehoben werden, dabei geht es aber nur um den rückwirkenden Inflationsausgleich. Die nächste Dynamisierung soll erst 2017 geprüft werden. Eine darauf aufbauende Erhöhung der Leistungsbeträge würde voraussichtlich erst im Jahr 2018 erfolgen. Notwendig ist deswegen eine regelgebundene jährliche Dynamisierung, für die der bpa einen Formulierungsvorschlag unterbreitet (s. unten).
- **Problematisch ist die alleinige Orientierung an der Inflation**. Zwar heißt es in § 30 SGB XI, dass bei der Anpassung die kumulierte Preisentwicklung als *ein* Orientierungswert dient; aber das Gesetz selbst weist darauf hin, dass dieses nicht der einzige Orientierungswert ist. Vielmehr heißt es weiter: „Dabei ist sicherzustellen, dass der Anstieg der Leistungsbeträge nicht höher ausfällt als die Bruttolohnentwicklung im gleichen Zeitraum.“ Das Gesetz selbst nennt also als weiteren Orientierungswert die Lohnentwicklung. Diesen berücksichtigt das 1. Pflegestärkungsgesetz aber nicht. Dieses wäre aber notwendig, da die Löhne stärker steigen als die Inflation:

„Da personenbezogene Dienstleistungen nicht in gleichem Maße rationalisiert werden können wie Industrieprodukte, übersteigt deren Kostensteigerung (...) regelmäßig die Inflationsrate. Da – angesichts der zukünftigen Arbeitsmarktentwicklung – von steigenden Reallöhnen auszugehen ist, **würde eine Leistungsdynamisierung in Anlehnung an die Inflationsrate und unterhalb der Lohnsteigerungsrate zu einem fortgesetzten Kaufkraftverlust** führen. Nun ist die Pflegeversicherung von vorne herein als Teilleistungssystem konzipiert. Allerdings ist die Fähigkeit dieses Systems, die bei seiner Einführung verfolgten Ziele zu erfüllen, etwa in der Heimpflege im Durchschnitt zumindest die Pflegekosten zu finanzieren, schon in den letzten Jahren gesunken (...). Eine weitere reale Reduktion der Pflegeversicherungsleistungen dürfte daher langfristig dazu führen, dass die Funktionsfähigkeit dieses Sicherungssystems in Frage gestellt wird und so die Pflegeversicherung delegitimieren“ (Barmer GEK Pflegereport 2012, S. 34).

Der bpa teilt diese Einschätzung. Wenn mit der Dynamisierung nur die Inflation ausgeglichen wird, wird es nicht gelingen, die Situation der Beschäftigten in den Pflegeeinrichtungen spürbar zu verbessern. Denn die stärker als die Inflation steigenden Personalkosten können von der beabsichtigten Erhöhung der Leistungsbeträge

nicht aufgefangen werden.

- Mit der beabsichtigten Dynamisierung in Höhe von 4 % **wird die Sozialhilfeabhängigkeit weiter steigen**. Die Pflegeversicherung wurde eingeführt, um beim Eintritt von Pflegebedürftigkeit Sozialhilfeabhängigkeit zu vermeiden. Dieses Ziel muss sich der Gesetzgeber vor Augen halten. Im Jahr vor Einführung der Pflegeversicherung, 1995, war etwa jeder dritte pflegebedürftige Mensch im Pflegeheim auf ergänzende Unterstützung durch die Sozialhilfe angewiesen. Die Akzeptanz der Pflegeversicherung steigt umso mehr, je weniger Pflegebedürftige für ihre Pflege auf die Sozialhilfe angewiesen sind. Allerdings erhielten nach Angaben des Statistischen Bundesamtes im Jahr 2012 rund 439.000 Menschen Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII. Im Vergleich zum Vorjahr stieg die Zahl um 3,8 %. Dieser Entwicklung muss entgegengetreten werden. Die Pflegeversicherung darf nicht ihre Akzeptanz in der Bevölkerung riskieren, indem die Menschen erst Beiträge zahlen müssen, bei Pflegebedürftigkeit dann aber trotzdem zum Sozialfall werden.

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass die Leistungen, die durch das PNG eingeführt worden sind, nicht mit 4 %, sondern nur mit 2,67 % dynamisiert werden. Begründet wird dieser Anpassungssatz mit dem Verweis auf die Preisentwicklung in den letzten zwei Jahren. Hier wäre eine differenzierte Begründung wünschenswert, um die Berechnung nachvollziehen zu können. Im Übrigen gelten auch hier die o.g. Einwände gegen eine nur an der Inflation orientierte Dynamisierung.

Da durch das PNG die stationären Sachleistungsbeträge nicht erhöht wurden, müssten diese Leistungen durch das vorgelegte Gesetz mit mehr als 4 % dynamisiert werden, um eine Benachteiligung von stationär versorgten Pflegebedürftigen zu vermeiden.

Durch das PNG wurden gem. § 123 SGB XI nur die Leistungen der Pflegestufen 0, I und II erhöht. Die Leistungen der Pflegestufe III wurden dagegen nicht angepasst. Insofern ist hier ein Anpassungssatz von 2,67 %, der sich nur auf die letzten zwei Jahre bezieht, nicht zu rechtfertigen. Vielmehr müssen diese Leistungen der Stufe III mit 4 % dynamisiert werden, da es für sie im Jahr 2012 keine Verbesserungen durch das PNG gab.

C) Änderungsvorschlag

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

Die Leistungsbeträge sowie die in § 37 Absatz 3 festgelegten Vergütungen sind jeweils zum 1. Januar eines Kalenderjahres, erstmals mit Wirkung zum 1. Januar 2015 entsprechend der vom Statistischen Bundesamt festgestellten Steigerung der durchschnittlichen Verbraucherpreise des Vorjahres unter besonderer Berücksichtigung der Lohnsteigerungsrate zu erhöhen. Die nach Satz 1 erhöhten Leistungsbeträge sind kaufmännisch zu runden.

Begründung:

Die Leistungen der Pflegeversicherung werden jährlich um einen festen Vomhundertsatz dynamisiert. Dies dient der Berechenbarkeit der Leistungsentwicklung insbesondere auch im Hinblick auf eine zusätzliche Eigenvorsorge der Versicherten.

Pflegepflichteneinsatz für Empfänger von Pflegegeld – § 37 Abs. 3 SGB XI

Artikel 1, Nr. 7, Gesetzesbefehl S. 8, Begründung S. 26

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Vergütung für den Pflegepflichteneinsatz nach § 37 Abs. 3 SGB XI für Pflegegeldempfänger wird in den Pflegestufen I und II von 21 auf 22 Euro und in der Pflegestufe III von 31 auf 32 Euro angehoben.

B) Stellungnahme

Der bpa kritisiert die **Leistungsbeträge für die Pflegepflichteneinsätze als völlig unzureichend** und fordert dringend eine leistungsgerechte Erhöhung. Die im Gesetz genannten Beträge sind sowohl hinsichtlich der erforderlichen Fachlichkeit der Pflegekraft als auch des erforderlichen Zeitaufwandes inakzeptabel.

An verschiedenen Stellen betont das SGB XI zu Recht die Bedeutung der Pflegeberatung. Eine gute Pflegeberatung erfordert Qualifikation, Kompetenz und die notwendige Zeit. Wie viel Zeit soll denn für eine Beratung bleiben, die einerseits laut Gesetz „der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und praktischen pflegefachlichen Unterstützung der häusliche Pflegenden“ dient, für die andererseits aber nur 22 Euro bezahlt werden? Zumal in diesem Betrag auch noch die Fahrtkosten enthalten sein sollen. Durch das zum 1. Januar 2015 in Kraft tretende Gesetz zur Stärkung der Tarifautonomie wird ein allgemeiner Mindestlohn von 8,50 Euro pro Stunde eingeführt. Der Gesetzgeber sollte sich im Klaren sein, dass dieser bei den Pflegepflichteneinsätzen aufgrund der Vergütung in § 37 Abs. 3 SGB XI nicht umzusetzen ist.

Deswegen bedarf es hier keiner Dynamisierung, sondern einer leistungsgerechten Anpassung.

C) Änderungsvorschlag

Die Vergütung für den Pflegepflichteneinsatz nach § 37 Abs. 3 SGB XI für Pflegegeldempfänger wird in den Pflegestufen I und II von 21 auf 50 Euro und in der Pflegestufe III von 31 auf 55 Euro jeweils zuzüglich Fahrt- und Wegekosten angehoben.

Zusätzliche Leistungen in ambulanten Wohngruppen – § 38 a SGB XI

Artikel 1, Nr. 8, Gesetzesbefehl S. 8, Begründung S. 26

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Leistungsbetrag für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen wird von 200 auf 205 Euro pro Monat erhöht. Weiterhin gilt dieses nur, wenn die Wohngruppe nicht unter das „Landesheimrecht“ fällt.

B) Stellungnahme

Der bpa weist erneut auf **die Ungleichbehandlung von Wohngruppenbewohnern aufgrund unterschiedlicher landesheimrechtlicher Regelungen hin.**

Da es kein bundeseinheitliches Heimrecht mehr gibt und die Bundesländer die heimrechtlichen Regelungen und Anwendungsbereiche unterschiedlich gestalten, sind bei der Gewährung des Zuschusses nach § 38 a SGB XI für Bewohner der ambulant betreuten Wohngruppen für jedes Bundesland unterschiedliche Vorschriften zu beachten. Anstatt der vorgesehenen Abgrenzung zu den heimrechtlichen Vorschriften der Länder sollte statt dessen festgelegt werden, dass die Förderung nach § 38 a SGB XI nicht gewährt wird, wenn der Träger für die Bewohner Leistungen auf der Grundlage eines Rahmenvertrags nach § 75 SGB XI für vollstationäre Pflege erbringt. Damit wird einerseits die notwendige Rechtssicherheit und –klarheit erreicht und andererseits die vom Gesetzgeber gewünschte Flexibilität gewährleistet. Einen solchen Änderungsvorschlag hat auch der Bundesrat am 11. Mai 2012 beschlossen (s. Bundesrats-Drucksache 170/12 (Beschluss) zu § 38 a SGB XI). Der bpa begrüßt, dass die Bundesregierung in ihrer Gegenäußerung zur Stellungnahme des Bundesrates eine Prüfung dieses Vorschlags zugesagt hat (Bundestags-Drucksache 18/2379, S. 17).

C) Änderungsvorschläge

In § 38 a Abs. 1 Satz 1 SGB XI wird der Bezug auf die heimrechtlichen Vorschriften gestrichen und in § 38 Abs. 2 SGB XI eine negative Verknüpfung zu Leistungen auf der Grundlage eines Rahmenvertrags nach § 75 Abs. 1 SGB XI für vollstationäre Pflegeeinrichtungen aufgenommen:

- (1) ¹Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen, die Leistungen nach § 36, 37 oder § 38 beziehen, haben Anspruch auf einen pauschalen Zuschlag in Höhe von 205 Euro monatlich, wenn in der ambulant betreuten Wohngruppe eine Präsenzkraft als Mitarbeiter eines zugelassenen Pflegedienstes tätig ist und wenn es sich um ein gemeinschaftliches Wohnen von regelmäßig mindestens drei Pflegebedürftigen zum Zwecke der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung in einer gemeinsamen Wohnung ~~oder einem Haus mit häuslicher pflegerischer Versorgung handelt, dem heimrechtliche Vorschriften nicht entgegenstehen.~~
- (2) Eine Leistungsgewährung nach Absatz 1 erfolgt nicht, wenn der Träger der Wohngruppe oder Dritte den Bewohnerinnen und Bewohnern Leistungen auf der Grundlage eines Rahmenvertrags nach § 75 Absatz 1 für vollstationäre Pflege erbringt.

Leistungsausweitungen bei der Verhinderungspflege – § 39 SGB XI

Artikel 1, Nr. 9, Gesetzesbefehl S. 8 f., Begründung S. 26 f.

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Verhinderungspflege kann künftig bis zu sechs Wochen in Anspruch genommen werden. 50 % des Kurzzeitpflegebetrags können für die Verhinderungspflege genutzt werden.

B) Stellungnahme

Der bpa begrüßt die Neuregelungen. **Die pflegenden Angehörigen werden dadurch wirksam entlastet.**

Die Pflege bedeutet für Angehörige eine enorme psychische und physische Belastung, die sehr häufig rund um die Uhr geleistet wird. Die permanente Pflege und das ständige In-Bereitschaft-Sein führen bei vielen pflegenden Angehörigen zu erheblichen Erschöpfungszuständen. Viele können irgendwann einfach nicht mehr weiter pflegen. In solchen Situationen ist die Verhinderungspflege eine sehr wichtige Unterstützung: Die Pflegeperson kann eine Auszeit von der Pflege nehmen, muss sich aber keine Sorgen um den pflegebedürftigen Angehörigen machen, weil dieser von einem ambulanten Dienst oder einer Kurzzeitpflegeeinrichtung von Pflegefachkräften gut versorgt und betreut wird. Durch den vorgelegten Gesetzentwurf wird diese wichtige Entlastungsleistung zeitlich und finanziell ausgeweitet. Dieses kommt unmittelbar den pflegenden Angehörigen zugute und stellt für sie eine wichtige Verbesserung dar. Der bpa unterstützt dieses ausdrücklich. Die vorgesehenen Regelungen ermöglichen zudem eine unbürokratische und flexible Inanspruchnahme der Leistung: Für manche Pflegebedürftige und ihre Angehörigen ist eine tageweise Nutzung der Verhinderungspflege am hilfreichsten (oder aber geboten, wenn keine geeignete Kurzzeitpflegeeinrichtung zur Verfügung steht). Sie haben nun die Möglichkeit, die Leistungen über einen Zeitraum von bis zu sechs Wochen im Jahr zu nutzen. Für andere ist ein Aufenthalt in einer Kurzzeitpflege dagegen am sinnvollsten. In beiden Fällen profitieren die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen von der Möglichkeit, die Leistungsbeträge der Verhinderungspflege durch die Kurzzeitpflege aufstocken zu können. Der Gesetzgeber macht hier keine Vorgaben, sondern lässt den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen die Wahl. Das ist sachgerecht. Da bisher die Leistung der Verhinderungspflege relativ selten in Anspruch genommen wird, wäre es wünschenswert, wenn die Pflegekassen ihre Versicherten gezielt und wiederholt informieren.

Im vorgelegten Gesetzentwurf hat es im Vergleich mit dem Referententwurf noch eine Präzisierung hinsichtlich der Erstattung der Aufwendungen, die der Pflegeperson im Zusammenhang mit der Ersatzpflege entstehen, gegeben (§ 39 Abs. 2 Satz 2 SGB XI). Nunmehr ist ausdrücklich klargestellt, dass Pflegepersonen, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, von der Pflegekasse auf Nachweis die notwendige Aufwendungen erstattet bekommen können.

Der bpa begrüßt diese Klarstellung.

C) Änderungsvorschläge

Keine.

Erhöhte Leistungen bei wohnumfeldverbessernden Maßnahmen – § 40 Abs. 4 SGB XI

Artikel 1, Nr. 10, Gesetzesbefehl S. 9, Begründung S. 27

A) Beabsichtigte Neuregelung

Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen sollen künftig von 2.557 auf 4.000 Euro (bzw. bis zu 16.000 Euro bei mehreren Pflegebedürftigen) erhöht werden.

B) Stellungnahme

Diese deutliche Erhöhung der Leistung um über 56 % stellt einen Beitrag zur weiteren Förderung der Wohngemeinschaften dar. Grundsätzlich begrüßt der bpa die verstärkte Förderung neuer Wohnformen. Unabhängig davon dürfen aber die „klassischen“ und bewährten Einrichtungsformen der ambulanten und stationären Pflege, welche die Hauptlast der Versorgung tragen, nicht vernachlässigt werden.

C) Änderungsvorschläge

Keine.

Ambulante Sachleistungen und Tages- und Nachtpflege ohne Anrechnung – § 41 SGB XI

Artikel 1, Nr. 11, Gesetzesbefehl S. 9, Begründung S. 27 f.

A) Beabsichtigte Neuregelung

Pflegebedürftige können künftig ambulante Sachleistungen und gleichzeitig Tages- oder Nachtpflege in voller Höhe in Anspruch nehmen, ohne dass – wie bisher – die Leistungen untereinander angerechnet werden. Wer bisher die vollen ambulanten Sachleistungsbeträge in Anspruch nimmt, kann maximal 50 % der Tages- und Nachtpflegeleistungen erhalten. Künftig kann man 100 % der jeweiligen ambulanten Sachleistungen und 100 % der Tages- und Nachtpflege erhalten.

B) Stellungnahme

Der bpa begrüßt diese Neuregelung außerordentlich. Damit wurde eine Anregung des bpa aufgegriffen. Zu Recht verweist die Begründung darauf, dass dadurch eine erheblich Vereinfachung und Entbürokratisierung erreicht wird. Gerade im Zuge der Leistungsverbesserungen durch das PNG hat es bei der Interpretation und Umsetzung der vom Gesetzgeber beabsichtigten Regelungen Probleme und erheblichen Abstimmungsbedarf gegeben, was sich auch in dem „Gemeinsamen Rundschreiben zu den leistungsrechtlichen Vorschriften vom 17.04.2013“ des GKV-Spitzenverbandes niedergeschlagen hat. In der Praxis gab es zudem weitere Probleme bei Abrechnung der Leistungen. Die komplizierten Regelungen zur Tagespflege bei gleichzeitiger Inanspruchnahme von ambulanter Pflege waren für die Pflegebedürftigen, aber auch für die Einrichtungen und die Pflegekassen nur schwer nachvollziehbar. Das hat der Gesetzgeber erkannt. Durch eine konsequente Neuregelung werden jetzt gleich mehrere Ziele auf einmal erreicht:

- Es gibt eine klare, eindeutige und verständliche Regelung: Ambulante Sachleistungen und Leistungen der Tages- und Nachtpflege können parallel mit den vollen Leistungsbeträgen in Anspruch genommen werden.
- Dadurch entfallen die Schwierigkeiten bei der Abrechnung. Dieses ist ein wichtiger Beitrag zur Entbürokratisierung. Der Erfüllungsaufwand bei dieser wichtigen Leistung wird sich enorm verringern. Das ist eine sehr große Entlastung für die Pflegeeinrichtungen wie für die Pflegekassen.
- Die Vereinfachung trägt bei den Pflegebedürftigen und Angehörigen

gen zu einem besseren Verständnis bei, was letztlich auch zu einer stärkeren Inanspruchnahme der Leistungen führen wird.

- Die Neuregelung bedeutet eine Ausweitung der Leistungen. Statt bisher maximal 150 % an Leistungen aus ambulanter Sachleistung sowie Tages- und Nachtpflege können künftig 100 % ambulante Sachleistung und parallel 100 % Tages- und Nachtpflege in Anspruch genommen werden. Vereinfacht ausgedrückt sind also ab 2015 dann 200 % Leistungen statt 150 % Leistungen möglich. Dadurch wird die Nutzung der Tages- und Nachtpflege, die gerade für pflegende Angehörige eine wichtige Entlastung ist, in hohem Maße gestärkt.

C) Änderungsvorschläge

Keine.

Ausweitung der Kurzzeitpflege – § 42 SGB XI

Artikel 1, Nr. 12, Gesetzesbefehl S. 9 f., Begründung S. 28 f.

A) Beabsichtigte Neuregelungen

Die Leistungen der Kurzzeitpflege können durch Verknüpfung mit der Verhinderungspflege künftig bis zu acht Wochen statt bisher vier Wochen in Anspruch genommen werden. Der Leistungsbetrag der Verhinderungspflege kann zusätzlich für die Kurzzeitpflege genutzt werden, so dass dann gesetzlich verankert bis zu 3.224 Euro pro Jahr (statt 1.662 Euro) zur Verfügung stehen.

Außerdem ist vorgesehen, dass auch pflegebedürftige Behinderte über 25 Jahren die Kurzzeitpflege in Einrichtungen der Behindertenhilfe nutzen können.

B) Stellungnahme

Der bpa begrüßt die Neuregelungen. Sie werden – ebenso wie die beabsichtigten Veränderungen bei der Verhinderungspflege und der Tagespflege – dazu beitragen, die Situation von pflegenden Angehörigen deutlich zu verbessern. **Pflegebedürftige und ihre Angehörigen können künftig die Leistungen der Verhinderungspflege und der Kurzzeitpflege sehr flexibel miteinander kombinieren.** In der Verwaltungspraxis war es in Einzelfällen zwar auch jetzt schon möglich, für die Kurzzeitpflege die Leistungsbeträge der Verhinderungspflege einzusetzen. Allerdings gab es darauf keinen klaren Rechtsanspruch. Das ändert sich jetzt. Die Neuregelung orientiert sich an den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen und sorgt für die notwendige Klarstellung und Rechtssicherheit. Pflegebedürftige und deren Angehörige, für die die Kurzzeitpflege eine wichtige Entlastung ist, werden von den Leistungsausweitungen profitieren.

Der bpa begrüßt auch den Wegfall der Altersgrenze bei der Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege durch pflegebedürftige Behinderte in Einrichtungen der Behindertenhilfe. Die bisherige Altersgrenze von zunächst 18 und dann von 25 Jahren war willkürlich und nicht sachgerecht.

C) Änderungsvorschläge

Keine.

Leistungsbeträge stationäre Pflege – § 43 SGB XI

Der bpa weist darauf hin, dass künftig bei weitgehend vergleichbarer Gruppenversorgung unter den Bedingungen der ambulanten Versorgung i.d.R. erheblich höhere Leistungsbeträge als bei stationärer Versorgung beansprucht werden können. Der politisch offenbar angestrebte Struktureffekt wird aus Sicht der Leistungsberechtigten dazu führen, dass bei Gruppenversorgung ausschließlich im ambulanten Versorgungsrahmen bei entsprechender Kombination der Leistungsansprüche hohe und damit deutlich entlastende Leistungen aus der Pflegeversicherung und darüber hinaus aus der Krankenversicherung in Anspruch genommen werden können. Infrastruktureffekte zur Stärkung ambulanter Gruppenversorgung sind durchaus gewünscht, lassen aber gravierende Auswirkungen auf die stationäre Versorgung befürchten, da dort erheblich niedrigere Leistungsbeträge zur Verfügung stehen als bei der ambulanten Versorgung.

Um hier dem Unterstützungsbedarf der pflegebedürftigen Menschen und ihrer pflegenden Angehörigen dauerhaft gerecht werden zu können, ist eine entsprechende Anpassung der stationären Sachleistungsbeträge zu prüfen.

Stationäre Behandlungspflege – § 43 Abs. 2 SGB XI

Artikel 1, Nr. 13, Gesetzesbefehl S. 10, Begründung S. 29

A) Neuregelung

Im Gesetzentwurf werden die Leistungen für die stationäre Pflege dynamisiert; die Kosten der medizinischen Behandlungspflege sollen weiterhin von der Pflegeversicherung getragen werden.

B) Stellungnahme

Der bpa begrüßt, dass nach langen Jahren ohne Erhöhung der Sachleistungsbeträge mit der Reform endlich auch pflegebedürftige Heimbewohner berücksichtigt werden. Das ist ein wichtiges Signal sowohl an stationär versorgte Pflegebedürftige als auch an ihre Angehörigen und die Pflegekräfte.

Der bpa bedauert es, dass es der Gesetzgeber hinsichtlich der medizini-

schen Behandlungspflege Heimbewohner, aber auch für Gäste der teilstationären Einrichtungen bei der systemwidrigen Zuordnung zur Pflegeversicherung belässt. Die systematische Schlechterstellung der Heimbewohner bei der Krankenversicherung muss endgültig beendet werden. Gerade mit Blick auf die steigende Sozialhilfeabhängigkeit von Pflegebedürftigen (s. dazu auch die Anmerkungen zu § 30 SGB XI) ist die **Zuordnung der behandlungspflegerischen Leistungen zur Krankenversicherung erforderlich**. Dadurch würden die finanziellen Belastungen für Heimbewohner und Sozialhilfeträger sinken.

C) Änderungsvorschlag

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

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

Artikel 1, Nr. 14, Gesetzesbefehl S. 10, Begründung S. 29

A) Neuregelung

Im Gesetzentwurf werden die Aufwendungen, die die Pflegekasse für Pflegebedürftige in einer stationären Einrichtung der Behindertenhilfe übernimmt, im Rahmen der Dynamisierung von 256 Euro auf 266 Euro angehoben; die Kosten der medizinischen Behandlungspflege sollen weiterhin von der Pflegeversicherung getragen werden.

B) Stellungnahme

Der von der Pflegekasse zu tragende Pauschalbetrag für die Abgeltung von Pflegeleistungen für Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe ist seit Inkrafttreten der Vorschrift nahezu unverändert geblieben; seine Anpassung ist daher im Grundsatz zu begrüßen.

In der Begründung wird ausgeführt, dass mit der Erhöhung des Leistungsbetrages um 4 % keine Präjudizierung hinsichtlich etwaiger künftiger Reformen verknüpft ist. Der bpa begrüßt diesen Hinweis insoweit, als damit klargestellt ist, dass weiterhin auch eine regelgebundene Dynamisierung aller Leistungsbeträge möglich ist, für die sich der bpa einsetzt (s. dazu die Ausführungen zu § 30 SGB XI).

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

Seit Änderung des § 37 SGB V, mit welcher der Anspruch auf häusliche Krankenpflege über den Haushalt hinaus auf sonstige geeignete Orte ausgedehnt wurde, wird darüber gestritten, ob auch stationäre Behindertenhilfeeinrichtungen solche geeigneten Orte sind. Nachdem der überwiegende Teil der hierzu ergangenen Urteile dies bejaht, lehnen die Krankenkassen nunmehr unabhängig hiervon Anträge auf Leistungen der häuslichen Krankenpflege für pflegebedürftige Versicherte in stationären Behindertenhilfeeinrichtungen verstärkt mit dem Argument ab, dass mit dem Pauschalbetrag von 256 € auch jedwede behandlungspflegerische Leistung bereits abgegolten sei, da § 43 a SGB XI ohne Einschränkung auf

die in § 43 Abs. 2 SGB XI genannten Aufwendungen verweise.

Bereits im Jahr 2005 hatte das Bundessozialgericht (BSG) entschieden, die in § 43 Abs. 2 SGB XI normierte – zum damaligen Zeitpunkt noch als vorläufig vorgesehene – Übernahme von Leistungen der medizinischen Behandlungspflege durch die Pflegekasse gelte für die Einrichtungen der Behindertenhilfe nicht; deshalb seien Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich auch beim Aufenthalt in einer Einrichtung nach §§ 71 Abs. 4, 43 a SGB XI zu gewähren. Die pauschale Abgeltung der Pflegeleistungen nach § 43 a SGB XI stehe dem Anspruch eines krankenversicherten Pflegebedürftigen auf Leistungen der häuslichen Krankenpflege gemäß § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V nicht entgegen (B 3 KR 19/04 R). Durch die systemwidrige dauerhafte Verlagerung der Leistungen der Krankenversicherung in die Pflegeversicherung – zumal unter Beibehaltung des seit 1996 beinahe unveränderten Betrages – hat sich hieran nichts geändert. Gleichwohl verweigern die Krankenkassen den Versicherten mit Behinderung den Anspruch auf häusliche Krankenpflege unter Berufung auf die pauschale Abgeltung nach § 43 a SGB XI ohne Berücksichtigung der grundlegend anders ausgerichteten fachlichen Konzeption der Einrichtungen der Behindertenhilfe. Zur Vermeidung weiterer langjähriger Rechtsstreitigkeiten auf dem Rücken der betroffenen Versicherten und Einrichtungen ist hier dringend eine Klarstellung geboten.

C) Änderungsvorschlag

§ 43 a SGB XI wird wie folgt gefasst:

Für Pflegebedürftige in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen, in der die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung behinderter Menschen im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen (§ 71 Abs. 4), übernimmt die Pflegekasse zur Abgeltung der in § 43 Abs. 2 genannten pflegebedingten Aufwendungen und Aufwendungen der sozialen Betreuung zehn vom Hundert des nach § 75 Abs. 3 des Zwölften Buches vereinbarten Heimentgelts. Die Aufwendungen der Pflegekasse dürfen im Einzelfall je Kalendermonat 256-266 Euro nicht überschreiten. Wird für die Tage, an denen die pflegebedürftigen Behinderten zu Hause gepflegt und betreut werden, anteiliges Pflegegeld beansprucht, gelten die Tage der An- und Abreise als volle Tage der häuslichen Pflege.

Einführung zusätzlicher Entlastungsleistungen – § 45 b Abs. 1 Satz 1 SGB XI

Artikel 1, Nr. 17, Gesetzesbefehl S. 10 f., Begründung S. 29 ff.

A) Beabsichtigte Neuregelungen

Zusätzlich zu den bisher bereits bestehenden Betreuungsleistungen werden neu jetzt auch Entlastungsleistungen eingeführt.

B) Stellungnahme

Die Einführung der **zusätzlichen Entlastungsleistungen** wird grundsätzlich begrüßt. Laut Gesetzesbegründung zielen diese auf die Unterstützung im Haushalt, auf die Bewältigung des Alltags oder die Organisation individueller Hilfe. Dadurch wird das Spektrum der Leistungen im Rahmen der Pflegeversicherung erweitert. Das ist sachgerecht und ermöglicht eine weiter gehende Unterstützung von Pflegebedürftigen in ihrer Häuslichkeit als bisher.

C) Änderungsvorschläge

Keine.

Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen auch für somatisch beeinträchtigte Pflegebedürftige – § 45 b Abs. 1 a SGB XI

Artikel 1, Nr. 17 c), Gesetzesbefehl S. 10, Begründung S. 30 f.

A) Beabsichtigte Neuregelungen

Alle ambulant versorgten Pflegebedürftigen, auch solche ohne erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz, sollen künftig Betreuungs- und Entlastungsleistungen im Umfang von 104 Euro im Monat erhalten können.

B) Stellungnahme

Der bpa begrüßt, dass alle ambulant versorgten Pflegebedürftigen – auch solche ohne erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz – künftig **Betreuungs- und Entlastungsleistungen im Umfang von 104 Euro** im Monat erhalten können. Bisher konnten nur Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz solche Betreuungsleistungen in Anspruch nehmen. Jetzt profitieren auch Menschen mit somatischen Beeinträchtigungen davon. Diese Gleichbehandlung ist richtig, insbesondere vor dem Hintergrund, dass diese Leistungen nach § 45 b SGB XI nicht mehr nur die Betreuung umfassen, sondern auch die Entlastung. Wer pflegebedürftig ist, braucht Unterstützung im Haushalt, bei der Bewältigung des Alltags oder bei der Organisation individueller Hilfe – das gilt für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz ebenso wie für Menschen mit somatischen Einschränkungen. Das anerkennt der Gesetzgeber mit dieser Regelung. Pflegebedürftige erhalten mehr Unterstützungsmöglichkeiten und ihre Angehörigen können dadurch weitergehender entlastet werden.

C) Änderungsvorschläge

Keine.

Einsatz von bis zu 50 % der ambulanten Sachleistungsbeträge für niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsleistungen – § 45 b Abs. 3 SGB XI

Artikel 1, Nr. 17 e), Gesetzesbefehl S. 11, Begründung S. 31 ff.

A) Beabsichtigte Neuregelungen

Pflegebedürftige sollen 50 % des ambulanten Sachleistungsbetrags für niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote nach § 45 b Abs. 3 SGB XI einsetzen können.

B) Stellungnahme

Um welche Leistungen geht es dabei?

Diese Regelung bezieht sich auf die Sachleistungen, die bisher zugelassenen und qualitätskontrollierten Pflegediensten vorbehalten sind. Das Budget für diese Sachleistungen kann künftig halbiert werden. Der Pflegebedürftige hat dann z.B. in der Pflegestufe I statt 468 Euro nur noch 234 Euro zur Verfügung, um Leistungen der Grundpflege (Waschen, Anziehen, Hilfe bei der Nahrungsaufnahme usw.) beim Pflegedienst einzukaufen. Die Betreuungs- und Entlastungsleistungen werden von z.B. Alltagsbegleitern erbracht, für die nicht die gleichen Qualitätsanforderungen gelten wie für Pflegedienste. Sind die Alltagsbegleiter einmal anerkannt, wird deren Qualität nicht laufend überprüft.

Damit für die Entlastungsleistungen bundesweit die gleichen Anforderungen gelten und um unterschiedliche Qualitätsniveaus in den Bundesländern zu vermeiden, sollte der Bundesgesetzgeber – wie auch für die Einzelpflegekräfte gem. § 77 SGB XI – entsprechende Anforderungen im SGB XI verankern. Damit würde auf Bundesebene ein Regelungsrahmen vorgegeben, um ein einheitliches Qualitätsniveau in den Bundesländern zu ebnet. Denn der Pflegebedürftige muss sich darauf verlassen können, dass für alle Leistungserbringer die gleichen Anforderungen hinsichtlich Qualität und Zulassung gelten. Nur eine bundeseinheitliche Vorgabe sichert die notwendige Verbraucherorientierung, Wettbewerbsgleichheit und Qualität.

Wichtig:

Es geht nicht um Betreuungs- und Entlastungsleistungen, die von Ehrenamtlichen erbracht werden!

Wie erhält der Pflegebedürftige die Entlastungsleistungen?

Die Leistungen müssen vom Pflegebedürftigen bei der Pflegekasse in einem aufwändigen Verfahren beantragt werden. Die Pflegekasse rechnet zunächst die Sachleistungen mit dem Pflegedienst ab und teilt dann dem Pflegebedürftigen mit, wie viel Geld noch für die Entlastungsleistungen übrig ist und für Entlastungsleistungen eingesetzt werden kann. Wenn die Entlastungsleistungen erbracht sind, muss der Pflegebedürftige zunächst die Rechnung des Alltagsbegleiters bezahlen. Diese Rechnung reicht er bei der Pflegekasse ein, die sie prüft und den Betrag dann erstattet.

Bewertung:

Die Möglichkeit, 50 % der ambulanten Sachleistungsbeträge für niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote einzusetzen, lehnt der der bpa aufs Entschiedenste ab und fordert die Streichung dieser Regelung.

Die Gründe hierfür sind:

- 1. Keine Qualitätskontrollen**
- 2. Keine klare Abgrenzung der Leistungen**
- 3. Höheres Budget für Entlastungsleistungen als für Sachleistungen der Pflegedienste**
- 4. Förderung von prekären Beschäftigungsverhältnisse und Schwarzarbeit**
- 5. Kein Mindestlohn**
- 6. Höhere Ausgaben als vorgesehen**
- 7. Mehr Bürokratie**

Zu 1.) Keine Qualitätskontrollen:

Die Qualität der Leistungen wird nicht einheitlich festgelegt und kon-

trolliert und ist daher nicht gesichert – anders als bei zugelassenen ambulanten Pflegediensten. Damit besteht die Gefahr von Substandards und Billig-Pflege.

- Die Landesregierungen dürfen zwar durch Rechtsverordnung die Anerkennung der Entlastungsangebote bestimmen. Das bedeutet aber, dass in allen Bundesländern unterschiedliche Anforderungen für die Entlastungsleistungen gelten werden, sofern entsprechende Verordnungen erlassen werden. Der Bundesgesetzgeber treibt damit die Föderalisierung der Pflege weiter voran. Mit den Entlastungsangeboten wird es einen weiteren rechtlichen „Flickenteppich“ an Anforderungen geben.
- Die Länder regeln nur die Anforderungen an die Entlastungsleistungen, aber nicht deren regelmäßige Kontrolle. Anbieter, die einmal anerkannt sind, werden nicht laufend kontrolliert.
- Wer Entlastungsleistungen nutzt, muss den Beratungsbesuch durch Pflegedienste nach § 37 Abs. 3 SGB XI abrufen. Laut Gesetzesbegründung geht es bei diesen Besuchen aber nur um die „Hilfestellung ... und ... Unterstützung ... zur Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege“ für die häuslich Pflegenden. Es geht nicht darum, dass die Qualität der Leistungserbringung durch die Anbieter niedrigschwelliger Entlastungsangebote kontrolliert wird.
- Selbst wenn man zugrunde legt, dass die Alltagsbegleiter im Rahmen der niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebote schwerpunktmäßig Unterstützung bei der hauswirtschaftlichen Versorgung anbieten, werden sie dieses ohne entsprechendes Qualitätsmanagement tun. Bei den Pflegediensten ist dieses systematisch anders. Dort wird selbstverständlich auch die hauswirtschaftliche Versorgung qualitätsgesichert erbracht. Die hauswirtschaftliche Versorgung ist Teil des Qualitätsmanagements und wird auch überprüft. Deswegen muss sich der Gesetzgeber hier im Klaren sein, ob für die gleichen Leistungen im SGB XI bewusst unterschiedliche Standards eingeführt werden sollen.

Zu 2.) Keine klare Abgrenzung der Leistungen:

In der Praxis werden die Agenturen und Alltagsbegleiter nicht nur Entlastungsleistungen erbringen, sondern es ist anzunehmen, dass sie z.B. den Pflegebedürftigen auch waschen, wenn diese darum bitten, obwohl das Waschen eine Leistung der Grundpflege ist.

Eine ähnliche Situation besteht bereits bei den „Haushaltshilfen“ in Haus-

halten mit Pflegebedürftigen: Auch hier geht es eigentlich um eine Entlastung nur im hauswirtschaftlichen Bereich. Aber die Kräfte, die in der Regel für drei Monate 24 Stunden am Tag im Haushalt des Pflegebedürftigen arbeiten und wohnen, erbringen erfahrungsgemäß auch pflegerische Leistungen. Dieses belegen auch Untersuchungen des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung: in 73,2 % der Fälle übernahmen die Haushaltshilfen die Zubereitung von Mahlzeiten, in 44,4 % das An- und Auskleiden, das Baden, Waschen und Duschen und in 43,6 % die weitere Körperpflege (Andrea von der Malsburg / Michael Isfort: Haushaltsnahe Dienstleistungen durch Migrantinnen in Familien mit Pflegebedürftigkeit. 24 Stunden verfügbar – Private Pflege in Deutschland. In: WISO direkt. Analysen zur Wirtschafts- und Sozialpolitik, Ausgabe Juni 2014, hrsg. v. der Friedrich-Ebert-Stiftung).

Zu 3.) Höheres Budget für Entlastungsleistungen als für Sachleistungen der Pflegedienste:

Durch das Gesetz gibt es für Entlastungsleistungen ein erheblich größeres Budget als für die klassische ambulante Sachleistung durch Pflegedienste (bedingt durch die Verknüpfung mit der Kurzzeit- und Verhinderungspflege). Dadurch entsteht eine Sogwirkung von der ambulanten Pflege hin zu den Entlastungsleistungen. Dieses führt zu einer Deprofessionalisierung und gefährdet die ambulante Pflege. Angesichts der demografischen Entwicklung muss die ambulante aber gestärkt und darf nicht ausgehöhlt werden.

Wie groß das Budget für die Entlastungsleistungen sein kann, soll an dem folgenden Beispiel erläutert werden:

Ein Pflegebedürftiger der Pflegestufe I ohne eingeschränkte Alltagskompetenz kann bei Ausschöpfung aller Leistungen für Entlastungsleistungen durch Alltagsbegleiter monatlich 866,50 Euro zum Einkauf von Leistungen zur Verfügung, aber nur noch 234 Euro für Sachleistungen vom Pflegedienst. Bei einem Pflegebedürftigen der Pflegestufe II mit eingeschränkter Alltagskompetenz stehen für Betreuungsleistungen monatlich 1.536 Euro, aber für die Sachleistungen durch Pflegedienste nur 649 Euro zur Verfügung. Diese beiden Beispiele werden im Anhang I erläutert (s. Seite 56).

Der Gesetzgeber lenkt auf diese Weise einen Großteil des Budgets für ambulante Pflege in die Entlastungsleistungen. Hinzu kommt: Die Alltagsbegleiter und Haushaltsagenturen, die die Entlastungsleistungen erbringen, müssen nicht im Entferntesten die gleichen Anforderungen erfüllen wie die Pflegedienste. Pflegedienste sehen sich dadurch einer massiven Wettbewerbsverzerrung und Ungleichbehandlung ausgesetzt. Alle Prinzipien, die bisher für das SGB XI bei der Leistungserbringung galten, werden gelten bei den Entlastungsleistungen nicht: Keine Zulassung, kein

Versorgungsvertrag, keine Qualitätskontrollen, kein Mindestlohn, keine sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten, kein Pflegevertrag, usw. Aber der Gesetzgeber verabschiedet sich nicht grundsätzlich von diesen Anforderungen, sondern er bevorzugt nur einseitig die Alltagsbegleiter und Haushaltsagenturen, indem er ihnen den Großteil des ambulanten Budgets zubilligt und sie zugleich nur minimal reglementiert. Der Gesetzgeber muss sich im Klaren sein, dass er das System der häuslichen Versorgung durch zugelassene ambulante Pflegedienste damit gefährdet und gezielt Anreize für ein Subsystem und prekäre Beschäftigungsverhältnisse schafft.

Zu 4.) Förderung von prekären Beschäftigungsverhältnisse und Schwarzarbeit:

Die Entlastungsleistungen begünstigen prekäre Beschäftigungsverhältnisse und Schwarzarbeit.

Schon jetzt agieren Agenturen, die sog. Haushaltshilfen für Haushalte mit Pflegebedürftigen anbieten, zumindest im rechtlichen Graubereich. Schwarzarbeit ist dabei keine Seltenheit. Durch die Neuregelung besteht die Gefahr, dass die Entlastungsleistungen durch Kräfte erbracht werden, die nicht sozialversicherungspflichtig beschäftigt werden.

Viele Agenturen und Einzelpersonen werden als Dienstleister die Möglichkeit der Erbringung von Erstattungsleistungen nutzen, um sich als Leistungserbringer im Rahmen der Pflegeversicherung zu positionieren und so legale Angebote unterbreiten zu können. Die Schwarzarbeit aber wird nach Einschätzung des bpa aufgrund der Neuregelung nicht reduziert, sondern aufgrund zusätzlicher legalisierter Leistungserbringer weiter zunehmen. Daran ändert auch der Hinweis in der Begründung nichts, dass die Agenturen „eine legale und sozialversicherungsrechtlich einwandfreie Beschäftigung“ zu gewährleisten haben. Denn die Umsetzung dessen wird – anders als bei den Pflegediensten – weder als Eingangsvoraussetzung verlangt noch geprüft. Die Agenturen müssen „eigenständig für die Einhaltung aller geltenden Vorschriften sorgen“, so die Gesetzesbegründung. Die neue Erstattungsleistung bildet dadurch einen besonderen Anreiz für Schwarzarbeiter oder Scheinselbstständige in Pflegehaushalten, die zu Hunderttausenden im Land bestehen. Insbesondere die osteuropäischen Vermittlungsagenturen mit ihren prekären Beschäftigungsverhältnissen werden von diesen zusätzlichen Leistungen profitieren und ihr Geschäftsmodell hierauf ausrichten. Der Scheinselbstständigkeit sowie die Schwarzarbeit und insbesondere auch prekäre Beschäftigungen werden offensichtlich bewusst in Kauf genommen.

Zu 5.) Kein Mindestlohn:

Es nicht sichergestellt, dass die Kräfte, die Entlastungsleistungen erbringen, den allgemeinen oder den Pflege-Mindestlohn erhalten.

Ab 1. Oktober 2015 gilt der Pflegemindestlohn auch für Betreuungskräfte, Alltagsbegleiter und Assistenzkräfte. Damit scheint es zunächst so, als ob auch die Kräfte, die die niedrighschwelligen Betreuungs- und Entlastungsleistungen erbringen, den Pflegemindestlohn erhalten. Das ist allerdings keineswegs gesichert. Denn aufgrund der geschilderten Anreize ist davon auszugehen, dass die Entlastungsleistungen entweder in Form von Schwarzarbeit oder durch (Schein-) Selbständige erbracht werden, wie es heute bereits häufig bei den ausländischen „Haushaltshilfen“ in Haushalten mit Pflegebedürftigen der Fall ist. In beiden Fällen erhalten die Kräfte weder den ab 1. Januar 2015 gültigen allgemeinen Mindestlohn noch den Pflegemindestlohn. Das, was die Wissenschaftler Michael Isfort und Andrea von Malsburg für die ausländischen Haushaltshilfen in Familien mit Pflegebedürftigen fordern, muss auch für die Kräfte gelten, die Entlastungsleistungen erbringen: „Eine faire Bezahlung für die Arbeit sowie die Einhaltung von Arbeits- und Ruhezeiten müssen nicht nur gefordert, sondern auch überprüft werden“ (Andrea von der Malsburg / Michael Isfort: Haushaltsnahe Dienstleistungen durch Migrantinnen in Familien mit Pflegebedürftigkeit. 24 Stunden verfügbar – Private Pflege in Deutschland. In: WISO direkt. Analysen zur Wirtschafts- und Sozialpolitik, Ausgabe Juni 2014, hrsg. v. der Friedrich-Ebert-Stiftung).

Zu 6.) Höhere Ausgaben als vorgesehen:

Der Gesetzentwurf plant lediglich Mehrausgaben in Höhe von 90 Millionen Euro pro Jahr ein. Dahinter steht die Annahme, dass lediglich 2 % der Pflegegeldempfänger die neue Leistung in Anspruch nehmen. Nach Berechnungen des Instituts der Deutschen Wirtschaft Köln ergeben sich aber Kosten von etwa 1,4 Milliarden Euro pro Jahr, wenn 50 % der Pflegegeldempfänger die Entlastungsleistungen nutzen.

Der Gesetzgeber begründet seine Annahme nicht, warum nur 2 % der Pflegebedürftigen die Entlastungsleistungen in Anspruch nehmen. Warum 2 % und warum nicht 1 %, 5 %, 10 % oder 50 %? Es gibt keine Erfahrungswerte, auf die sich diese Annahme stützen kann. Vielmehr unterstellt der Gesetzgeber bei anderen neuen Leistungen, dass zunächst 50 % der Berechtigten diese in Anspruch nehmen (so bei der Gewährung der 104 Euro pro Monat für Pflegebedürftige ohne eingeschränkte Alltagskompetenz und bei der Leistungsflexibilisierung der Verhinderungspflege; s.

Bundestags-Drucksache 18/1798, S. 19). Deswegen ist davon auszugehen, dass die Kosten für die Entlastungsleistungen die einkalkulierten 90 Millionen Euro bei Weitem übersteigen werden. Davon geht auch das Institut der deutschen Wirtschaft Köln aus, das in seiner Untersuchung zu den finanziellen Auswirkungen der Entlastungsleistungen zu folgendem Fazit kommt:

„Die maximal möglichen Ausgabeneffekte, die sich für die soziale Pflegeversicherung aus der Ergänzung des § 45 b um eine neue Kombinationsleistung mit Betreuungs- und Entlastungsangeboten ergeben, liegen weit über den vom BMG ausgewiesenen Zusatzkosten von 90 Millionen Euro. Die Annahmen, die der BMG-Schätzung zugrunde liegen, werden nicht ausgewiesen. Selbst wenn nur 50 Prozent des berechtigten Personenkreises die neue Kombinationsleistung nutzen würden – eine Annahme, die im Referentenentwurf bezüglich anderer Maßnahmen getroffen wird – ergäbe sich immer noch ein fünfzehnfach höherer Finanzierungsaufwand. Warum jedoch weit weniger als die Hälfte der Berechtigten die neue Kombinationsleistung nutzen sollten, ist nicht nachvollziehbar. Denn für die bisherigen Pflegegeldempfänger ergeben sich eindeutige finanzielle Anreize durch die neue Kombinationsleistung. Klarstellung und Diskussion sind vonnöten, denn dem hier exemplarisch dargestellten Finanzierungsaufwand entspräche derzeit ein Beitragsaufkommen von umgerechnet etwas mehr als einem zusätzlichen Zehntelpunkt Beitragssatz. Mit anderen Worten: Die im Referentenentwurf eingestellte Beitragssatzanpassung von 2,05 auf 2,35 Prozent zum 1.1.2015 wäre in diesem Fall zu gering bemessen.“

Quelle: Institut der deutschen Wirtschaft Köln, Kostenerstattung für niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote im Rahmen des Sachleistungsbudgets. Eine Modellrechnung zur Schätzung maximaler Ausgabeneffekte. Kurzgutachten für den bpa von Jochen Pimpertz / Susanna Kochskämper, Juni 2014

Das vollständige Gutachten ist dieser Stellungnahme als Anlage 2 (s. Seite 58) beigefügt.

Zu 7.) Mehr Bürokratie:

Die bisher einheitliche ambulante Pflegesachleistung wird aufgeteilt in die Sachleistung und in die Entlastungsleistung. Die Entlastungsleistungen werden im Rahmen der Kostenerstattung abgewickelt. Das bedeutet für die Pflegekassen zusätzlichen Aufwand bei der Information der Versicherten und insbesondere auch bei der Vergütung.

Darauf weist auch der GKV-Spitzenverband in seiner Stellungnahme hin:

„Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass insbesondere bei einer gleichzeitigen Inanspruchnahme von Sachleistungen nach § 36 SGB XI einerseits und von Betreuungs- und Entlastungsleistungen mit Kostenerstattung im Rahmen des Sachleistungsbudgets andererseits ein wesentlich erhöhter Verwaltungs- und Beratungsaufwand entsteht.“

ZUSAMMENFASSUNG

Der bpa befürchtet, dass es durch eine Übertragung der Sachleistungen auf die niedrighschwelligten Betreuungs- und Entlastungsangebote, die durch Agenturen erbracht werden sollen, künftig zu einer Billig-Pflege kommt, für die weder die strengen Qualitätsanforderungen der §§ 112 ff. SGB XI gelten noch die besonderen Zulassungskriterien gem. §§ 71 ff. SGB XI. Der bpa appelliert mit allem Nachdruck an den Gesetzgeber, diese Entwicklung zu stoppen!

- Es darf bei der Pflege weder um Deprofessionalisierung noch um Wettbewerbsverzerrung zugunsten von Billiganbietern gehen.
- Es darf nicht sein, dass die Qualitätssicherung in der Pflege davon abhängt, wer die Leistung erbringt.
- Es darf keine Ungleichbehandlung der Leistungserbringer geben, bei der Agenturen, die niedrighschwellige Betreuungs- und Entlastungsleistungen erbringen, fast keine Auflagen erfüllen müssen, während zugelassene ambulante Pflegedienste stark reglementiert und scharf kontrolliert werden.
- Wer Schwarzarbeit und prekäre Beschäftigung verhindern will und qualitätsgesicherte Pflege, Betreuungs- und Entlastungsleistungen erbringen lassen will, muss das Potential der Pflegedienste, nutzen. Es bedarf keiner neuen Leistungserbringer dafür.

C) Änderungsvorschläge

Der bpa fordert, § 45 b Abs. 3 SGB XI (n.F.) zu streichen.

Niedrigschwellige Entlastungsangebote – § 45 c Abs. 3 a SGB XI

Artikel 1, Nr. 18 e), Gesetzesbefehl S. 12, Begründung S. 34 ff.

A) Beabsichtigte Neuregelung

Als grundsätzlich förderungsfähige niedrigschwellige Entlastungsangebote werden insbesondere Serviceangebote für haushaltsnahe Dienstleistungen, Alltagsbegleiter sowie Pflegebegleiter festgelegt.

B) Stellungnahme

Zu der grundsätzlichen Kritik des bpa an den hier genannten Agenturen wird auf die Ausführungen oben zum Einsatz von bis zu 50 % der ambulanten Sachleistungsbeträge für niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsleistungen gem. § 45 b Abs. 3 SGB XI verwiesen.

C) Änderungsvorschläge

Bei der vorliegenden Regelung bedarf es Änderungen, um Schwarzarbeit und Dumpinglöhne zu verhindern und ein Mindestmaß an Qualität zu gewährleisten. Dabei muss sichergestellt werden, dass die Serviceangebote ein Qualitätsmanagement entsprechend § 112 SGB XI einrichten, regelmäßig extern kontrolliert werden, nur sozialversicherungspflichtige Beschäftigte einsetzen und einen Vertrag mit den Pflegebedürftigen entsprechend § 120 SGB XI abschließen.

Beitragssatzerhöhung – § 55 SGB XI

Artikel 1, Nr. 21, Gesetzesbefehl S. 12, Begründung S. 39

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Beitragssatz für die soziale Pflegeversicherung soll zum 01.01.2015 um 0,2 % steigen.

B) Stellungnahme

Eine Anhebung des Beitragssatzes wird vom bpa begrüßt, da sich nur so die Dynamisierung und die Leistungsverbesserungen finanzieren lassen. Angesichts der zu erwartenden Entwicklung und der in der Vergangenheit ausgebliebenen Dynamisierung wäre auch eine noch höhere Beitragssatzsteigerung gut zu begründen, denn die Pflegeversicherung steht vor großen Herausforderungen, die nur auf einer gesicherten finanziellen Grundlage bewältigt werden können und die auf keinen Fall aus den Rücklagen bestritten werden dürfen:

- Die Anzahl der Pflegebedürftigen wird in den nächsten Jahren weiter steigen. Nach Angaben des Bundesgesundheitsministeriums steigt die Zahl der Pflegebedürftigen zwischen den Jahren 2010 und 2020 um 400.000 Menschen (+16,5 %).
- Um eine schleichende Entwertung der Pflegeleistungen zu verhindern, ist eine regelgebundene Dynamisierung der Leistungen notwendig, die aber bisher nicht eingeplant ist.
- Bei Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs muss es einen dauerhaften Bestandsschutz für die bisher eingestufteten Pflegebedürftigen und die bisherigen Leistungen gem. § 45 b und § 87 b SGB XI auf Grundlage einer Einstufung nach § 45 a SGB XI geben. Zudem werden mehr Menschen als bisher Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen können.

Der hieraus resultierende Finanzierungsbedarf in der Pflegeversicherung ist nicht durch die im 1. Pflegestärkungsgesetz vorgesehene Beitragssatzerhöhung gedeckt. Der bpa bedauert es, dass sich Regierungskoalition nicht auf den erforderlichen größeren Finanzierungsrahmen hat verständigen können. Dieses wäre ein wichtiges Signal an die Pflegebedürftigen, die Angehörigen, die Pflegekräfte und die Einrichtungen gewesen. Denn es steht fest: Der laufende Finanzbedarf der Pflegeversicherung wird in den nächsten Jahren weiter steigen.

Investitionskosten – § 82 SGB XI

– neu – Artikel 1, Nr. 24 a

Nach den Urteilen des Bundessozialgerichts (BSG) vom 09.08.2011 (Aktenzeichen B 3 P 4/10 R; B 3 P 2/11 R; B 3 P 3/11 R; B 3 P 6/10 R) erfolgte eine vom bpa ausdrücklich unterstützte gesetzliche Klarstellung, um auch künftig eine gerechte Lastenverteilung unter den Pflegebedürftigen, einen fairen Wettbewerb unter den Pflegeeinrichtungen und die Versorgungssicherheit in der Pflege zu wahren.

Offenbar reicht diese gesetzliche Klarstellung nicht aus, da mittlerweile in einzelnen Bundesländern diskutiert wird, ein durch Tilgung bewirktes Anwachsen des Eigenkapitals nicht bei der Ermittlung der betriebsnotwendigen Investitionsbeträge zu berücksichtigen. Gegen jede wirtschaftliche Vernunft wird darüber hinaus versucht, diesen Ansatz auf Pachteinrichtungen zu übertragen.

Insofern regt der bpa dringend eine intensive Prüfung und Klarstellung an, welche auch einen Verzicht auf weitgehende bürokratische Anforderungen umfasst.

Entbürokratisierung der Vergütungsfindung – §§ 84, 85 und 89 SGB XI

– neu – Artikel 1, Nr. 24 b und 26 a, §§ 84 Abs. 2 Satz 4 und § 89 Abs. 1 Satz 3 SGB XI

A) Vorschlag des bpa für eine Neuregelung

Aus Sicht des bpa sollte im Rahmen der anstehenden SGB XI-Reform die Gelegenheit nicht ungenutzt verstreichen, die Vergütungsfindung in der Pflegeversicherung deutlich zu entbürokratisieren. Die mit dem PNG in den §§ 84 und 89 SGB XI vorgenommenen Neuregelungen sind jedoch nicht geeignet, den infolge der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts aus dem Jahr 2009 aufgetretenen Schwierigkeiten bei Vergütungsverhandlungen hinreichend wirksam zu begegnen und den Wettbewerb zu fördern.

Die Sicherstellung der Versorgung pflegebedürftiger Menschen auch in Zukunft bedarf nicht der Rückkehr zum Selbstkostendeckungsprinzip, sondern des Erhalts der Wettbewerbsfähigkeit der Pflegeeinrichtungen durch leistungsgerechte Vergütung. Diese ist nicht damit zu erreichen, dass Lohnkosten, die im Rahmen der Pflegevergütung den größten Ausgabenblock darstellen, lediglich zum „durchlaufenden Posten“ werden. Nicht die „Zahlung von Tariflöhnen“, sondern bereits die Kalkulation aufgrund von tarifvertraglichen oder tarifvertragsähnlichen Regelungen muss ausdrücklich als wirtschaftlich angemessen anerkannt werden. Sicherzustellen ist, dass jeder ambulanten und stationären Einrichtung ein Budget ermöglicht wird, mit dem sie auch bei der Gewinnung von Fachpersonal wettbewerbsfähig bleiben kann.

Die Vergütungsfindung soll seit den Entscheidungen des BSG vom 29.01.2009 über ein aufwändiges, mehrstufiges Verfahren erfolgen, das im Ergebnis mit einer Rückkehr zum Selbstkostendeckungsprinzip verbunden ist und dem marktorientierten Versorgungskonzept des SGB XI widerspricht. Dies wird mit den im Gesetzentwurf vorgesehenen Ergänzungen der §§ 84 Abs. 2 und 89 Abs. 1 zulasten der Wettbewerbsfähigkeit der Pflegeeinrichtungen zusätzlich befördert.

Der bpa hat deshalb die nachfolgenden Vorschläge entwickelt, die die Vergütungsfindung wesentlich entbürokratisieren und gleichzeitig die Leistungsgerechtigkeit der Vergütung ermöglichen können.

B) Änderungsvorschläge

Zu § 84

- a) Orientierung an durchschnittlichen Entgelten der Vergleichsgruppe

Das BSG unterstellt, dass Pflegesatz- und Entgeltforderungen im unteren Drittel der vergleichsweise ermittelten Pflegesätze/Entgelte als ohne weiteres wirtschaftlich gelten, während bei höheren Vergütungsforderungen zunächst einmal Unwirtschaftlichkeit vermutet wird, die die Einrichtung zu Rechtfertigungen und Nachweisen zwingt.

Die obere Grenze des unteren Drittels ist jedoch eine mehr oder minder zufällige Größe. Ob eine Einrichtung mit ihren Vergütungsforderungen als zunächst per se wirtschaftlich oder unwirtschaftlich gilt, ist abhängig von den Gegebenheiten der günstigsten Einrichtung. Ein „Ausreißer“ nach unten, der unter einem betriebswirtschaftlichen Blickwinkel wohl eher die Vermutung einer unwirtschaftlichen Betriebsführung nahe legen würde, ist ausschlaggebend für die Drittelgrenze, deren Überschreitung im Zweifel zu einer Pflicht der Pflegeeinrichtungen zur Offenbarung von Betriebsheimnissen führt.

Das BSG entnimmt die „Drittelgrenze“ einem Rechtsgedanken aus § 35 Abs. 5 Satz 4 SGB V, nach dem der Festbetrag für Arzneimittel in einer der Festbetragsgruppen nach § 35 Abs. 1 SGB V „den höchsten Abgabepreis des unteren Drittels des Intervalls zwischen dem niedrigsten und dem höchsten Preis einer Standardpackung nicht übersteigen“ soll. Die Beurteilung von Pflegesatzforderungen ist jedoch in Interessenlage und Systematik mit der Festbetragsregelung für Arzneimittel nicht vergleichbar. Die Pflegesatzvereinbarungen sind seit Einführung der Pflegeversicherung Gegenstand interessenausgleichender Vereinbarungen zwischen Pflegeeinrichtungen und Kostenträgern als Sachwaltern der Versicherteninteressen gewesen und nicht - wie auf dem Arzneimittelmarkt - von den jeweiligen Arzneimittelherstellern frei festgesetzte Preise. Das „Vollkaskoprinzip“ im SGB V hielt Versicherte mangels eigener Kostenbelastung grundsätzlich nicht zu einem wirtschaftlichen Verhalten in dem Sinne an, dass ein möglichst kostengünstiges Arzneimittel gewählt wird. Dass in diesem Bereich mit einer Drittelregelung bei Festbeträgen einer unbeschränkten Kostenentwicklung nach oben Einhalt geboten werden musste, ist nachvollziehbar, jedoch nicht zu vergleichen mit der Ausgangslage im Bereich der Pflegeversicherung. Diese „Teilkaskoversicherung“ führt stets zu Eigenbelastungen der Pflegebedürftigen, die schon vor diesem Hintergrund den Preis zu einem Kriterium bei der Auswahl der Pflegeeinrichtung machen. Letztendlich liegt für die Vergütungsfindung im SGB XI der Vergleich mit dem Recht der Wirtschaftlichkeitsprüfung der Ärzte, bei dem es auf eine Durchschnittsbetrachtung ankommt, wesentlich näher.

b) Entlastung von unnötigem Verwaltungsaufwand bei Vergütungsvereinbarungen

Die zwar als Bestandteil der Vergütungsvereinbarung, jedoch gleichwohl ausdrückliche Festlegung der wesentlichen Leistungs- und Qualitätsmerkmale der Einrichtung ist angesichts der üblichen entsprechenden rahmenvertraglichen Festlegungen für Einrichtungen ohne besonderen Versorgungsauftrag verzichtbar und lediglich bei Spezialeinrichtungen, deren Merkmale von den Festlegungen des Rahmenvertrages abweichen, erforderlich. Eine entsprechende Ergänzung des Absatzes 5 soll die Einrichtungen von unnötigem Verwaltungsaufwand entlasten.

c) Vergütungszuschläge für Härtefälle

In § 84 Abs. 2 S. 2 SGB XI ist klargelegt, dass neben der Vereinbarung der Pflegesätze für die Pflegeklassen 1 bis 3 auch die Vereinbarung eines Pflegesatzes für Härtefälle möglich ist. Härtefälle zeichnen sich durch einen außergewöhnlich hohen und intensiven Pflegeaufwand aus, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt. Die Vereinbarung von Vergütungszuschlägen für solche Härtefälle ist bisher als „Kann-Regelung“ gestaltet; um Diskussionen über eine Verpflichtung der Kostenträger zur Finanzierung härtefallbedingter Mehrleistungen der Einrichtungen und gleichzeitigen Entlastung der betroffenen Pflegebedürftigen in Zukunft zu vermeiden, ist die Regelung des § 84 Abs. 2 S. 2 2. Hs. SGB XI aus Sicht des bpa zukünftig als „Muss-Regelung“ zu gestalten.

Änderungsvorschlag zu § 84

Der bpa schlägt eine Änderung der Absätze 2 und 5 vor; aufgrund der Geltung der Grundsätze der Vergütungsfindung für den stationären Bereich auch im ambulanten Bereich ist § 89 Absatz 3 Satz 4 entsprechend anzupassen (siehe dort).

(1) unverändert

(2) ¹Die Pflegesätze müssen leistungsgerecht sein. ²Sie sind nach dem Versorgungsaufwand, den der Pflegebedürftige nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit benötigt, in drei Pflegeklassen einzuteilen; für Pflegebedürftige, die als Härtefall anerkannt sind, werden können Zuschläge zum Pflegesatz der Pflegeklasse 3 zumindest bis zur Höhe des

kalendertäglichen Unterschiedsbetrages vereinbart werden, der sich aus § 43 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 und 4 ergibt. ³Bei der Zuordnung der Pflegebedürftigen zu den Pflegeklassen sind die Pflegestufen gemäß § 15 zugrunde zu legen, soweit nicht nach der gemeinsamen Beurteilung des Medizinischen Dienstes und der Pflegeleitung des Pflegeheims die Zuordnung zu einer anderen Pflegeklasse notwendig oder ausreichend ist. ⁴Die Pflegesätze müssen einem Pflegeheim bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, ~~seine Aufwendungen zu finanzieren und seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen.~~ ⁵Überschüsse verbleiben dem Pflegeheim; Verluste sind von ihm zu tragen. ⁶Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität ist zu beachten. ⁷~~Bei der Bemessung der Pflegesätze einer Pflegeeinrichtung können die~~ ist der Durchschnitt der Pflegesätze derjenigen Pflegeeinrichtungen, die nach ihrer Art und Größe sowie hinsichtlich der in Absatz 5 genannten Leistungs- und Qualitätsmerkmale im Wesentlichen gleichartig sind, als stets wirtschaftlich angemessen berücksichtigt werden zu berücksichtigen. ⁸Überschreitungen sind, soweit sie erheblich sind, gesondert zu begründen und insbesondere dann wirtschaftlich angemessen, wenn sie sich kalkulatorisch auf tarifvertragliche oder tarifvertragsähnliche Regelungen stützen lassen.

(3) unverändert

(4) unverändert

(5) In der Pflegesatzvereinbarung sind die wesentlichen Leistungs- und Qualitätsmerkmale der Einrichtung festzulegen, sofern diese von den Festlegungen im jeweiligen Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI abweichen. Hierzu gehören insbesondere

1. die Zuordnung des voraussichtlich zu versorgenden Personenkreises sowie Art, Inhalt und Umfang der Leistungen, die von der Einrichtung während des nächsten Pflegesatzzeitraums erwartet werden,
2. die von der Einrichtung für den voraussichtlich zu versorgenden Personenkreis individuell vorzuhaltende personelle Ausstattung, gegliedert nach Berufsgruppen, sowie
3. Art und Umfang der Ausstattung der Einrichtung mit Verbrauchsgütern (§ 82 Abs. 2 Nr. 1).

(6) unverändert

Zu § 85

a) Nachweispflichten der Pflegeeinrichtung

Zu den Regelungen für die Bemessung der Vergütung gehört nach § 84 Abs. 2 SGB XI der Grundsatz, dass Überschüsse dem Pflegeheim bleiben und Verluste von ihm zu tragen sind. Den Pflegeeinrichtungen können nicht einerseits mit der Prospektivität der Pflegesätze erhebliche unternehmerische Risiken aufgebürdet und andererseits Offenbarungspflichten auferlegt werden, die nur bei Praktizierung des Selbstkostendeckungsprinzips zu rechtfertigen wären. Das Recht zur Forderung von Selbstkostennachweisen nach der Interpretation des § 85 Abs. 3 durch die Kostenträger infolge der BSG-Entscheidungen kommt einem Ausforschungsbeweis nahe, der tief in die wirtschaftliche Betätigungsfreiheit der Einrichtungen eingreift. Mit dem Preis- und Leistungsvergleich nach § 84 Abs. 2 in der vorgeschlagenen Neufassung kann die Angemessenheit der Pflegevergütung regelmäßig ohne diesen unverhältnismäßigen Eingriff in die Unternehmensfreiheit festgestellt werden. In § 85 Abs. 3 ist daher klarzustellen, dass Kostennachweise nur im Ausnahmefall verlangt werden können.

b) Vereinfachtes Pflegesatzverfahren

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

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

16.07.2003, B 6 KA 29/02 R; LSG Hessen, Urteil vom 10.12.2003, L 7 KA 4456/00). Unabweisbare Kostensteigerungen, die bspw. das Statistische Bundesamt ausweist, entsprechen aufgrund ihrer Unabweisbarkeit stets den Grundsätzen wirtschaftlicher Betriebsführung. Die Möglichkeit zur Vereinbarung pauschaler Erhöhungen auch auf regionaler Ebene widerspricht dabei auch nicht dem Grundsatz, dass die Pflegesatzvereinbarung für jede Einrichtung gesondert abzuschließen ist; sie führt nicht zu Einheitspreisen, sondern sattelt auf einrichtungsindividuell bestehenden Vereinbarungen auf.

Der bpa schlägt daher vor, dieses Verfahren mit einem neu einzufügenden Absatz 3a ausdrücklich in § 85 SGB XI zu verankern. Gleichzeitig sollte in § 85 Abs. 4 SGB XI die Verpflichtung zum unverzüglichen Abschluss der Pflegesatzvereinbarung gesetzlich explizit betont werden; in der Praxis sind die Einrichtungen häufig trotz Einigung in der Sache mit Verzögerungen durch die Kostenträgerseite konfrontiert.

Änderungsvorschlag zu § 85

(1) unverändert

(2) unverändert

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

(3a) Abweichend von Absatz 3 können die Vertragsparteien auf Vorschlag der Pflegesatzkommission für einen künftigen Pflegesatzzeitraum auch pauschale Veränderungen vereinbarter Pflegesätze in angemessener Höhe einvernehmlich festlegen; die Verpflichtung zur Vorlage der schriftlichen Stellungnahme der nach heimrechtlichen Vorschriften vorgesehenen Interessenvertretung der Bewohnerinnen und Bewohner bleibt unberührt.

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

(5) bis (7) unverändert

Zu § 89 – Bemessungsgrundsätze für die Vergütung ambulanter Pflegeleistungen

Die Bemessungsgrundsätze in § 84 Abs. 2 Sätze 7 und 8 werden in § 89 für ambulante Pflegeleistungen für entsprechend anwendbar erklärt.

Änderungsvorschlag zu § 89

(1) Die Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung wird, soweit nicht die Gebührenordnung nach § 90 Anwendung findet, zwischen dem Träger des Pflegedienstes und den Leistungsträgern nach Absatz 2 für alle Pflegebedürftigen nach einheitlichen Grundsätzen vereinbart. Sie muss leistungsgerecht sein. Die Vergütung muss einem Pflegedienst bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, ~~seine Aufwendungen zu finanzieren und~~ seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen; eine Differenzierung in der Vergütung nach Kostenträgern ist unzulässig.

(2) unverändert

(3) ¹Die Vergütungen können, je nach Art und Umfang der Pflegeleistung, nach dem dafür erforderlichen Zeitaufwand oder unabhängig vom Zeitaufwand nach dem Leistungsinhalt des jeweiligen Pflegeeinsatzes, nach Komplexleistungen oder in Ausnahmefällen auch nach Einzelleistungen bemessen werden; die Vergütung von Leistungen der häuslichen Betreuung nach § 124 ist mit Wirkung ab dem 1. Januar 2013 nach Zeitaufwand zu bemessen, sonstige Leistungen wie hauswirtschaftliche Versorgung, Behördengänge oder Fahrkosten können auch mit Pauschalen vergütet werden. ²Die Vergütungen haben zu berücksichtigen, dass Leistungen von mehreren Pflegebedürftigen gemeinsam abgerufen und in Anspruch genommen werden können; die sich aus einer gemeinsamen Leistungsanspruchnahme ergebenden Zeit- und Kostenersparnisse kommen den Pflegebedürftigen zugute. ³Darüber hinaus sind auch Vergütungen für Betreuungsleistungen nach § 36 Abs. 1 zu vereinbaren. ⁴§ 84 Abs. 2 Sätze 7 und 8, Abs. 4 Satz 2, § 85 Abs. 3 bis 7 und § 86 gelten entsprechend.

Anerkennungsbetrag für Herabstufung – § 87 a Abs. 4 SGB XI

Artikel 1, Nr. 25, Gesetzesbefehl S. 12, Begründung S. 39

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Anerkennungsbetrag für die Herabstufung eines Pflegebedürftigen in eine niedrigere Pflegestufe soll im Zuge der Dynamisierung von 1.536 Euro auf 1.597 Euro angehoben werden.

B) Stellungnahme

Seit 2008 haben vollstationäre Pflegeeinrichtungen einen Anspruch auf Zahlung eines „Anerkennungsbetrages“ in Höhe von 1.536 € (unter Berücksichtigung der nunmehr geplanten Erhöhung von 1.597 €), wenn ein Pflegebedürftiger nach Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen in eine niedrigere Pflegestufe einschließlich der sog. Pflegestufe 0 zurückgestuft wird. Aus Sicht des bpa war damals und ist heute zu begrüßen, wenn Erfolge der aktivierenden Pflege durch vollstationäre Einrichtungen belohnt werden.

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

Zusätzliche Betreuungskräfte – § 87 b SGB XI

Artikel 1, Nr. 26, Gesetzesbefehl S. 12 f., Begründung S. 39 f.

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bisher konnten stationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen für je 24 Bewohner mit dementiellen Erkrankungen eine zusätzliche Betreuungskraft einsetzen. Künftig ist dieses für je 20 Bewohner möglich. Eine dementielle Erkrankung ist keine Voraussetzung mehr.

B) Stellungnahme

Der bpa begrüßt diese Verbesserung des Betreuungsschlüssels. Der Gesetzgeber greift damit einen Vorschlag auf, den der bpa bereits im Rahmen des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes eingebracht hat. Die vorgesehene Regelung verbessert für alle Bewohner spürbar die Betreuung, entlastet die Pflegekräfte und führt bei den stationär versorgten Versicherten nicht zu erhöhten Zuzahlungen oder einer Erhöhung des Pflegesatzes. Der bpa unterstützt diese Neuregelung daher nachdrücklich.

In der Begründung verweist der Gesetzgeber darauf, dass diese Regelung „im Übergang auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff“ jetzt ausgebaut wird. Der bpa plädiert in diesem Zusammenhang dringend dafür, dass auch weiterhin bei den stationär versorgten Versicherten die eingeschränkte Alltagskompetenz erhoben wird und der entsprechende Bedarf festgestellt wird. Das ist notwendig, damit dieser Bedarf auch nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs berücksichtigt und eine Schlechterstellung dieser Versicherten verhindert werden kann.

Aus Sicht des bpa besteht die Gefahr, dass nach der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs die Träger der Sozialhilfe die Vergütungszuschläge für die zusätzlichen Betreuungskräfte von den Leistungsbeträgen für die neuen Pflegegrade wieder abziehen, weil sie die Vergütungszuschläge als Sonderleistungen betrachten. Diese Argumentation könnte sich auf die Formulierung in der Begründung stützen, dass „die Träger der Sozialhilfe weder ganz noch teilweise mit den Vergütungszuschlägen belastet werden“ dürfen. Wenn die Träger der Sozialhilfe derzeit nicht mit Vergütungszuschlägen belastet werden dürfen, die Vergütungszuschläge aber im neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff integriert werden, könnten die Träger der Sozialhilfe argumentieren, dass die Leistungsbeträge für die Vergütungszuschläge von den Leistungsbeträgen für die neuen Pflegegrade wieder abgezogen werden müssten. Um dieses zu vermeiden, sollte der Gesetzgeber aus Sicht des bpa in § 87 b SGB XI die Vergütungs-

zuschläge als notwendige, angemessene und bedarfsdeckende Ausstattung verankern. Nur so ist gewährleistet, dass auch nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs die geschaffenen Arbeitsplätze für die Betreuungskräfte erhalten und die Pflegefachkräfte entlastet werden.

Der bpa weist ergänzend darauf hin, dass durch die vorgesehene Neuregelung der zusätzlichen Betreuungskräfte die entsprechende „Richtlinie nach § 87b Abs. 3 SGB XI zur Qualifikation und zu den Aufgaben von zusätzlichen Betreuungskräften in stationären Pflegeeinrichtungen“ überarbeitet werden muss. Bei dieser Überarbeitung ist auch darauf zu achten, dass heutige Streitfälle bezüglich der jährlichen Qualifizierungsangebote vermieden werden. Entscheidend muss das Erreichen des verlangten Fortbildungsumfangs sein, nicht die zeitliche Bündelung.

C) Änderungsvorschläge

Der bpa bittet um die oben aufgezeigten Klarstellungen.

Kostenerstattung – § 91 SGB XI

– neu – Artikel 1, Nr. 26 b

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der bpa schlägt vor, in § 91 SGB XI auf die Beschränkung der Kostenersatzpflicht der Pflegekassen auf 80% der im Gesetz genannten pauschalen Leistungsbeträge zu verzichten.

B) Stellungnahme

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

Die Pflegevergütung wird im Allgemeinen zwischen den Vertragsparteien nach §§ 85 Abs. 2 und 89 Abs. 2 vereinbart; kommt eine solche Vereinbarung nicht zustande, können die Pflegeeinrichtungen die Vergütung für ihre Leistungen unmittelbar mit den Pflegebedürftigen vereinbaren. Für diesen Fall sieht § 91 die Kostenerstattung durch die Pflegekassen hinsichtlich der pflegebedingten Aufwendungen vor. Allerdings werden bisher maximal 80% des Betrages erstattet, den die Pflegekasse nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit des Pflegebedürftigen zu zahlen hätte, wenn eine Pflegesatzvereinbarung bestünde.

Diese Regelung schränkt durch die Belastung mit einem erheblich höheren finanziellen Eigenanteil die Wahlfreiheit derjenigen Versicherten ein, die sich von einer zugelassenen Pflegeeinrichtung betreuen lassen möchten, die nicht über eine Vergütungsvereinbarung nach §§ 85, 89 SGB XI verfügt. Für diese Ungleichbehandlung von Versicherten besteht indes kein sachlicher Grund.

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

Eine bis zur Höhe der Leistungsbeträge nach dem Dritten Abschnitt des Vierten Kapitels ungedeckelte Erstattung führt zum anderen nicht zu einer Mehrbelastung der öffentlichen Kostenträger. Preisvereinbarungen zwischen Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftigen, die ohne Beteiligung der Kostenträger getroffen werden, sollen nicht zulasten des Sozialhilfeträgers gehen. Aus diesem Grund ist nach § 91 Abs. 2 S. 3 die Funktion des Sozialhilfeträgers als nachrangiger Kostenträger ausgesetzt; ihm ist es untersagt, über die von der Pflegekasse zu leistende Kostenerstattung hinausgehende Beträge zu übernehmen. Diese Regelung bietet die Gewähr dafür, dass die Versorgung von Pflegebedürftigen durch Einrichtungen ohne Vergütungsvereinbarung auch in Zukunft die Ausnahme bleiben wird. Macht jedoch ein Versicherter von seiner durch § 2 gewährleisteten Wahlfreiheit zugunsten einer solchen Ausnahme Gebrauch, besteht für eine Sanktionierung der Ausübung dieses Rechtes durch „Strafabzug“ beim Leistungsbetrag der Pflegekasse kein sachlicher Grund.

C) Änderungsvorschlag

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

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

Einbeziehung von Pflegebedürftigen in die Qualitätsprüfung – § 114 Abs. 5 SGB XI

Artikel 1, Nr. 27, Gesetzesbefehl S. 13, Begründung S. 40 f.

A) Beabsichtigte Neuregelung

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, sind die betroffenen Pflegebedürftigen unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen in die Prüfung einzubeziehen.

B) Stellungnahme

Eine Umsetzung dieser Regelung würde in der Praxis dazu führen, dass die Repräsentativität der Stichprobe gefährdet wäre. Der bpa weist darauf hin, dass die Selbstverwaltung in der Schiedsstelle lange um die beste Form der Repräsentativität gerungen hat, die durch die vorliegende Regelung wieder verzerrt werden könnte. Nach Ansicht des bpa können die Pflegebedürftigen, die ggf. zusätzlich in die Prüfung einbezogen werden sollen, nur separat dargestellt werden: Wenn also normalerweise neun Bewohner mit in die Prüfung einbezogen werden, aber aufgrund von Hinweisen zwei zusätzlich beteiligt werden sollen, dann erfolgt die Darstellung der Ergebnisse im Qualitätsbericht an die Pflegeeinrichtung. Die Repräsentativität der Stichprobe darf durch die Erweiterung nicht angetastet werden. Dieses hätte Auswirkungen auf die Note und deren Veröffentlichung. Die Veröffentlichung ist aber im Rahmen der Selbstverwaltung nach § 115 SGB XI geregelt. Der bpa geht davon aus, dass der Gesetzgeber nicht beabsichtigt, in die entsprechenden Regelungen der Selbstverwaltung auf diese Art einzugreifen. Der bpa bittet daher um entsprechende Klarstellung.

Kritisch bewertet der bpa, dass es bei der vorliegenden Formulierung alleine im Ermessen der Prüfer liegt, die Prüfung entsprechend zu erweitern. Der Prüfer soll offenbar alleine entscheiden, was sachlich begründet ist. Das bedeutet zudem, dass der Prüfer immer entscheiden kann, aus einer Regelprüfung eine Anlassprüfung zu machen. Würde auf dieser Grundlage eine Einbeziehung der Ergebnisse in die sog. Pflegenote erfolgen, wären die Ergebnisse in hohem Maße beeinflussbar und damit willkürlich.

Die Einbeziehung der von Hinweisen auf eine nicht fachgerechte Pflege

betroffenen Pflegebedürftigen erfolgt nach dem Entwurf unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass die Praxis der Medizinischen Dienste, Einwilligungen bei Betreuern trotz der eindeutigen Regelung in § 114 a Abs. 3 a SGB XI lediglich telefonisch einzuholen, offenbar unverändert fortgesetzt wird. Es wird seitens des MDS für ausreichend erachtet, wenn der Prüfer das Verfahren zur Einholung der Einwilligung dokumentiert und dies durch seine Unterschrift bestätigt. Tatsächlich erfolgt auf diese Weise allenfalls eine Dokumentation eines Gespräches durch einen Mitarbeiter des MDK in Textform, die von § 114 a Abs. 3 a SGB XI auch zum Schutz der betroffenen Pflegebedürftigen geforderte Abgabe der Einwilligung in Textform durch den zur Einwilligung Berechtigten ist damit jedoch nicht gewährleistet. Um die Einhaltung der bereits mit dem PNG erleichterten Formanforderungen sicherzustellen, sollte in § 114 Abs. 3 a SGB XI klargestellt werden, dass die Erklärung der Einwilligung durch den hierzu Berechtigten selbst in Textform erfolgen muss.

C) Änderungsvorschläge

Der bpa bittet um die oben aufgezeigten Klarstellungen.

Ergebnisse von Qualitätsprüfungen – § 115 SGB XI

Artikel 1, Nr. 28, Gesetzesbefehl S. 13, Begründung S. 41

A) Beabsichtigte Neuregelung

1.) Die Ergebnisse aller in die Prüfung einbezogenen Personen sind bei der Darstellung der Qualität im Transparenzbericht zu berücksichtigen.

2.) Neu: Der bpa macht darauf aufmerksam, dass in § 115 SGB XI eine Verankerung des indikatorengestützten Verfahrens zur Messung von Ergebnisqualität in der Pflege notwendig ist.

B) Stellungnahme

Zu 1.)

Dass alle in die Prüfung einbezogenen Personen bei der Darstellung der Qualität im Transparenzbericht zu berücksichtigen sind, ist eine Folgeänderung zur neuen Regelung in § 114 Abs. 5 SGB XI. Da damit die Repräsentativität verzerrt und massiv in einen mühsam im Rahmen der Selbstverwaltung gefundenen Kompromiss eingegriffen würde, appelliert der bpa an den Gesetzgeber, diese Formulierung so nicht in das Gesetz aufzunehmen.

Zu 2.)

Nachdem im Zuge des PNG in § 113 SGB XI auch das indikatorengestützte Verfahren zur Messung von Ergebnisqualität in der Pflege berücksichtigt wurde, muss zwingend auch in § 115 SGB XI eine gesetzliche Klarstellung erfolgen.

Unter den Vertragspartnern der Pflegetransparenzvereinbarung (PTVs und PTVa) bestand bei Abschluss der Vereinbarung Einvernehmen, diese Vereinbarung anzupassen, sobald pflegewissenschaftlich gesicherte Erkenntnisse über Indikatoren der Ergebnis- und Lebensqualität vorliegen.

Dabei war klar, dass für den stationären Bereich (PTVs) insbesondere das vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) geplante „Modellprojekt Messung Ergebnisqualität in der stationären Altenpflege“ zu berücksichtigen ist, dessen Ergebnisse vorliegen. Um weiter an der Umsetzung zu arbeiten, ist es notwendig, hierzu die gesetzlichen Grundlagen zu schaffen und das im Beirat des Modellversuchs für erforderlich gehaltene weitere Modellprojekt für den ambulanten Bereich in Auftrag zu geben.

Es wäre ein weiteres unverständliches Signal, wenn die vom BMG und BMFSFJ geförderten Projekte bei der Umsetzung an einer fehlenden gesetzlichen Regelung scheitern würden.

Der bpa begrüßt eine gesetzliche Regelung, die einen von den Vertragsparteien zu vereinbarenden Systemwechsel ermöglichen würde. Vor dem Hintergrund der Förderung durch zwei Bundesministerien halten wir es für notwendig, dass mit einer entsprechenden gesetzlichen Regelung die Option zum Systemwechsel eröffnet wird.

C) Änderungsvorschläge

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

(1a) Die Landesverbände der Pflegekassen stellen sicher, dass

- 1. die von Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität, insbesondere hinsichtlich der Ergebnis- und Lebensqualität, sowie*
- 2. die Informationen vollstationärer Einrichtungen über Regelungen zur ärztlichen, fachärztlichen und zahnärztlichen Versorgung sowie zur Arzneimittelversorgung gemäß § 114 Absatz 1*

für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen verständlich, übersichtlich und vergleichbar sowohl im Internet als auch in anderer geeigneter Form kostenfrei veröffentlicht werden. Hierbei sind die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung und des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. sowie gleichwertige Prüfergebnisse nach § 114 Abs. 3 und 4 oder Prüfergebnisse, die auf Basis einer bundesweit einheitlichen Datenerhebung vor dem Hintergrund einer entsprechenden Vereinbarung der Selbstverwaltung zu den Kriterien der Veröffentlichung einschließlich der Bewertungssystematik erhoben wurden, zugrunde zu legen; sie können durch in anderen Prüfverfahren gewonnene Informationen, die die von Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität, insbesondere hinsichtlich der Ergebnis- und Lebensqualität, darstellen, ergänzt werden. ~~Bei Anlassprüfungen nach § 114 Abs. 5 bilden die Prüfergebnisse aller in die Prüfung einbezogener Pflegebedürftigen die Grundlage für die Bewertung und Darstellung der Qualität.~~ [weiter wie bisher]

II. Stellungnahme zum Antrag „Menschenrecht auf gute Pflege verwirklichen“

Zur Vorbemerkung, Ziffer I

Der Antrag will Menschen, die auf Pflege angewiesen sind, Pflegekräfte und Angehörige unterstützen und stärken, indem er ihnen entsprechende Ansprüche und Rechte zubilligt:

„Menschen, die auf Pflege und Assistenz angewiesen sind, haben einen Anspruch auf darauf, bestmöglich gepflegt, versorgt und unterstützt zu werden. ... Beschäftigte in der Pflege haben ein Recht auf gute Arbeitsbedingungen und faire Löhne. ... Angehörige brauchen die Sicherheit, dass ihre Familienmitglieder, Freundinnen und Freunde gut versorgt sind.“

Der bpa unterstützt diese Anliegen grundsätzlich. Der bpa setzt sich seit vielen Jahren für eine qualitativ gesicherte Pflege und verlässliche Rahmenbedingungen in der Pflege ein. Angesichts des demografischen Wandels und der rasanten Zunahme an pflegebedürftigen Menschen und des gravierenden Mangels an Pflegefachkräften bedarf es dringend entsprechender Reformschritte.

Der bpa teilt die Einschätzung des Antrags, dass die mit dem 1. Pflege-stärkungsgesetz vorgesehenen Leistungserhöhungen nicht ausreichen, um den Kaufkraftverlust der vergangenen Jahre auszugleichen (s. dazu die Ausführungen oben zu § 30 SGB XI). Allerdings begrüßt der bpa die vorgesehenen Verbesserungen ausdrücklich und sieht sie als wirksame Maßnahme, um Pflegebedürftige und Angehörige zu unterstützen und Pflegekräfte zu entlasten.

Der bpa weist die im Antrag aufgestellte Behauptung, dass der Alltag von Pflegekräften von „schlechter Bezahlung“ geprägt ist, in aller Deutlichkeit zurück. So hat eine Untersuchung des Fachmagazins "Wohlfahrt Intern" kürzlich ergeben, dass die Gehälter von Beschäftigten in der Altenhilfe mit denen anderer Branchen durchaus mithalten und teilweise sogar deutlich darüber liegen. Im Vergleich zu KFZ-Mechatronikern, Bankkaufleuten oder Industriemeistern schneiden Mitarbeiter in der Altenhilfe nicht schlecht ab. Ihre Jahreseinkommen liegen bis zu 36 % höher (s. Branchen-Tarifvergleich. Lukrative Pflege. In: Wohlfahrt intern, Ausgabe 9/2014, S. 36 – 43).

Der Antrag setzt sich sehr kritisch mit der vorgesehenen Erhöhung der Zahl der Betreuungskräfte auseinander. Dieses führe „kaum zu einer Entspannung der Arbeitssituation der Pflegefachkräfte“. Diese Einschätzung teilt der bpa nicht. Vielmehr wird die beabsichtigte Verbesserung des Betreuungsschlüssels bei den zusätzlichen Betreuungskräften gem. § 87 b

SGB XI ausdrücklich begrüßt. Bereits in der Vergangenheit hat sich gezeigt, dass diese Kräfte einerseits die Betreuungssituation in den Pflegeheimen verbessert und andererseits zu einer Entlastung der Pflegefachkräfte führt.

Zu Ziffer II, Antragsforderungen

Der Antrag fordert die Abschaffung des Teilkostenprinzips zugunsten einer bedarfsdeckenden Vollabsicherung, einen vollständigen Ausgleich des Realwertverlusts und zusätzlich die Erhöhung aller Sachleistungsbeiträge um 25 %. Die hinter diesen Forderungen stehenden Leistungsverbesserungen begrüßt der bpa im Grundsatz. Allerdings sieht der bpa die notwendige Gegenfinanzierung nicht durch die im Antrag vorgeschlagenen Maßnahmen als gewährleistet an.

Die Fraktion DIE LINKE. setzt sich des Weiteren für eine zügige gesetzliche Verankerung und Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ein. Dabei müsse der Bestandsschutz „in Höhe des bisherigen Leistungsanspruchs“ sichergestellt werden. Der bpa hat die Vorbereitungen für den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff sehr intensiv begleitet. Der bpa warnt davor, mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zu hohe Erwartungen zu verknüpfen. In der Fachdiskussion und der Öffentlichkeit wird mitunter der Eindruck erweckt, dass mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff automatisch die notwendigen Leistungsverbesserungen umgesetzt und viele Probleme gelöst würden. Aus Sicht des bpa ist es entscheidend, ob es aber tatsächlich zu realen Verbesserungen kommt, oder ob es nur nominelle Veränderungen (fünf Pflegegrade statt drei Pflegestufen) gibt. Wenn jemand im Jahr 2017 im Pflegegrad III eingestuft ist, aber weniger Sachleistungen erhält als im Jahr 2015 in Pflegestufe II, wird der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff keine Akzeptanz finden. Deswegen ist die im Antrag geforderte Sicherstellung des Bestandsschutzes in Höhe der Leistungsansprüche auf dem Niveau vom 1. Januar 2015 entscheidend.

Der bpa begrüßt den im Antrag vorgesehenen Ausbau der Infrastruktur und der alternativen Wohn- und Versorgungsformen für Pflegebedürftige. Dabei ist insbesondere sicherzustellen, dass die Bundesländer ihrer Verantwortung für die Investitionskosten nachkommen (s. § 9 SGB XI) und verlässliche Rahmenbedingungen auch für stationäre Pflegeeinrichtungen schaffen.

Der Antrag fordert einen gesetzlichen Mindestlohn von 10 Euro pro Stunde, um Lohndumping in der Pflege zu verhindern. Außerdem soll für Grundpflegekräfte ein Pflegemindestlohn von 12,50 Euro gelten. Der bpa weist den Vorwurf von Lohndumping in der Pflege zurück. Angesichts des Fachkräftemangels in der Pflege gibt es eine große Nachfrage nach Pfl-

gekräften, die sich auch auf die Gehälter auswirkt (s. dazu oben auch die Untersuchung von „Wohlfahrt intern“). Die Forderung nach einem allgemeinen Mindestlohn in Höhe von 10 Euro und einem Pflegemindestlohn von 12,50 Euro weist der bpa als unrealistisch zurück. Durch das Tarifautonomiestärkungsgesetz, das zum 1. Januar 2015 in Kraft tritt, wird es in Deutschland erstmals einen allgemeinen Mindestlohn von 8,50 € geben. Außerdem hat die beim Bundesarbeitsministerium angesiedelte Kommission gerade erst vorgeschlagen, den Pflegemindestlohn ab 2015 für Grundpflegekräfte auf 8,65 Euro (Ost) bzw. 9,40 Euro (West) festzulegen. Ab 2017 soll dieser Pflegemindestlohn auf 9,50 Euro (Ost) bzw. 10,20 Euro (West) ansteigen.

Eine noch weitergehende Erhöhung, so wie sie der Antrag fordert, ließe sich keinesfalls umsetzen. Bereits jetzt werden die Pflegeeinrichtungen Schwierigkeiten haben, die durch den allgemeinen Mindestlohn bzw. den Pflegemindestlohn gestiegene Lohnkosten in den Pflegesatzverhandlungen mit den Pflegekassen – und insbesondere mit den Sozialhilfeträgern – durchzusetzen.

Anlage 1

Übersicht über die Leistungen der Pflegeversicherung 2014 und nach dem 1. Pflegestärkungsgesetz im Vergleich

Sachleistungen Häusliche Pflege bisher (Grundpflege, hauswirtschaftliche Versorgung, Betreuungsleistungen) für Menschen ohne erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz			
	Sachleistungen 2015:	Geldleistungen 2015	Neu: Mix 50 % Sachleistung (als Erstattungsleistung) plus 104 Euro (gem. § 45 b SGB XI)
Pflegestufe 0	Keine Leistungen.		
Pflegestufe I	bis zu 468 Euro monatlich.	bis zu 244 Euro monatlich.	bis zu 338 Euro monatlich.
Pflegestufe II	bis zu 1.144 Euro monatlich.	bis zu 458 Euro monatlich.	bis zu 676 Euro monatlich.
Pflegestufe III	bis zu 1.612 Euro monatlich.	bis zu 728 Euro monatlich.	bis zu 910 Euro monatlich.
Härtefall:	bis zu 1.995 Euro monatlich.		
Häusliche Pflege (Grundpflege, hauswirtschaftliche Versorgung, Betreuungsleistungen) für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (gem. § 45 a SGB XI, z.B. Demenz)			
Sachleistungen		Neu: Mix - 50 % Sachleistung erstattet plus erhöhter Betrag 208 Euro (gem. § 45 b SGB XI)	
Pflegestufe 0	bis zu 231 Euro monatlich.	bis zu 323,50 Euro monatlich .	
Pflegestufe I	bis zu 689 Euro monatlich.	bis zu 552,50 Euro monatlich	
Pflegestufe II	bis zu 1.298 Euro monatlich.	bis zu 857 Euro monatlich.	
Pflegestufe III	Keine zusätzlichen Leistungen 1612 Euro monatlich	bis zu 1.014 Euro monatlich.	

Zu beachten:

1. Fallbeispiel

Herr Meyer, Pflegestufe I , hat bisher Geldleistungen in Anspruch genommen in Höhe von:	235 Euro
Herr Meyer nimmt zukünftig den Mix in Anspruch und bekommt:	
50 % Sachleistung plus Grundbetrag (§ 45 b SGB XI)	338 Euro
50 % Geldleistung	+ 122 Euro
(Entspricht einer Steigerung um 96 %)	= 460 Euro

2. Fallbeispiel	
Frau Müller, Pflegestufe II , mit Demenz (§ 45 a SGB XI), hat bisher Geldleistungen in Anspruch genommen in Höhe von:	440 Euro
und erhöhtem Erstattungsbetrag 200 Euro (§ 45 b SGB XI)	+ 200 Euro
	= <u>640 Euro</u>
Frau Müller nimmt zukünftig den Mix in Anspruch und bekommt:	
50 % Sachleistung plus erhöhter Betrag (§ 45 b SGB XI)	857 Euro
50 % Geldleistung	+ 272,50 Euro
(Entspricht einer Steigerung um 77 %.)	= <u>1.129,50 Euro</u>

Zusätzlich zu diesen Beträgen können die beiden zukünftig jeweils **jährlich bis zu 2.418 Euro** an Verhinderungspflege durch sonstige Dienstleister oder Pflegedienste, erbringen lassen und von der Pflegekasse bekommen sie diesen Betrag erstattet. Das entspricht **max. 201,50 Euro** im Monatsdurchschnitt.

Wohnen sie in einer Wohngemeinschaft (§ 38 a SGB XI), erhalten sie weiterhin jeweils einen Betrag von monatlich **205 Euro** für Leistungen sonstiger Dienstleister oder von Pflegediensten.

Im Fallbeispiel 1

hätte Herr Meyer, bei maximaler Ausschöpfung der Geld- und Erstattungsleistung, inklusive der Verhinderungspflege und dem Wohngemeinschaftsbetrag:

- für Dienstleister wie Vermittlungsagenturen, monatlich 866,50 Euro zum Einkauf von Leistungen zur Verfügung.
- Für die Sachleistungen durch zugelassene Pflegedienste verblieben ihm monatlich 234 Euro.

Im Fallbeispiel 2

hätte Frau Müller, bei maximaler Ausschöpfung der Geld- und Erstattungsleistung, inklusive der Verhinderungspflege und dem Wohngemeinschaftsbetrag:

- für Dienstleister wie Vermittlungsagenturen, monatlich 1.536 Euro zum Einkauf von Leistungen zur Verfügung.
- Für die Sachleistungen durch zugelassene Pflegedienste verblieben ihr monatlich 649 Euro.

Kostenerstattung für niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote im Rahmen des Sachleistungsbudgets

Eine Modellrechnung zur Schätzung maximaler Ausgabeneffekte

Kurzgutachten

bpa – Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.
Bundesgeschäftsstelle
Friedrichstraße 148
10117 Berlin

Ansprechpartner:

Dr. Jochen Pimpertz
Dr. Susanna Kochskämper

Kontaktdaten Ansprechpartner

Dr. Jochen Pimpertz
Telefon: 0221 4981-760
Fax: 0221 4981-99760
E-Mail: pimpertz@iwkoeln.de

Dr. Susanna Kochskämper
Telefon: 0221 4981-887
Fax: 0221 4981-99887
E-Mail: kochskaemper@iwkoeln.de

Institut der deutschen Wirtschaft Köln
Postfach 10 19 42
50459 Köln

Inhaltsverzeichnis

1	Ausgangssituation	61
2	Identifikation problematischer Fallkonstellationen	62
3	Berechnung eines maximal möglichen Ausgabeneffekts	64
4	Alternative Annahmen zum Nachfrageverhalten	65
5	Fazit	66
	Literatur	67

1 Ausgangssituation

Im Rahmen des Fünften SGB XI-Änderungsgesetzes möchte die Bundesregierung unter anderem eine neue Kombinationsleistung einführen (§ 45 b Absatz 3 (neu) SGB XI).¹ Pflegebedürftige der Pflegestufen I bis III sowie Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (Pflegestufe 0) sollen künftig maximal die Hälfte des Budgets für ambulante Sachleistungen (§ 36 und § 123) zur Finanzierung so genannter niedrigschwelliger Betreuungs- und Entlassungsangebote in Anspruch nehmen können (BMG 2014a, 10). Im Gegensatz zum Pflegesachleistungsbezug ist für die Finanzierung niedrigschwelliger Angebote eine Kostenerstattung vorgesehen.

Fraglich ist, ob mit dieser Neuregelung ein Anreiz zur Leistungsausweitung entsteht, der die gesetzliche Pflegeversicherung mit zusätzlichen Ausgaben konfrontiert, die über das im Referentenentwurf genannte Volumen hinausgehen.

Das zuständige Bundesministerium für Gesundheit (BMG) rechnet mit einem zusätzlichen Finanzierungsaufwand für diese neue Kombinationsleistung in Höhe von 90 Millionen Euro pro Jahr (BMG 2014a, 21). Dabei fällt auf, dass die der Berechnung zugrunde liegenden Annahmen nicht deutlich gemacht werden. In der Gesetzesbegründung heißt es, dass „ein Teil der bisherigen Pflegegeldempfänger“ von dieser neuen Möglichkeit Gebrauch machen wird. Im Gegensatz dazu werden die Annahmen im Kontext anderer Leistungsausweitungen konkret benannt: Bei der Erweiterung der Verhinderungspflege um Mittel der Kurzzeitpflege unterstellt der Referentenentwurf, dass „die Hälfte der bisherigen Empfänger von Verhinderungspflege“ auf das neue Angebot zurückgreifen wird. Wenn künftig die Leistungsansprüche im Rahmen des § 45 b Absatz 1 auf alle Pflegebedürftigen, also auch auf Personen ohne erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz ausgeweitet werden, rechnet das Ministerium damit, dass „die Leistungen von diesem Personenkreis zunächst etwa halb so häufig in Anspruch genommen werden wie von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz“ (BMG, 2014a, 21).

Zwar lassen sich diese Annahmen über das zukünftige Nachfrageverhalten in Ermangelung valider Daten nicht weiter empirisch untermauern. Immerhin aber sticht die unterschiedliche Handhabung bei der Ableitung möglicher Ausgabeneffekte ins Auge. Um eine Diskussion über mögliche fiskalische Folgen der Pflegereform wenigstens auf der Basis plausibel belegter Annahmen führen zu können, soll im Folgenden auf mögliche Hypothesen rückgeschlossen werden, die den Berechnungen zum § 45 b Absatz 3 zugrunde gelegen haben können. Dazu wird zunächst aus theoretisch abgeleiteten Fallkonstellationen und der bisherigen Inanspruchnahme der Pflegeleistungen der maximal mögliche Ausgabeneffekt geschätzt. Auf dieser Grundlage lassen sich dann Vergleiche zu den an anderen Stellen getroffenen Annahmen ziehen und Zweifel an den Berechnungen zum Finanzierungstableau zerstreuen oder erhärten.

¹ Die im Folgenden genannten Paragraphen beziehen sich ohne Ausnahme auf das Elfte Sozialgesetzbuch SGB XI, die Hinweise auf § 45 b beziehen sich jeweils auf die Fassung im Referentenentwurf des BMG, Stand 08.04.2014.

2 Identifikation problematischer Fallkonstellationen

Pflegebedürftige haben bislang in der häuslichen Pflege die Wahl zwischen der Auszahlung eines Pflegegeldes oder der Inanspruchnahme von Pflegesachleistungen, zum Beispiel in Form eines ambulanten Pflegedienstes sowie einer Kombination aus beidem. Dabei liegt der Anspruch auf Pflegegeld über alle Pflegestufen hinweg unter dem jeweiligen Pflegesachleistungsbudget (Tabelle 1, Spalten 2 und 3).

Mit der neuen Kombinationsleistung nach § 45 b Absatz 3 soll es nun den Beziehern von Pflegesachleistungen sowie den bisherigen Beziehern von Pflegegeld ermöglicht werden, einen Teil des Sachleistungsbudgets zu nutzen, um zusätzliche Hilfestellung im Alltag zu erhalten, so genannte niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote. Diese werden beispielsweise durch Agenturen für haushaltsnahe Dienstleistungen, durch Alltagsbegleiter und/oder Pflegebegleiter bereitgestellt. Wird diese neue Wahlleistung in Anspruch genommen, reduziert sich der Pflegegeldanspruch anteilig entsprechend der bisherigen Bestimmungen zur Kombination von Pflegegeld und Pflegesachleistungen.

Aus dem neuen Wahlrecht ergeben sich unterschiedliche Fallkonstellationen, die zu einer im Gegensatz zum Status quo höheren Belastung der gesetzlichen Pflegeversicherung führen können.

- Unproblematisch sind zunächst jene Bestandsfälle, die im Rahmen der ambulanten Versorgung den Bezug von Pflegesachleistungen gewählt haben. Sollten sie künftig einen Teil des Sachleistungsbudgets für niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote nutzen und damit das Angebot von professionellen Pflegediensten substituieren, führt das zu keinen zusätzlichen Kosten für die Pflegeversicherung.
- Für neue Pflegefälle ergibt sich durch die Neuerung ebenfalls keine zusätzliche finanzielle Belastung der gesetzlichen Pflegeversicherung im Vergleich zum Status quo, sofern diese sich ausschließlich für den Bezug von Pflegesachleistungen entscheiden.
- Die neue Kombinationsleistung wird aber für jene Pflegebedürftige attraktiv, die ausschließlich privat organisierte niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote nutzen wollen, ohne auf das Pflegegeld gänzlich verzichten zu müssen bzw. zu wollen. Die Mitglieder dieser Gruppe erfahren den maximalen finanziellen Vorteil, wenn sie ein anteiliges Pflegegeld beziehen (50 Prozent) und den verbleibenden Anteil des Sachleistungsbudgets (50 Prozent) für die neuen Betreuungs- und Entlastungsangebote nutzen. In diesen Fällen entstehen der gesetzlichen Pflegeversicherung je nach Pflegestufe pro Fall und Monat Mehraufwendungen bis zu den in Tabelle 1, Spalte 5 ausgewiesenen Beträgen.

Dabei wird § 45 b Absatz 3 Satz 4 so interpretiert, dass bis zu 50 Prozent des Pflegesachleistungsbudgets für die Kostenerstattungslösung in Anspruch genommen werden können.

Tabelle 1
Fallkonstellationen mit höheren finanziellen Belastungen

Leistungssätze für Pflegegeld und ambulante Sachleistungen sowie einer anteiligen Kombination beider Leistungen

Pflegestufen	Leistungssätze (Stand 1.1.2015)		Maximalszenario	
	Pflegegeld	ambulante Sachleistungen	Kombination aus hälftigem Pflege- geld und hälftigem Sachleistungsbud- get	Differenz zu ausschließli- chem Pflege- geldbezug
	Euro pro Monat			
0	123	231	177	54
I	244	468	356	112
I erhöhter Be- trag	316	689	502,5	186,5
II	458	1.144	801	343
II erhöhter Be- trag	545	1.298	921,5	376,5
III	728	1.612	1.170	442

Kombination aus Pflegegeld und Kostenerstattung für niedrigschwellige Angebote unter der Annahme einer 50-prozentigen Inanspruchnahme des gesamten Pflegesachleistungsbudgets.

Quelle: BMG, 2014a, eigene Zusammenstellung

Theoretisch ergibt sich eine weitere Fallkonstellation, die die gesetzliche Pflegeversicherung sogar noch stärker belasten könnte. Das wäre dann der Fall, wenn der bisherige Pflegegeldbezug nicht anteilig, sondern vollständig durch den Pflegesachleistungsbezug substituiert würde. Die finanzielle Belastung stiege dann im Einzelfall um die volle statt der hälftigen Differenz zwischen Sachleistungsbudget und Pflegegeld (Tabelle 1, Differenz Spalte 3 und 2). Um diese Fallkonstellation plausibel unterstellen zu dürfen, müssen allerdings zusätzliche Annahmen zu dem Nachfrageverhalten der Pflegebedürftigen getroffen werden. Denn es stellt sich die Frage, warum Pflegegeldempfänger nicht bislang schon von ihrem Wahlrecht Gebrauch machen und das nominal höhere Pflegesachleistungsbudget ausschöpfen. Dass diese Wechseloption erst mit dem neuen Wahlrecht zugunsten niedrigschwelliger Betreuungs- und Entlastungsangebote wahrgenommen werden soll, wäre nur mit einer besonderen Pflegepräferenz zu erklären, respektive mit der Option, die Präferenz zugunsten einer Betreuung im persönlichen Umfeld nun auch auf dem Wege der Kostenerstattung niedrigschwelliger Angebote zu organisieren. Zusätzlich dürften keine grundsätzlichen Vorbehalte gegen den Sachleistungsbezug professioneller Dienste vorliegen. Denn die kostensteigernde Wirkung käme erst dann voll zum Tragen, wenn das Pflegesachleistungsbudget vollständig ausgeschöpft würde. Bereits diese ersten Überlegungen verdeutlichen, dass ein solcher Fall zwar theoretisch abgeleitet werden kann, in der Praxis aber wohl eher die Ausnahme sein wird und kaum als Referenz für die Schätzung maximal möglicher Ausgabeneffekte herangezogen werden darf.

3 Berechnung eines maximal möglichen Ausgabeneffekts

Im nächsten Schritt gilt es eine Annahme darüber zu treffen, in welchem Umfang jeweils in den unterschiedlichen Pflegestufen von der neuen Kombinationsleistung nach § 45 b Absatz 3 Gebrauch gemacht wird. Denn aus Tabelle 1 ergibt sich, dass der finanzielle Anreiz, das Optionsrecht zu nutzen, mit der Pflegeintensität steigt. Mit Blick auf vorrangig einkommensmaximierende Motive wäre es also durchaus plausibel zu unterstellen, dass die Neigung, die neue Kombinationsleistung nachzufragen, mit der Pflegestufe ansteigt.

Allerdings zeigt die Pflegestatistik des BMG, dass der weitaus größere Teil der Pflegebedürftigen bislang das Pflegegeld in Anspruch nimmt. Im Jahresdurchschnitt 2013 wurde über alle Pflegestufen hinweg das Pflegegeld in 1,149 Millionen der ambulant versorgten Pflegefälle gewählt. Auf die bisher bereits mögliche Kombination von Pflegegeld und Sachleistungsbezug entfielen 403.000 Fälle, lediglich in 132.700 Fällen entschieden sich die Betroffenen ausschließlich für den Bezug von Pflegesachleistungen (BMG, 2014b). Diese Zahlen offenbaren, dass die überwiegende Mehrheit der Pflegebedürftigen und ihrer Familienangehörigen trotz der monetären Anreizstrukturen offenkundig eine innerfamiliäre Organisation der Pflege präferieren (so auch TNS Infratest Sozialforschung, 2011, 44), möglicherweise weil fremde, im Rahmen professioneller Pflegedienste eventuell auch wechselnde Pflegepersonen als nachteilig empfunden werden (Runde et al., 2009, 38). Über diese Plausibilitätsüberlegungen hinaus stehen aber keine empirisch fundierten Informationen zu den Präferenzen der Pflegegeldempfänger zur Verfügung. Ob sich aus dem mit der Pflegeintensität steigenden finanziellen Anreiz zugunsten der neuen Kombinationsleistung nach § 45 b Absatz 3 auch tatsächlich ein nach den Pflegestufen unterschiedliches Nachfrageverhalten ergibt, kann nicht belegt werden.

Tabelle 2
Modellrechnung maximale Ausgabenwirkung

Zusätzliche Ausgaben infolge einer anteiligen Kombination von Pflegegeld und Pflegesachleistungsbudget im Rahmen des § 45 b Absatz 3 (neu) durch alle bisherigen Pflegegeldempfänger

Pflegestufen	Leistungsempfänger	Zusatzkosten pro Fall		Zusatzkosten insgesamt
	Jahresdurchschnitt 2013	Euro		Millionen Euro
		pro Monat	pro Jahr	
0	52.368	54	648	33,9
I	576.254	112	1.344	774,5
I erhöhter Betrag	143.913	186,5	2.238	322,1
II	188.330	343	4.116	775,2
II erhöhter Betrag	105.509	376,5	4.518	476,7
III	82.492	442	5.304	437,5
insgesamt	1.148.866			2.819,9

Leistungsempfänger: Jahresdurchschnitt 2013; Zusatzkosten: hälftige Differenz des ambulanten Pflegeleistungsanspruchs und des Pflegegeldes (siehe Tabelle 1).

Quellen: Bundesministerium für Gesundheit 2014a und 2014b, eigene Berechnungen

Stattdessen ist aber eine Berechnung des maximalen Finanzierungsbedarfs im Rahmen eines Extremszenarios möglich. Dazu wird unterstellt, dass alle bisherigen (und künftigen) Bezieher von Pflegegeld eine Konstellation wählen, die je nach Pflegeintensität zu den in Tabelle 1, Spalte 5 ausgewiesenen Mehrausgaben pro Fall führen. Des Weiteren werden für die Berechnung Anzahl und Verteilung der Pflegefälle entsprechend der Pflegefallstatistik aus dem Jahr 2013 verwendet (BMG, 2014b) sowie die im Referentenentwurf genannten Pflegesätze, die mit Inkrafttreten der Reform ab dem 1.1.2015 gelten sollen. Unter diesen Annahmen ergeben sich die in Tabelle 2 ausgewiesenen zusätzlichen Ausgabeneffekte. Bei einer 100-prozentigen Inanspruchnahme der neuen Kombinationsleistung nach § 45 b Absatz 3 wären zusätzliche Ausgaben in Höhe von 2,82 Milliarden Euro zu finanzieren. Wichtig zu betonen: Es handelt sich um ein extremes Szenario, dass keine Aussagen über die Eintrittswahrscheinlichkeit zulässt.

4 Alternative Annahmen zum Nachfrageverhalten

Da alternative Hypothesen über das Nachfrageverhalten nach Einführung des neuen § 45 b Absatz 3 nicht hinreichend mit empirischen Indizien fundiert werden können, muss aus dem Maximalszenario rückgeschlossen werden, welche Annahmen den Berechnungen des BMG wohl zugrunde gelegen haben.

So lässt sich aus dem Verhältnis maximal möglicher Zusatzausgaben und den im Referentenentwurf genannten 90 Millionen Euro ableiten, dass das BMG – sofern die hier unterstellten Annahmen geteilt werden – bei seiner Schätzung davon ausgegangen sein muss, dass nicht 100 Prozent, sondern lediglich 3,2 Prozent der bisherigen Empfänger von Pflegegeld von der neuen Kombinationsleistung Gebrauch machen werden. Folgt man dieser Interpretation, dann wirft diese Schätzung der Inanspruchnahme Fragen auf, weil sie im Vergleich zu den Schätzungen der eingangs genannten weiteren Maßnahmen deutlich abweicht. Zwar ergibt sich diese Diskrepanz vor allem aus der Berechnung eines extremen Szenarios. Der Einwand einer ungewissen Schätzung trifft aber gleichermaßen auf die BMG-Zahlen zu den Ausgabeneffekten anderer Maßnahmen zu. Würde man also zum Beispiel analog zu der Leistungsausweitung des § 45 b Absatz 1 oder der ergänzenden Inanspruchnahme von Mitteln der Kurzzeitpflege im Rahmen der Verhinderungspflege unterstellen, dass etwa die Hälfte der heutigen Pflegegeldempfänger die neue Kombinationsleistung beanspruchten, läge der anfängliche Mehraufwand infolge des § 45 b Absatz 3 bei 1,42 Milliarden Euro pro Jahr, bei einer Inanspruchnahme durch 30 (20/10) Prozent der bisherigen Pflegegeldempfänger entsprechend bei 846 (564/282) Millionen Euro.

Alternativ könnte das BMG möglicherweise davon ausgegangen sein, dass die Kombinationsleistung in einigen Pflegestufen verstärkt, dafür aber in anderen Stufen gar nicht nachgefragt wird. Selbst wenn auch für diese Hypothese keine empirischen Indizien vorgelegt werden können, sollen hier solche Konstellationen beispielhaft aufgeführt werden:

- Unter der Annahme, Pflegebedürftige der Stufen 0 und I verzichten auf die neue Kombinationsleistung nach § 45 b Absatz 3, während alle anderen Pflegegeldempfänger ab der Pflegestufe I zu 100 (50) Prozent das Pflegesachleistungsbudget anteilig für niedrigschwellige Angebote ausschöpfen, ergäbe sich ein anfänglicher Ausgabeneffekt von 1,689 (0,845) Milliarden Euro pro Jahr.

- Verzichten umgekehrt alle Pflegebedürftigen ab Stufe II auf die Kombinationsleistung nach § 45 b Absatz 3, während die Pflegegeldempfänger der Pflegestufen 0 und I zu 100 beziehungsweise 50 Prozent von dem zusätzlichen Leistungsangebot Gebrauch machen, dann ergibt sich ein anfänglicher Ausgabeneffekt von 1,131 Milliarden respektive 565 Millionen Euro pro Jahr.

Diese willkürlich getroffenen Annahmen lassen sich nahezu beliebig variieren. Mit anderen Worten: Es ließe sich auch auf unterschiedlichen Wegen das vom BMG geschätzte zusätzliche Ausgabenvolumen von 90 Millionen Euro reproduzieren. Angesichts dieser Unklarheit ist dringend auf Transparenz der zugrunde liegenden Annahmen zu drängen, um im Rahmen einer möglichst empirisch fundierten Diskussion das Finanztableau zum Gesetzentwurf überprüfen und möglichen Nachfinanzierungsbedarf zu Lasten der Beitragszahler ausschließen zu können.

5 Fazit

Die maximal möglichen Ausgabeneffekte, die sich für die soziale Pflegeversicherung aus der Ergänzung des § 45 b um eine neue Kombinationsleistung mit Betreuungs- und Entlastungsangeboten ergeben, liegen weit über den vom BMG ausgewiesenen Zusatzkosten von 90 Millionen Euro. Die Annahmen, die der BMG-Schätzung zugrunde liegen, werden nicht ausgewiesen. Selbst wenn nur 50 Prozent des berechtigten Personenkreises die neue Kombinationsleistung nutzen würden – eine Annahme, die im Referentenentwurf bezüglich anderer Maßnahmen getroffen wird – ergäbe sich immer noch ein fünfzehnfach höherer Finanzierungsaufwand. Warum jedoch weit weniger als die Hälfte der Berechtigten die neue Kombinationsleistung nutzen sollten, ist nicht nachvollziehbar. Denn für die bisherigen Pflegegeldempfänger ergeben sich eindeutige finanzielle Anreize durch die neue Kombinationsleistung. Klarstellung und Diskussion sind vonnöten, denn dem hier exemplarisch dargestellten Finanzierungsaufwand entspräche derzeit ein Beitragsaufkommen von umgerechnet etwas mehr als einem zusätzlichen Zehntelpunkt Beitragssatz. Mit anderen Worten: Die im Referentenentwurf eingestellte Beitragssatzanpassung von 2,05 auf 2,35 Prozent zum 1.1.2015 wäre in diesem Fall zu gering bemessen.

Literatur

- BMG** – Bundesministerium für Gesundheit, 2014a, Fünftes Gesetz zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Leistungsausweitung für Pflegebedürftige, Pflegevorsorge, Bearbeitungsstand: 08.04.2014
- BMG** – Bundesministerium für Gesundheit, 2014b, Soziale Pflegeversicherung - Leistungsempfänger nach Leistungsarten und Pflegestufen im Jahresdurchschnitt 2013, URL: <http://www.bmg.bund.de/pflege/zahlen-und-fakten-zur-pflegeversicherung.html> [Stand: 2014-05-20]
- Runde**, Peter / Giese, Reinhard / Kaphengst, Claudia / Hess, Julius, 2009, AOK-Trendbericht Pflege II - Entwicklungen in der häuslichen Pflege seit Einführung der Pflegeversicherung, Arbeitsstelle Rehabilitations- und Präventionsforschung, Hamburg
- TNS Infratest Sozialforschung**, München, 2011, Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“, Bericht zu den Repräsentativerhebungen im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Bundesministerium für Gesundheit, Berlin