

## **Stellungnahme des Deutschen Roten Kreuzes zum Entwurf eines Fünften Gesetzes zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch - Leistungsausweitung für Pflegebedürftige, Pflegevorsorgefonds (Fünftes SGB XI - Änderungsgesetz - 5. SGB XI- ÄndG)**

### **A. Allgemein**

### **B. Fünftes SGB XI - Änderungsgesetz - 5. SGB XI- ÄndG**

### **C. Nicht im Referentenentwurf enthalten - vom DRK geforderte Änderungen**

#### **Zu A: Allgemein**

Die Reform des Pflegeversicherungsgesetzes ist aus Sicht des DRK wesentlich aus zwei Gründen notwendig:

- Umsetzung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs mit entsprechend differenzierten Begutachtungsinstrumenten sowie bedürfnisorientierter Wahlmöglichkeiten im Leistungsbereich für die Versicherten
- Nachhaltige Finanzierung im Hinblick auf die Herausforderungen, die sich aus der demografischen Entwicklung ableiten sowie die Möglichkeit eine verbindliche, regelmäßige und angemessene Dynamisierung langfristig festzuschreiben

Darüber hinaus hält der Koalitionsvertrag der jetzigen Bundesregierung von 2013 im Rahmen des SGB XI folgende Ziele fest:

- die Stärkung der ambulanten und sozialräumlichen Pflege
- die Aufwertung der Pflegeberufe und des neuen Pflegeberufegesetzes
- Weiterentwicklung der Qualitätssicherungsverfahren gemäß wissenschaftlicher Standards, Stichwort: Pflege-Transparenz

Insgesamt soll damit – auch aus Sicht des DRK – erreicht werden, dass den tatsächlichen Pflegesituationen besser entsprochen werden kann. Das DRK hält das Prinzip der Sozialraumgestaltung in der Alten- und Behindertenhilfe sowie Altenpflege weiterhin für die wesentliche Zukunftsausrichtung. Diese Sozialraumorientierung setzt in erster Linie darauf, alle notwendigen Unterstützungen und Hilfeleistungen im ambulanten Bereich zu stärken. Die jetzt durch die Bundesregierung eingeleiteten Leistungsverbesserungen sind in dieser Hinsicht hilfreich. Jedoch muss davon ausgegangen werden, dass der Kontext eines neuen, umgesetzten Pflegebedürftigkeitsbegriffs noch weitreichendere, strukturelle Fragen hinsichtlich der Leistungs- und Finanzierungsseite der Pflegeversicherung nach sich ziehen wird.

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

Seitdem gibt es einen breiten gesellschaftlichen Konsens, den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff in der Sozialen Pflegeversicherung einzuführen. Offen sind seither weniger die technischen Fragen der Einführung als vielmehr die politischen Weichenstellungen zur Umsetzung.

Vor diesem Hintergrund ist der nun vorliegende Referentenentwurf enttäuschend. Er enthält keinen Ansatz zu den offenen politischen Fragestellungen zur Umsetzung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wird kurz und knapp mit einem Satz im Referentenentwurf auf einen zweiten Schritt vertagt. Stattdessen werden erneut so genannte Vorziehleistungen eingeführt. Das DRK begrüßt die Leistungsverbesserungen, hatte jedoch grundsätzlich ein anderes Implementierungsvorgehen bei der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs eingefordert. Die nochmalige Erprobung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist schwer nachzuvollziehen, da die Inhalte der mittlerweile siebenjährigen, fachlichen Vorarbeiten als hinreichend zu betrachten sind. Grundsätzlich hätte das DRK eine gleichzeitige und vernetzte Einführung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des neuen Begutachtungsassessments zusammen mit den notwendigen Leistungsverbesserungen für sinnvoll erachtet. Denn erst durch den Begriff der Pflegebedürftigkeit und das neue Begutachtungsassessment wird der Rahmen für Umfang, Arten und Inhalte der Leistungen der Pflegeversicherung gesetzt. Bei der vorgezogenen Leistungsverbesserung wird das Risiko gesehen, dass zum einen die finanziellen Mittel für die spätere Umsetzung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs möglicherweise nicht ausreichend sein werden. Zum anderen wird befürchtet, dass die vorgezogenen Leistungsverbesserungen eine

möglicherweise zukünftig nicht angemessene Leistungsstruktur zementieren und sich Umsetzungsschwierigkeiten ergeben könnten, sofern neue Leistungen infolge der Einführung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs erforderlich werden.

Das DRK fordert daher die Bundesregierung weiterhin auf, die dringenden politischen Weichenstellungen für die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs anzugehen und einen verbindlichen politischen und zeitlichen Rahmen für die Umsetzung zu schaffen.

Neben der anzustrebenden zügigen Umsetzung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs sollte sich die Bundesregierung auch weiterhin den dringenden strukturellen Finanzierungsfragen innerhalb der Pflegeversicherung stellen.

Die seit Einführung der Pflegeversicherung fehlende regelmäßige Dynamisierung der Leistungen hat die Pflegebedürftigen und deren Angehörige finanziell immer schlechter gestellt. Auch die punktuellen Leistungsverbesserungen seit 2008 konnten bis heute nicht den Realwertverlust auffangen. Nach Ansicht des DRK sollte die Sicherung der Realwertkonstanz bei den Pflegeversicherungsleistungen durch eine regelmäßige und angemessene Leistungsdynamisierung erfolgen.

Die gesetzlichen Grundlagen müssen es den Trägern von Einrichtungen und Diensten ermöglichen, die Handlungsbedingungen so zu gestalten, dass sie professionelle Pflege in hoher Qualität und zu guten Lohn- und Arbeitsbedingungen für die Pflegekräfte anbieten können. Eine höhere Wertschätzung der Leistungen der Pflegenden und eine leistungsorientierte, bessere Bezahlung für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Pflege sind unerlässliche Voraussetzungen, um die Personalsituation angemessen zu gestalten und damit die Qualität der Pflege und die Lebensqualität pflegebedürftiger Menschen eindeutig zu verbessern. Pflege in guter Qualität, die den Werten dieser Gesellschaft entspricht, fordert die gesamtgesellschaftlich verankerte Verantwortung, und diese schlägt sich sowohl im Engagement als auch in der Bereitschaft zur Finanzierung der notwendigen Leistungen nieder. Diese Verantwortung bedingt aber auch, dass bestehende, komplexe und in der Praxis kaum zu handhabende Finanzierungsstrukturen, wie das derzeitige Nebeneinander von zwei alternativen Vergütungsformen in der ambulanten Pflege, hinsichtlich ihrer Effektivität überprüft und verbessert werden müssen.

Das DRK spricht sich ausdrücklich für eine langfristige nachhaltige, demografie- und krisensichere Finanzierung der Pflegeversicherung aus, welche die nachfolgenden Generationen nicht über Gebühr belastet. Aus diesem Grund begrüßt das DRK auch den

Aufbau eines Pflegevorsorgefonds als einen ernstgemeinten Einstieg in eine nachhaltige Finanzierung, um die Beitragssteigerungen für nachfolgende Generationen zu begrenzen.

## **B. Zum vorliegenden Fünften SGB XI- Änderungsgesetz - 5. SGB XI- ÄndG**

### **Positionierungen des DRK zu den einzelnen Paragraphen**

#### **Zu § 30 Dynamisierung**

Das DRK begrüßt grundsätzlich die Dynamisierungen der Leistungen nach § 30, fordert aber für die aktuelle Pflegereform eine wesentlich höhere Leistungsdynamisierung als die vorgeschlagenen 4 %.

Die Anpassung aller Leistungen der Pflegeversicherung ist dringend erforderlich. In der Zeit von 1995 bis 2008 hat generell keine Dynamisierung der Leistungen des SGB XI stattgefunden, so dass schon in diesem Zeitraum ein Realwertverlust bei den Versicherungsleistungen erfolgte. Auch die seit 2008 punktuell erfolgten Leistungsanpassungen verhinderten nicht einen weiteren Realwertverlust. Nach Angaben des Bundesgesundheitsministeriums lag der Realwertverlust der Pflegeversicherungsleistungen seit dem Jahr 1995 bis zum Jahr 2011 bei rund 21 Prozent (BT Drucksache 17/7239, S. 40).

In der Folge stieg zwangsläufig der Eigenanteil der Versicherten bei den genutzten Leistungen weiter. Auch der Anteil derjenigen Pflegebedürftigen wächst, die ergänzende Sozialhilfe zur Begleichung von Aufwendungen für die Pflege beantragen müssen. In diesem Zusammenhang weist das DRK darauf hin, dass die Unabhängigkeit von Sozialhilfebezug einer der Gründe für die Einführung der Pflegeversicherung war.

Aktuell ist z.B. in der stationären Pflege zu beobachten, dass die bislang ausgebliebene Dynamisierung zu einer steigenden Deckungslücke, insbesondere bei den Pflegestufen I und II, geführt hat. Im Interesse der Einrichtungen und Dienste hält das DRK deshalb eine Anpassung der Versicherungsleistungen ausschließlich anhand der Preisentwicklung für unzureichend. In der personalintensiven Pflege wird die Kostenentwicklung neben der Preissteigerung hauptsächlich durch Personalkostensteigerungen, z.B. durch Tarifierhöhungen, beeinflusst. Deshalb sollte zur Sicherung des Realwertes der Pflegeversicherungsleistungen eine verbindliche und regelmäßige Leistungsdynamisierung angestrebt werden, die neben der allgemeinen Preisentwicklung auch die allgemeine Lohnentwicklung stärker berücksichtigt.

### **Zu § 37 Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen**

Der Einbezug der Leistung in die Dynamisierung nach § 30 ist positiv, aber unzureichend insbesondere mit Blick auf die Erhöhung von Leistungen an anderer Stelle (vgl. die rund 56-prozentige Erhöhung nach § 40 Abs. 4). Gesundheitsministerium, Leistungsträger und Leistungserbringer sind sich seit langer Zeit einig, dass der Pflegeberatungsbesuch nach § 37 Abs. 3 in hoher Qualität mit entsprechend qualifizierten Pflegekräften und mit ausreichender Zeit durchzuführen ist. Durch die Fortschreibung der Vergütung von 21 Euro seit Einführung der Pflegeversicherung ist dies bereits seit Jahren immer weniger sichergestellt.

Das DRK fordert daher eine angemessene Erhöhung der Vergütung von Pflegeberatungsbesuchen. In der Vergangenheit hat das DRK mehrfach darauf hingewiesen, dass eine qualifizierte Pflegeberatung im Sinne der Pflegebedürftigen ist und entsprechend vergütet werden muss.

### **Zu § 39 Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson**

Die Möglichkeit, die Leistungen für die Ersatzpflege durch die Anrechnung der Leistungen für die Kurzzeitpflege um bis zu 806 Euro zu erhöhen, wird vom DRK mit Blick auf die Betroffenen begrüßt. Gleichzeitig ist sie aber, als eine der so genannten Vorziehleistungen, deren Einbezug in den konzeptionellen Rahmen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs nicht ausreichend deutlich wird, kritisch zu betrachten.

### **Zu § 45b Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen**

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

Des Weiteren ist auch eine Kombination von niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsleistungen, ambulanten Pflegesachleistungen und Pflegegeld möglich.

Das DRK sieht grundsätzlich den Nutzen dieser Gesetzesänderung für die Pflegebedürftigen. Im vorliegenden Fall kritisiert das DRK aber auch die fehlende konzeptionelle Einbindung in den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und die Auswirkungen einer Leistungserhöhung im Pflegestufensystem vor Umwandlung in ein Pflegegradsystem und den noch zu beschließenden notwendigen Leistungsbezugsanpassungen in den einzelnen Pflegegraden. Nach den Praxiserfahrungen mit der Umsetzung der Kombinationsleistung von Pflegesachleistung und Tagespflegeleistung und den Erfahrungen mit der Umsetzung der Zeitvergütung sieht das DRK den im Referentenentwurf getätigten Vorstoß, mehrere Leistungen (§ 36, § 38, § 39, § 45b, § 123) miteinander zu kombinieren, als nicht praktikabel und konfliktträchtig an. Auch zum Ansatz der Entbürokratisierung passt diese Gesetzesänderung nicht.

Das DRK empfiehlt nach einer Abwägung daher, den § 45b Abs. 3 zu streichen und vorübergehend einen Entlastungsbetrag einzuführen. Das DRK verweist an dieser Stelle auf die Stellungnahme der BAGFW zum § 45b Abs. 3 des Referentenentwurfs und den dort dargestellten Vorschlag, wie ein Entlastungsbetrag in Inhalt und Höhe auszugestalten wäre.

### **Zu § 45c Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen**

Durch die Neugestaltung des § 45c Abs. 3a wird die Modellförderung in möglichem Leistungsumfang und angesichts der möglichen Leistungserbringer(-strukturen) erweitert. Nun sind neben den bisherigen niedrighwelligen Betreuungsangeboten zukünftig auch niedrighwellige Entlastungsangebote vorgesehen. Diese sollen zur Entlastung von Menschen, die auf Pflege und Betreuung angewiesen sind, sowie zur Entlastung der pflegenden Angehörigen und anderen Nahestehenden beitragen, die ehrenamtlich Pflegeverantwortung übernommen haben.

Mit Blick auf die Pflegebedürftigen wird in der Begründung zum Referentenentwurf konkretisiert, dass sich die Entlastungsangebote grundsätzlich an alle (insbesondere alleinlebende) Menschen richten, die mit den Anforderungen eines ganz gewöhnlichen Alltags nicht mehr zurecht kommen und die nicht über ein ausreichend soziales Netzwerk verfügen. Mit Blick auf die Pflegenden werden neben den Angehörigen auch „Nahestehende“, wie Partner/innen, Freunde, Nachbarn oder sonstige Personen angeführt, die sich stetig der Pflege, Betreuung und Versorgung eines auf Pflege angewiesenen Menschen verantwortungsvoll annehmen.

Mit den niedrighschwelligigen Entlastungsangeboten ist eine deutliche Ausweitung der Leistungen der sozialen Pflegeversicherung sowie des Personenkreises verbunden, der diese Angebote in Anspruch nehmen kann. Das DRK begrüßt diese Ausweitungen grundsätzlich, da sie der Intention des neuen, noch einzuführenden Pflegebedürftigkeitsbegriffs entsprechen und der Förderung und dem Erhalt der Selbständigkeit und Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen dienen. Hierin wird ein wichtiger Schritt zur Stabilisierung der Pflege und Betreuung in der häuslichen Umgebung gesehen. Die Ausweitung der Leistungen und des Personenkreises entspricht der Zielsetzung der Sozialraumgestaltung, welche aus Sicht des DRK die wesentliche Zukunftsausrichtung darstellt. Die Sozialraumorientierung setzt in erster Linie darauf, alle notwendigen Unterstützungen und Hilfeleistungen im ambulanten Bereich zu stärken.

Gleichwohl erfordern mehrere Punkte aus Sicht des DRK eine Klärung:

1. Im Rahmen der Entlastungsangebote besteht für alleinlebende Pflegebedürftige die Möglichkeit der Vermittlung einer Vertrauensperson, die sie im Alltag begleiten. Dabei sollen die Entlastungsangebote flexibel und möglichst unbürokratisch gestaltet werden. Dies ist mit Blick auf die Niedrighschwelligkeit zwar wünschenswert, allerdings muss sichergestellt werden, dass die Pflegebedürftigen vor einer möglichen Ausnutzung durch die Vertrauenspersonen geschützt sind. Die Entlastungsangebote zielen auch auf alleinlebende Pflegebedürftige, die über kein ausreichend soziales Netzwerk verfügen und die in besonderer Weise auf eine sichere, verlässliche und einwandfreie Alltagsbegleitung in ihrer häuslichen Umgebung angewiesen sind.
2. Im Referentenentwurf wird angeführt, dass die niedrighschwelligigen Entlastungsangebote durch Agenturen für haushaltsnahe Dienst- und Serviceleistungen, Alltagsbegleiter sowie Pflegebegleiter förderungsfähig sind.  
Das DRK fordert, dass keine Parallelstrukturen aufgebaut werden, sondern dass haushaltsnahe Dienst- und Serviceleistungen in die bereits vorhandene Struktur der professionellen ambulanten Versorgung integriert werden. Die Ausweitung der niedrighschwelligigen Entlastungsangebote darf nicht zu einer Ausweitung prekärer Beschäftigungsverhältnisse führen, die der Professionalisierungsentwicklung in der Altenpflege, wie sie zum Beispiel im Rahmen der „Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege“ angestrebt wird, zuwider läuft.
3. In der Begründung des Referentenentwurfes wird angeführt, dass als niedrighschwellige Entlastungsangebote auch Servicestellen qualifizierter Einzelhelfer in Betracht kommen, die ein zielgruppengerechtes Konzept verfolgen. Hier ist eine Klärung erforderlich, was unter „Servicestellen qualifizierter Einzelhelfer“ zu verstehen ist. Im Übrigen wird auf

den vorherigen Punkt bezüglich der Integration der Agenturen für haushaltsnahe Dienst- und Serviceleistungen und der Ausweitung prekärer Beschäftigung verwiesen.

### **Zu § 45e Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen**

Das DRK begrüßt grundsätzlich Neugründungen von ambulanten Wohngemeinschaften. Initiativen, wie die Anschubfinanzierung in § 45e, sollen Impulse für diese Wohnform setzen.

Erfahrungen aus der Praxis lassen jedoch vermuten, dass es nicht nur finanzielle Gründe sind, die Neugründungen verhindern. Daher empfiehlt das DRK vorrangig eine Untersuchung möglicher Hindernisse, um gegebenenfalls die Rahmenbedingungen zu verbessern und dann finanzielle Förderungen zielgerichteter einzusetzen.

### **Zu § 87b Vergütungszuschläge für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf**

Das DRK begrüßt die Ausweitung der Betreuungsleistungen gem. § 87b auf alle Heimbewohner, sowie die Anpassung des Personalschlüssels auf 1 : 20. Damit wird den Forderungen der Praxis nachgekommen, dass aufgrund der Ambulantisierung ältere Menschen zunehmend später in die Pflegeeinrichtungen einziehen und demzufolge der Intensivbetreuungsanteil im stationären Bereich zunehmen wird. Mittelfristig müssen deshalb die Betreuungsrelationen dem Bedarf entsprechend weiter verbessert werden.

Wünschenswert wäre zudem eine grundlegende Klarstellung, dass auch im Rahmen der stationären Verhinderungspflege ein Anspruch auf § 87b besteht. In der Praxis besteht oft Unsicherheit darüber, ob überhaupt für Pflegebedürftige aus dem ambulanten Bereich, die Betreuungsleistungen gem. § 45b beziehen, gleichzeitig ein Anspruch auf Betreuungsleistungen gemäß § 87b besteht.

### **Zu § 114 Qualitätsprüfungen und § 115 Ergebnisse von Qualitätsprüfungen**

Wir verweisen zu diesem Punkt auf die Stellungnahme der BAGFW in welche die DRK-Position eingeflossen ist.

### **Zu § 131 Pflegevorsorgefonds**

Das DRK unterstützt den Aufbau eines Pflegevorsorgefonds als einen ernstgemeinten Einstieg in eine demografiesichere Finanzierung der Pflege.



Bei der Einrichtung des Vorsorgefonds fordert das DRK jedoch dazu auf, die Nachhaltigkeit dieses Instrumentes zu gewährleisten. Nach Ansicht von Fachexperten sinkt nach Abklingen der geburtenstarken Jahrgänge der 50er- und 60er-Jahre die Zahl der Pflegebedürftigen ab 2055 wieder und damit auch die Finanzierungslast. Jedoch sinkt zum gleichen Zeitpunkt auch die Zahl der Beitragszahler. Somit besteht für die Zukunft die Gefahr, dass auch der geschaffene Fonds den demografiebedingten, wachsenden Finanzierungsbedarf in der Pflege nicht vollständig abdecken wird.

### **C. Nicht im Referentenentwurf enthalten – vom DRK geforderte Änderungen**

#### **Zu § 28 Leistungsarten, Grundsätze**

Da die Sozialhilfeträger in Einzelfällen die Übernahme von Leistungen der häuslichen Betreuung nach § 124 mit dem Verweis auf dessen fehlende Aufnahme in den Leistungskatalog der Pflegeversicherung (§ 28) verweigern, sieht das DRK hier Nachbesserungsbedarf.

#### **Zu § 89 Grundsätze für die Vergütungsregelung**

Seit dem 01.01.2013 sind die ambulanten Pflegedienste nach § 89 SGB XI dazu verpflichtet, ihren pflegebedürftigen Kunden alternativ zu den pauschalen Leistungspaketen (oder Komplexeleistungen) auch eine Vergütung nach dem tatsächlichen Zeitaufwand für diese Leistungen (Zeitvergütung) anzubieten. Die nun obligatorische Zeitvergütung ist minutengenau abzurechnen (Minutenpflege). Nach § 120 Abs. 3 SGB XI ist im Pflegevertrag jede Leistung oder Komplexeleistung einschließlich aller hierfür mit den Kostenträgern vereinbarten Vergütungen gesondert zu beschreiben. Der Pflegedienst hat ferner den Pflegebedürftigen vor Vertragsabschluss sowie bei jeder wesentlichen Veränderung darüber zu unterrichten, wie sich die vom Zeitaufwand unabhängige Vergütung im Vergleich zu einer rein zeitbezogenen Vergütung darstellt und den Kunden auf seine Wahlmöglichkeiten bei der Zusammenstellung dieser Vergütungsformen hinzuweisen. Die Gegenüberstellung muss in der Regel schriftlich erfolgen, also etwa durch die Vorlage von zwei Kalkulationen für die Durchführung des konkreten Pflegeauftrages. Sie ist Grundlage der Entscheidung des Pflegebedürftigen und wie diese im Pflegevertrag zu dokumentieren. Trotz intensiver Verhandlungen auf Landesebene ist es bislang nur einigen Bundesländern zu Abschlüssen über eine Zeitvergütung gekommen. Die Erfahrungen zeigen, dass die Zeitvergütung bislang kaum in Anspruch genommen wurde. Die Umsetzung der Neuregelung erweist sich aus vielerlei Gründen als sehr schwierig:

- Die derzeitige Ausgestaltung der Zeitvergütung: Minutenpflege

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

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

Weitere Probleme wirft das Nebeneinander der zwei alternativen Vergütungsformen auf:

- Das Nebeneinander der beiden alternativen Vergütungssysteme führt zu finanziellen Wechselwirkungen, die schwer kalkulierbar sind und bleiben. Der Mischkalkulation für die Leistungskomplexe wird die Grundlage entzogen, wenn Pflegebedürftige mit einem zeitlichen Pflegeaufwand unterhalb des Durchschnittswertes eines Leistungskomplexes nun Leistungen der Zeitvergütung wählen. Die Wechselwirkungen ließen sich allenfalls durch eine drastische Preiserhöhung in beiden Vergütungssystemen ausgleichen. In seinem für den Paritätischen Landesverband Berlin erstellten Gutachten hält der Dipl.-Kfm. Thomas Sießegger<sup>1</sup> diesbezüglich Erhöhungen zwischen 15 % bis 30 % für erforderlich (vgl. Gutachten, S. 65-67, 109). Ansonsten würde sich die ohnehin prekäre finanzielle Gesamtausstattung der ambulanten Pflege noch verschärfen. Diese prekäre finanzielle Gesamtausstattung der ambulanten Pflege resultiert daraus, dass die Vergütungen, die insbesondere im Bereich Personal und Qualität wurzeln, für die ambulante Pflege seit Einführung der Pflegeversicherung nicht entsprechend der Kostensteigerungen der Dienste erhöht wurden.
- Werden innerhalb eines Einsatzes sowohl Leistungen nach Zeit als auch Leistungskomplexe erbracht, welche bei den einzelnen Verrichtungen Überschneidungen aufweisen, so resultieren daraus erhebliche Abgrenzungsprobleme.

---

<sup>1</sup> „Diskussion zu den Wechselwirkungen von Stundensätzen neben einem System der Abrechnung nach Leistungskomplexen im Zuge der Umsetzung der Anforderungen des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes“, 2013

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

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

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

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

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