

Berlin, 6.7.2015

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

Generalsekretariat

Carstennstraße 58
12205 Berlin
Tel. +49 30 85404-0
www.DRK.de
drk@DRK.de

Präsident

Dr. rer. pol. h.c. Rudolf Seiters

Vorsitzender des Vorstands

Christian Reuter

Bereich/Team

Jugend und Wohlfahrtspflege /
Team Altenhilfe, Gesundheitsförderung und Blutspendewesen

Vorbemerkung

Das Deutsche Rote Kreuz (DRK) ist als Nationale Rotkreuz-Gesellschaft Teil der Internationalen Rotkreuz- und Rothalbmondbewegung. Es ist die größte Hilfsorganisation Deutschlands und Spitzenverband der Freien Wohlfahrtspflege. Die Arbeit des DRK wird von den Grundsätzen der Internationalen Rotkreuz- und Rothalbmondbewegung Menschlichkeit, Unparteilichkeit, Neutralität, Unabhängigkeit, Freiwilligkeit, Einheit und Universalität getragen.

Als Wohlfahrtsverband ist das DRK mit seinen Einrichtungen, Angeboten und Diensten in allen Feldern der Wohlfahrts- und Sozialarbeit sowohl mit ehrenamtlich als auch hauptamtlich Tätigen aktiv.

Wie keine andere soziale oder humanitäre Bewegung in Deutschland kann das DRK durch seine einzigartige Stellung eine Vielzahl vernetzter Hilfen, Beratungen und Leistungen anbieten – lokal, regional, national und international. Das Deutsche Rote Kreuz nimmt in seiner anwaltschaftlichen Funktion die Interessenvertretung von benachteiligten Bevölkerungsgruppen („most vulnerable“) wahr.

In der Altenhilfe ist das Deutsche Rote Kreuz als Spitzenverband der Freien Wohlfahrtspflege ein Anbieter vielfältiger Dienst- und Hilfeleistungen mit über 47.500 Mitarbeitern in diesem Arbeitsbereich. Die Altenhilfe des DRK vereint mehr als 500 stationäre Pflegeeinrichtungen mit rund 40.000 Plätzen, mehr als 500 ambulante Pflegedienste, 532 Hausnotrufdienste, 370 Mahlzeiten-

dienste sowie 35 Altenpflegeschulen. Das Deutsche Rote Kreuz nimmt entsprechend seines Selbstverständnisses die Interessen derjenigen wahr, die der Hilfe und Unterstützung bedürfen, um soziale Benachteiligung, Not und menschenunwürdige Situationen zu beseitigen sowie auf die Verbesserung der individuellen, familiären und sozialen Lebensbedingungen hinzuwirken. Im Zeichen der Menschlichkeit setzt sich das Deutsche Rote Kreuz für das Leben, die Gesundheit, das Wohlergehen, den Schutz, das friedliche Zusammenleben und die Würde aller Menschen ein.

Mit dem Schreiben vom 22. Juni 2015 wurde dem Deutschen Roten Kreuz vom Bundesministerium für Gesundheit die Möglichkeit eingeräumt, zum Entwurf des Pflegestärkungsgesetzes II Stellung zu nehmen. Das Deutsche Rote Kreuz bedankt sich dafür und begrüßt den Willen des Gesetzgebers, die unabweisbar notwendigen Systemreformen bzw. -weiterentwicklungen mit Blick auf die Pflegeversicherung anzugehen. Die Komplexität der Systemumstellungen bringt es jedoch mit sich, dass es innerhalb einer Stellungnahmefrist von 14 Tagen nicht möglich ist, die Änderungen mit allen ihren möglichen Aus- und Wechselwirkungen vollends zu durchdringen und abschließend zu kommentieren. Insofern ist die vorliegende Stellungnahme nur der Beginn einer Positionierung, und das Deutsche Rote Kreuz behält sich vor, nach weiterer Analyse der Vorschläge des Gesetzgebers im Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens gegebenenfalls weitere Kommentare und Vorschläge einzubringen.

Das Deutsche Rote Kreuz gibt zudem zu bedenken, dass nicht nur das Pflegestärkungsgesetz II ab 2016 in Kraft treten soll, sondern auch das Gesetz zur Reform der Pflegeberufe. Diese beiden Gesetze werden zu umfassenden Veränderungen in der Altenhilfe führen und stellen die stationären Einrichtungen, ambulanten Dienste und Pflegeschulen vor entsprechende hohe strukturelle Anpassungsanforderungen. Zudem werden zahlreiche Einrichtungen und Dienste zukünftig noch mit der zeitintensiven Implementierung des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation befasst sein. In Anbetracht der insgesamt angespannten Lage im Altenpflegebereich - insbesondere durch die Personalengpässe - sollten derart umfassende Re-

formen dieser Größenordnung mit ausreichend zeitlichen Ressourcen versehen werden. Das Deutsche Rote Kreuz begrüßt zwar, dass der langjährige „Reformstau“ im Altenhilfebereich partiell aufgelöst werden soll, befürchtet jedoch, dass die stationären Einrichtungen, ambulanten Dienste und Pflegeschulen mit Blick auf die parallelen Gesetzesinitiativen überfordert werden. Daher mahnt das Deutsche Rote Kreuz genügend zeitliche Ressourcen einzuplanen, die dies berücksichtigen und zeitliche Überforderung reduziert.

- A. Allgemein**
- B. Zweites Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften - Positionierungen des Deutschen Roten Kreuzes zu einzelnen Paragraphen**
- C. Gemeinsame Stellungnahme der in der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW) kooperierenden Verbände**
- D. Zusammenfassung der Stellungnahme der in der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW) kooperierenden Verbände**
- E. Entwurf der BAGFW für ein Gesetz zur Änderung der Bestimmungen des Elften Kapitels des Elften Buches Sozialgesetzbuch über die Qualitätssicherung bezogen auf die Neugestaltung der Selbstverwaltungsstrukturen¹**

¹ Der Gesetzesvorschlag bezieht sich ausschließlich auf Änderungen zur Neugestaltung der Selbstverwaltungsstrukturen im SGB XI. Nicht berücksichtigt sind etwaige weitere Änderungen hinsichtlich der Neugestaltung der Veröffentlichungen nach § 115 Abs. 1a SGB XI und ggf. weitere Themen. Hierzu behält sich die BAGFW vor, im Laufe des weiteren Gesetzgebungsverfahrens noch konkretere Vorschläge einzubringen.

Zu A: Allgemein

Die grundsätzliche Reformierung der 1995 eingeführten Pflegeversicherung wird seit langem von vielen Seiten angemahnt. Gefordert wird insbesondere die Verbesserung der Versorgung Demenzerkrankter, die aufgrund der engen Definition von Pflegebedürftigkeit im Gesetz bisher nicht ausreichend von Leistungen profitieren konnten. Strukturelle Versorgungslücken bestehen jedoch in ländlichen Regionen und in der Abstimmung zwischen den verschiedenen Hilfsangeboten. Bei letzterem ist ein sozialräumlicher Versorgungsansatz zu fördern. In diesem Kontext lassen sich auch die folgenden Forderungen nach dem Ausbau von Beratungsinfrastrukturen und vereinfachtem Zugang zu haushaltnahen Unterstützungsleistungen einordnen, durch den letztlich auch die kommunale Pflegestrukturplanung gestärkt werden dürfte.

Der vorgelegte Referentenentwurf umfasst mehrere der seit langem geforderten Maßnahmen und ist aus Sicht des DRK wesentlich aus vier Gründen notwendig:

- Mit dem Referentenentwurf wird die seit langem geforderte Umsetzung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs mit entsprechend differenzierten Begutachtungsinstrumenten sowie bedürfnisorientierten Wahlmöglichkeiten im Leistungsbereich für die Versicherten nunmehr auf den Weg gebracht. Die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs beinhaltet einen grundlegenden Perspektivwechsel.
- Für die Pflegebedürftigen, die zum Stichtag der Umstellung Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, muss anhand von Überleitungsregelungen sichergestellt werden, dass diese Leistungsbezieher reibungslos in das neue System übergeleitet und nicht benachteiligt werden.
- Die Vorschriften zur Sicherung und Entwicklung der Qualität in der Pflege gemäß wissenschaftlicher Standards erfordern eine Weiterentwicklung in Richtung mehr Pflege-Transparenz.
- Die Herausforderungen, die sich aus der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sowie der demografischen Entwicklung ablei-

ten, erfordern eine nachhaltige und langfristige Finanzierung.

Insgesamt soll damit – auch aus Sicht des DRK – erreicht werden, dass den tatsächlichen Pflegesituationen besser entsprochen werden kann. Das DRK hält im Übrigen das Prinzip der Sozialraumgestaltung und der internen und externen Vernetzung in der Alten- und Behindertenhilfe sowie der Altenpflege nach wie vor für die wesentliche Zukunftsausrichtung. Die Sozialraumorientierung setzt in erster Linie darauf, alle notwendigen Unterstützungen und Hilfeleistungen im ambulanten Setting zu stärken.

Es kann prognostiziert werden, dass der neue, umzusetzende Pflegebedürftigkeitsbegriff noch weitreichendere, strukturelle Fragen hinsichtlich der Leistungs- und Finanzierungsseite der Pflegeversicherung nach sich ziehen wird. Gleichzeitig hat das DRK in der Vergangenheit immer deutlich gemacht, dass zwar der Grundsatz „ambulant vor stationär“ befürwortet wird, dies jedoch nicht dazu führen darf, dass sich die Situation für Personen verschlechtert, die dringend auf eine stationäre Versorgung angewiesen sind.

Aus der Sicht des DRK sollte das Augenmerk darauf gelegt werden, dass die etablierten Versorgungsformen nicht durch gesetzliche Neuregelungen am Ende in ihrer Existenz bedroht werden. Hervorgehoben sei hierbei die stationäre Pflege, die prognostiziert auch zukünftig im Rahmen der Versorgungslandschaft zwingend erforderlich sein wird, weshalb in diesem Sektor mit Bedacht und Augenmaß auf die Voraussetzungen übergeleitet werden sollte, die der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff mit sich bringen wird.

Selbstverständlich gilt es, auch die Rahmenbedingungen der einst alternativen, mittlerweile etablierten Versorgungsformen, die einen vorzeitigen Einzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung möglichst lange hinaus zögern sollten, wie - an dieser Stelle auch einmal als charakteristisches Beispiel - der Tages- und Nachtpflege detaillierter zu definieren und damit als selbständige, eigene und spezielle Versorgungsformen anzuerkennen.

Das hieße aber auch, u.a. die Besonderheiten dieses Leistungsangebotes zu fixieren, wie die Beförderung (im Rahmen dieser Versorgungsform), Abwesenheitsvergütungen bei kurzfristigen, nicht planbaren Abwesenheiten angemeldeter Gäste, bzw. dass die Tages- und die Nachtpflege ein ergänzen-

des Angebot bei „selbständigem privaten Wohnen“, in einer „eigenen abgeschlossenen Häuslichkeit“ darstellt.

Im Gesamtzusammenhang sei darauf hingewiesen, dass die Anforderungen für Gesamtversorgungsverträge gesetzlich praktikabler gestaltet sein sollten. In der Praxis kommt es häufig nicht zu einem Abschluss von Gesamtversorgungsverträgen aufgrund unterschiedlicher Personalanforderungen, die nicht kompatibel sind.

Auch mit Blick auf die mit dem PSG I eingeführte Nachweispflicht vereinbarter Vergütungen der Einrichtungen und der Träger innerhalb der Bemessungsgrundsätze, sieht das DRK die Notwendigkeit eine, auf der Basis prospektiver Vergütungsverhandlungen, geeignete Ausgestaltung eines abgestuften Verfahrens dieser Nachweispflicht im Pflegestärkungsgesetz II einzuführen.

Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff

Dem breiten gesellschaftlichen Konsens folgend, wird nunmehr der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff in der Sozialen Pflegeversicherung eingeführt.

Mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sind vielfältige organisatorische Umstellungen notwendig. Für diese bedarf es zum Teil gesetzlicher Festlegungen (Rahmenbedingungen der Personalbemessung), zum Teil Abstimmungen und Aushandlungen auf Ebene der Selbstverwaltung und nicht zuletzt der Arbeitsergebnisse der vom Gesetzgeber beauftragten Organisationen (MDS). Die Ergebnisse aus all diesen Quellen müssen frühzeitig vorliegen, damit Einrichtungsträger die Möglichkeit haben, zum Stichtag 1.1.2017 handlungsfähig zu sein. Der Gesetzgeber ist gefordert, hier die notwendigen Rahmenbedingungen zu schaffen bzw. die Arbeitsprozesse zu begleiten.

Parallel zur Einführung nach dem 1.1.2017 sind gesetzliche Evaluationsprozesse vorgesehen. Die Anzahl und Anlässe solcher Evaluationsprozesse sollten besser höher als niedriger angesetzt werden, da sicherlich noch viele

Fragen zu klären und Rahmenbedingungen anzupassen sind. Der Zeitbedarf für die Implementierung sollte sich daher nach der tatsächlichen Erforderlichkeit richten.

Vom Expertenbeirat wurden vom Inkrafttreten des Gesetzes 18 Monate bis zur Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs veranschlagt. Da das Inkrafttreten des Gesetzes für den 1.1.2016 geplant ist und der Stichtag für das neue Begutachtungsverfahren, das neue Leistungsrecht und die formale Überleitung der Leistungsbezieher der 1.1.2017 sein soll, sieht der Zeitplan im Referentenentwurf also höchstens 12 Monate vor. Das DRK sieht diese Verkürzung kritisch.

Überleitungsregelungen zum Stichtag

Zwar sind für die Vergütungsvereinbarungen der voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen mit den Kostenträgern Auffangregelungen zur Überleitung vorgesehen, sofern bis zum Umstellungszeitpunkt im Einzelfall keine neue Vereinbarung verhandelt werden konnte. Aber das DRK fordert mit Nachdruck, die Überleitung so zu gestalten, dass sie in der Praxis auch problemlos umgesetzt werden kann. In diesem Zusammenhang verweisen wir auf die gemeinsame Stellungnahme der in der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW) kooperierenden Verbände.

Sicherung und Entwicklung der Qualität in der Pflege

Hinsichtlich der Ergänzung und Neustrukturierung der Vorschriften zur Sicherung und Entwicklung der Qualität in der Pflege wird explizit auf die gemeinsame Stellungnahme der in der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW) kooperierenden Verbände verwiesen.

Es stellt sich die Frage, ob durch die vorgesehene Weiterentwicklung der Bereiche Qualitätssicherung, Qualitätsmessung sowie Qualitätsdarstellung und die Neustrukturierung der Pflege-Selbstverwaltung auf Bundesebene die Entscheidungsfindung zur konkretisierenden Regelung dieser Bereiche tatsächlich beschleunigt werden kann.

Nachhaltige Finanzierung

Parallel zur Umsetzung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs sind auch weiterhin die strukturellen Finanzierungsfragen innerhalb der Pflegeversicherung maßgeblich. 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 deutlich zu verbessern. Pflege in guter Qualität, die den Werten dieser Gesellschaft entspricht, fordert die gesamtgesellschaftlich verankerte Verantwortung, welche sich sowohl im Engagement als auch in der Bereitschaft zur Finanzierung der notwendigen Leistungen niederschlägt.

Mithin spricht sich das DRK für eine langfristig nachhaltige, paritätische, demografie- und krisensichere Finanzierung der Pflegeversicherung aus, welche die nachfolgenden Generationen nicht über Gebühr belastet. Im Rahmen dieser Prämisse spricht sich das DRK auch für eine systemgerechte Finanzierung der Leistungen der medizinischen Behandlungspflege aus der gesetzlichen Krankenversicherung aus und bedauert sehr, dass der Gesetzgeber die Zuordnung dieser Leistungsfinanzierung im aktuellen PSG 2 bei der Pflegeversicherung belassen hat.

Zu B. Zum vorliegenden Zweiten Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften

Positionierungen des Deutschen Roten Kreuzes zu einzelnen Paragraphen

§ 7 Abs. 1 – 4 Aufklärung, Auskunft

Referentenentwurf

Die Pflegekassen haben die Versicherten durch Aufklärung und Auskunft zu unterstützen bzw. zu informieren.

Bewertung:

Das DRK begrüßt die angestrebte verbesserte Informationspolitik der Pflegekassen durch die Bereitstellung von Angebotslisten und ihre laufende Aktualisierung im Internet. Mit diesem Vorgehen soll die Transparenz für die Leistungsempfängerinnen und -empfänger erhöht und ihr Wahlrecht gestärkt werden. Die verbesserte Informationspolitik fördert das vom DRK unterstützte Ziel der Sozialraumorientierung in der Altenhilfe und Altenpflege. Die Angebote in den Listen sollen jedoch mit Preisen verknüpft sein, was das DRK kritisch wertet. Die Veröffentlichung von Preisen zu den Angeboten nach §45a kann dazu führen, dass Leistungsempfängerinnen und -empfänger sich vorwiegend an dem Preis orientieren und weniger daran, was sie tatsächlich benötigen. So besteht die Gefahr, dass ein Wettbewerb über Preise und nicht über die Qualität gefördert wird. Zudem sind die Angebote im §45a kaum vergleichbar. Die Erfahrungen zeigen, dass die Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a nach unterschiedlichen Konzepten, unter Einbezug unterschiedlich qualifizierter und vergüteter Kräfte erfolgen.

Für Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a halten wir eine Begrenzung auf Listen, in denen die Angebote beschrieben und mit Kontaktdaten hinterlegt sind, für sachgerechter.

Lösungsvorschlag

In § 7 Abs. 3 wird der Begriff „Vergleichslisten“ eingefügt:

„Zur Unterstützung des Pflegebedürftigen bei der Ausübung seines Wahlrechts nach § 2 Absatz 2 sowie zur Förderung des Wettbewerbs und der Überschaubarkeit des vorhandenen Angebotes hat die zuständige Pflegekasse dem Antragsteller auf Anforderung eine Vergleichsliste über die Leistungen und Vergütungen der zugelassenen Pflegeeinrichtungen nach § 71 sowie **Vergleichslisten** der Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a dieses Buches, in deren Einzugsbereich die pflegerische Versorgung und Betreuung gewährleistet werden soll, unverzüglich und in geeigneter Form zu übermitteln (Leistungsvergleichslisten ~~Preisvergleichsliste~~)“.

Auch in § 7. Abs. 2 wird der Begriff „Vergleichsliste“ (statt „Preisvergleichsliste“) verwendet.

§ 7a, Abs. 1- 4 Pflegeberatung

§7a, Abs. 1

Referentenentwurf

Dem Anspruchsberechtigten soll durch die Pflegekasse vor der erstmaligen Beratung unverzüglich ein zuständiger Pflegeberater, eine zuständige Pflegeberaterin oder eine sonstige Beratungsstelle benannt werden.

Die Pflegeberatung hat einen individuellen Versorgungsplan zu erstellen, in denen erforderliche Sozialleistungen und Hilfen dargestellt werden.

Bewertung

Das DRK begrüßt, dass zukünftig ratsuchenden Leistungsbezieherinnen und -bezieher die Pflegekassen vor Ort schnell und unbürokratisch feste Ansprechpartnerinnen und -partner für eine individuelle Beratung benennen – seien es die zuständigen Pflegeberater und Pflegeberaterinnen oder sonstige

Beratungsstellen, die entsprechend Hilfe und Unterstützung bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten im Sinne eines Fallmanagements leisten. Feste Ansprechpartnerinnen oder Ansprechpartner, die die ratsuchenden Leistungsbezieherinnen und –bezieher kontinuierlich beraten, schaffen Vertrauen und geben Orientierung und Sicherheit. Allerdings sollten Leistungsbezieherinnen und –bezieher eine Wahlmöglichkeit eröffnet werden und nicht nur eine konkrete Person oder eine Beratungsstelle genannt werden. Die Pflegeberatung sollte nicht nur durch die Pflegekassen oder Pflegestützpunkte, sondern auch durch Leistungsanbieter erfolgen können, um den Leistungsbezieherinnen und -bezieher von Beginn an Wahlmöglichkeiten einzuräumen und eine qualitätsgesicherte Beratung zu ermöglichen. Dies entspricht auch dem Subsidiaritätsprinzip und der Anbietervielfalt in der Altenhilfe.

Lösungsvorschlag

Das DRK empfiehlt, dass die Pflegekassen eine Liste mit wenigstens drei, besser fünf Adressen von in der Region verfügbaren Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern, Leistungsanbietern (die ja auch beratend tätig werden) und sonstigen Beratungsstellen den Leistungsbezieherinnen und -bezieher zur Verfügung stellen. Mit Blick auf den individuellen Versorgungsplan ist sicher zu stellen, dass dieser nicht verbindlich beim ersten Beratungstermin festgelegt wird, sofern die Leistungsbezieherin oder der Leistungsbezieher einen Wechsel der beratenden Person wünscht.

§7a Abs. 2

Referentenentwurf

Auf Wunsch eines Anspruchsberechtigten kann die Pflegeberatung auch gegenüber seinen Angehörigen, Lebenspartnern oder weiteren Personen oder in deren Anwesenheit erfolgen.

Bewertung

Positiv wertet das DRK, dass auf Wunsch des Anspruchsberechtigten die Pflegeberatung auch gegenüber seinen Angehörigen, Lebenspartnern oder weiteren Personen oder in deren Anwesenheit erfolgen soll. Wünschenswert

wäre hier jedoch, dass die in der Gesetzesbegründung angeführte Gruppe von anderen Personen nicht nur auf Angehörige oder Partnern einer eheähnlichen und lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft beschränkt ist, sondern auch weitere Personen, die dem Anspruchsberechtigten nahestehen, wie Freundinnen und Freunde oder Nachbarinnen und Nachbarn, umfassen sollte.

Lösungsvorschlag

Das DRK schlägt mit Blick auf die Pflegeberatung folgende Formulierung vor: „Auf Wunsch eines Anspruchsberechtigten nach Absatz 1 Satz 1 kann die Pflegeberatung auch gegenüber seinen Angehörigen, Lebenspartnerinnen oder -partnern oder weiteren ihm nahestehenden Personen oder in deren Anwesenheit erfolgen.“

§7a Abs. 3

Referentenentwurf

Die Pflegekassen setzen für die persönliche Beratung und Betreuung durch Pflegeberater und Pflegeberaterinnen entsprechend qualifiziertes Personal ein, insbesondere Pflegefachkräfte, Sozialversicherungsfachangestellte oder Sozialarbeiter mit der jeweils erforderlichen Zusatzqualifikation. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gibt unter Beteiligung der in § 17 Absatz 1a Satz 2 genannten Parteien bis zum 31. Juli 2018 Empfehlungen zur erforderlichen Anzahl, Qualifikation und Fortbildung von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern ab.

Die Qualifikationsanforderungen nach Satz 2 müssen spätestens zum 30. Juni 2011 erfüllt sein.

Bewertung

Das DRK begrüßt, dass für die Durchführung der Pflegeberatung einheitliche und fachlich fundierte Vorgaben eingeführt werden, die für alle Pflegeberaterinnen und Pflegeberater und sonstige Beratungsstellen verbindlich sind. Bezüglich der Qualifikation und Fortbildung der Pflegeberaterinnen und –berater sowie der erforderlichen Anzahl sollen jedoch erst zum 31.7.2018 vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen Empfehlungen gegeben werden. Dies ist

aus Sicht des DRK deutlich zu spät, zumal das Inkrafttreten des Gesetzes zum 1.1.2017 geplant ist. Da sich mit dem Pflegestärkungsgesetz II die Angebotsstruktur weiterhin für Leistungsempfängerinnen und –empfänger komplex darstellt und da längst nicht in allen Bundesländern Pflegestützpunkte existieren, sind die Leistungsempfängerinnen und -empfänger und ihnen nahestehende Personen auf eine qualifizierte und individuelle Pflegeberatung angewiesen.

Grundsätzliches Ziel muss es sein, dass die versicherte Person bzw. ihre Angehörigen eine Beratung „aus einer Hand“ erhalten. Das bedeutet, dass der Pflegeberater oder die Pflegeberaterin über alle Beratungsbereiche ausreichend informiert ist. Vor diesem Hintergrund ist der mögliche Einsatz von Sozialversicherungsfachangestellten zu kritisieren, die von ihrer Fachkompetenz ausschließlich über Leistungsansprüche beraten können.

Bis zum Vorliegen der Empfehlungen des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen sollte die Beratung daher vorrangig von Pflegefachkräften mit einer dreijährigen Fachausbildung durchgeführt werden. Dies wird beispielsweise auch in den Rahmenverträgen über die ambulante pflegerische Versorgung gemäß §75 Abs. 1 SGB XI hinsichtlich der Feststellung der individuellen Ressourcen und des Pflegebedarfs/Erstellung der Pflegeanamnese und Informationssammlung zur Pflegeplanung (sog. Erstbesuch) sowie der neuen Feststellung der individuellen Ressourcen und des Pflegebedarfs/Anpassung der Pflegeplanung (sog. Folgebesuch) gefordert.

Lösungsvorschlag

Das DRK fordert, dass die Empfehlungen zu den Qualifikationen und Fortbildungen von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern zum Inkrafttreten des Gesetzes vorliegen. Das Wort „Sozialversicherungsfachangestellte“ ist zu streichen.

Der Satz „Die Qualifikationsanforderungen nach Satz 2 müssen spätestens zum 30. Juni 2011 erfüllt sein“, ist zu streichen, da der Termin verstrichen ist.

§7a Abs. 7

Referentenentwurf

Die Landesverbände der Pflegekassen vereinbaren gemeinsam und einheitlich mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V., den nach Landesrecht bestimmten Stellen für die wohnortnahe Betreuung im Rahmen der örtlichen Altenhilfe und den zuständigen Trägern der Sozialhilfe sowie mit den kommunalen Spitzenverbänden auf Landesebene Rahmenverträge über die Zusammenarbeit in der Beratung. Zu den Verträgen nach Satz 1 sind die für die Beratung von Hilfebedürftigen maßgeblichen Verbände auf Landesebene nach § 11 Absatz 5 des Zwölften Buches anzuhören.

Bewertung

Das in Absatz 7 formulierte Ziel, die strukturierte Zusammenarbeit der Pflegeberaterinnen und –berater, die in der Pflegeberatung im Sinne der Pflegeversicherung beschäftigt sind, durch Rahmenvereinbarungen auf Landesebene zu fixieren und dementsprechend zu erreichen, kann vom DRK nur begrüßt werden.

Die für die Beratung von Hilfebedürftigen zuständigen Verbände haben jedoch aus nicht nachvollziehbaren Gründen in diesem Kontext nur ein Anhörungsrecht, sollten aber innerhalb der Vereinbarungspartner aufgezählt werden. Wie bereits zu §7a Abs. 1 angeführt, gilt es, dem Subsidiaritätsprinzip entsprechend, auch bei der Pflegeberatung die Anbietervielfalt in der Altenhilfe zu gewährleisten. Dementsprechend sind bei den Vereinbarungen zu den Rahmenverträgen über die Zusammenarbeit in der Beratung auch die Verbände einzubeziehen, die für die Beratung von Hilfebedürftigen zuständig sind.

Lösungsvorschlag

Das DRK fordert, dass die für die Beratung von Hilfebedürftigen zuständigen Verbände innerhalb der Vereinbarungspartner aufgezählt werden. Lösungsmöglichkeit zu § 7a Absatz 7 wird wie folgt formuliert:

„(7) Die Landesverbände der Pflegekassen vereinbaren gemeinsam und einheitlich mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V., den nach Landesrecht bestimmten Stellen für die wohnortnahe Betreuung im Rahmen

der örtlichen Altenhilfe, den für die Beratung von Hilfebedürftigen maßgeblichen Verbänden auf Landesebene nach § 11 Absatz 5 des Zwölften Buches und den zuständigen Trägern der Sozialhilfe sowie mit den kommunalen Spitzenverbänden auf Landesebene Rahmenverträge über die Zusammenarbeit in der Beratung.“

§7a Abs. 9

Referentenentwurf

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt dem Bundesministerium für Gesundheit alle drei Jahre, erstmals zum 30. Juni 2020, einen unter wissenschaftlicher Begleitung zu erstellenden Bericht über die Erfahrungen und Weiterentwicklung der Pflegeberatung und Pflegeberatungsstrukturen sowie über die Durchführung, Ergebnisse und -Wirkungen der Beratung in der eigenen Häuslichkeit sowie die Fortentwicklung der Beratungsstrukturen nach § 37 Absatz 3 bis 8.

Bewertung

Das DRK begrüßt grundsätzlich die Berichtspflicht des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit, weist aber darauf hin, dass beim Einholen der benötigten Daten bei den beratenden Leistungserbringern ein entsprechender zusätzlicher Verwaltungsaufwand entstehen würde und refinanziert sein sollte.

§ 7b Abs. 1 – 4 Beratungsgutscheine

Referentenentwurf

Die Pflegekasse hat dem Antragsteller unmittelbar nach Eingang eines erstmaligen Antrags einen konkreten Beratungstermin anzubieten oder einen Beratungsgutschein auszustellen.

Auszug aus der Gesetzesbegründung:

Bereits nach geltendem Recht umfasst der Anspruch nach § 7a für Pflegebedürftige auf Wunsch auch eine Wiederholung der Pflegeberatung. Zur Verbesserung der Beratung wird die Frist von 14 Tagen, die für die Benennung eines konkreten Beratungstermins und einer Kontaktperson bzw. für die Aushängung eines Beratungsgutscheines durch die Pflegekasse einzuhalten

ist, beibehalten. Es wird darüber hinaus zusätzlich gesetzlich geregelt, dass die 14-Tage-Frist künftig nicht nur bei Erstanträgen wie bisher, sondern auch bei späteren Anträgen, etwa wenn aufgrund einer Krisensituation, in der die Pflege kurzfristig berufstätige Angehörigen sicherzustellen ist (vgl. § 44a), oder bei Anträgen, die auf ein Neueinstufungsverfahren abstellen oder den Wechsel von Geld- zu Sachleistungen, die Inanspruchnahme von Kombinationsleistungen, so genannter gepoolten Leistungen oder gegenseitig anrechenbarer Leistungen zum Inhalt haben, einzuhalten ist.

Bewertung:

Das DRK begrüßt ausdrücklich, dass bezüglich der Beratung die 14-Tage-Frist auch bei späteren Anträgen eingehalten werden soll. Dies entspricht den Pflegerealitäten, dass sich Pflegesituationen häufig sehr kurzfristig ändern und Antragsteller und ihnen nahestehende Personen einen zeitnahen Beratungsbedarf haben.

§ 30 Absatz 1 Satz 1 Dynamisierung, Verordnungsermächtigung

Referentenentwurf

Der Gesetzgeber will die für das Jahr 2017 vorgesehene Prüfung der Notwendigkeit einer Leistungsdynamisierung aufgrund der zeitlichen Nähe zur grundsätzlichen Neufestsetzung der Leistungsbeträge im Rahmen der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs aussetzen. Die vorgesehene Dynamisierung soll in die Gesamtausgestaltung der neuen Leistungsbeträge der Pflegeversicherung direkt integriert werden. Die nächste Prüfung der Notwendigkeit einer Leistungsanpassung soll im Jahr 2020 erfolgen.

Bewertung

Das DRK kritisiert die geplante Anpassungsregelung des § 30 SGB XI, die Prüfung der Notwendigkeit einer Leistungsanpassung auf das Jahr 2020 zu verlegen. Das DRK weist diesbezüglich insbesondere auch darauf hin, weil mit dem geplanten Pflegestärkungsgesetz II keine weiteren – der Preis- und

Personalkostenentwicklung angemessenen – Leistungsverbesserungen der Pflegeversicherung verbunden sind. Deshalb spricht sich das DRK wiederholt dafür aus, eine regelmäßige, regelgebundene und vor allem jährliche Leistungsdynamisierung zur dauerhaften Sicherung der Realwertkonstanz der Leistungsbeträge gesetzlich zu verankern.

§43a Zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen

Referentenentwurf

Für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen übernimmt die Pflegekasse zur Abgeltung der in § 43 Abs. 2 genannten Aufwendungen - auch weiterhin - zehn vom Hundert des nach § 75 Abs. 3 des Zwölften Buches vereinbarten Heimentgelts.

Bewertung

Hierbei handelt es sich um eine sachgerechte redaktionelle Änderung, dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff folgend. Grundsätzlich wäre außerhalb des PSG II zu klären, in wie weit die Anteile der Pflegeleistungen in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen vollumfänglich zu übernehmen sind.

§ 55 Abs. 1 Satz 1 Beitragssatz

Referentenentwurf

Der Beitragssatz beträgt bundeseinheitlich **2,55** Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder

Auszug aus der Gesetzesbegründung:

Die Beitragssatzerhöhung trägt dem Finanzbedarf der sozialen Pflegeversicherung Rechnung. Parallel zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wird der Beitragssatz um 0,2 Prozentpunkte angehoben.

Bewertung

Das DRK erachtet die Anhebung des Beitragssatzes auf bundeseinheitlich 2,55 Prozent im Rahmen der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs als notwendig und spricht sich weiterhin ausdrücklich für eine langfristig nachhaltige, paritätische, demografie- und krisensichere Finanzierung der Pflegeversicherung aus, welche die nachfolgenden Generationen nicht über Gebühr belastet.

Die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs bedingt eine Beitragssatzsteigerung, denn der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff wird dazu beitragen, dass Menschen mit kognitiven und psychischen Einschränkungen bessere Pflegeversicherungsleistungen als bisher erhalten.

Mit Blick auf die Finanzierung der Pflege erachtet das DRK es als grundsätzlich unabdingbar, dass die gesetzlichen Grundlagen es den Trägern von Einrichtungen und Diensten ermöglichen müssen, 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.

Artikel 4 / Änderung

Sozialgesetzbuch (SGB) Drittes Buch (III) - Arbeitsförderung - (Artikel 1 des Gesetzes vom 24. März 1997, BGBl. I S. 594)

§ 28a Versicherungspflichtverhältnis auf Antrag

Ein Versicherungspflichtverhältnis auf Antrag können Personen begründen, die als Pflegeperson einen dem Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 im Sinne des Elften Buches zugeordneten Angehörigen, der Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung nach dem Elften Buch oder Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch oder gleichartige Leistungen nach anderen Vorschriften bezieht, regelmäßig an mindestens zwei Tagen in der Woche pflegen; bei Pflege mehrerer Angehöriger ist die Häufigkeit der Pflegeeinsätze pro Woche insgesamt maßgebend.

Aus der Gesetzesbegründung:

Wegen des geringen Umfangs des Pflegebedarfs ist die Absicherung in der Arbeitslosenversicherung – ebenso wie die rentenrechtliche Absicherung – nicht für Pflegepersonen geöffnet, die einen Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 pflegen.

Bewertung

Das DRK wertet die sozialversicherungsrechtliche Unterscheidung bei den Pflegepersonen bezüglich der Pflegegrade kritisch. Die Wertschätzung und Anerkennung der Leistungen pflegender Angehöriger sollte sich auch in der sozialrechtlichen Absicherung der Pflegepersonen widerspiegeln.

Das DRK gibt zudem zu bedenken, dass bereits die Versorgungszeit für einen Menschen mit Pflegebedarf mit dem Pflegegrad 1 nicht unerheblich ist. Zudem ist die Differenz zu der Versorgungszeit für einen Menschen mit Pflegebedarf 2 vergleichsweise nicht sehr groß. So zeigt der Endbericht zur Evaluation des NBA von Prof. Rothgang und anderen (2015, S. 64), dass die Versorgungszeit für Bewohnerinnen und Bewohner mit dem Pflegegrad 1 in stationären Einrichtung bei durchschnittlich 106 Minuten am Tag liegt. Bei Pfe-

gegrad 2 liegt die Versorgungszeit um 23 Minuten höher bei durchschnittlich 129 Minuten am Tag.

Pflegende Angehörige, die an zwei Tagen ihren pflegebedürftigen Angehörigen mit dem Pflegegrad 1 pflegen, sollten mit Blick auf ihre soziale Sicherung nicht benachteiligt sein gegenüber pflegenden Angehörigen, die einen Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 2 oder höher pflegen. Zu bedenken ist, dass auch pflegende Angehörige, die einen Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 pflegen, gegebenenfalls ihre Arbeitszeit auf 30 Stunden reduzieren müssen und eventuell auch minderjährige Kinder zu versorgen haben. Die Bereitschaft zur Pflege kann mit einer Gleichbehandlung der pflegenden Angehörigen gefördert werden und würde gegebenenfalls für Männer die Hürde senken, verstärkt Pflegeaufgaben zu übernehmen. Dies würde eine geschlechtergerechte Pflegeaufgabenverteilung fördern.

Lösungsvorschlag

Das DRK empfiehlt, dass pflegende Angehörige bei der Pflege eines Pflegebedürftigen des Pflegegrad 1 ebenfalls rentenversichert werden und freiwillig Mitglied in der Arbeitslosenversicherung sein können.

Artikel 6 / Änderung

Sozialgesetzbuch (SGB) Sechstes Buch (VI) - Gesetzliche Rentenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 18. Dezember 1989, BGBl. I S. 2261, 1990 I S. 1337)

§ 3 Sonstige Versicherte

Referentenentwurf

Versicherungspflichtig sind Personen in der Zeit, in der sie einen Pflegebedürftigen des Pflegegrades 2, 3, 4 oder 5 in seiner häuslichen Umgebung regelmäßig an mindestens zwei Tagen in der Woche nicht erwerbsmäßig pflegen (nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen), wenn sie die Voraussetzungen des § 44 Absatz 1 des Elften Buches erfüllen und der Pflegebedürftige Anspruch auf Leistungen aus der sozialen oder einer privaten Pflegeversicherung hat; dies gilt auch, wenn die Voraussetzungen nur durch die Pflege mehrerer Pflegebedürftiger erfüllt werden.

Bewertung und Lösungsvorschlag

Wie zu Artikel 4 bereits angeführt, plädiert das DRK für die gleichberechtigte Anerkennung von pflegenden Angehörigen unabhängig von der Höhe des Pflegegrads der Pflegebedürftigen. Auch für pflegende Angehörige, die eine pflegebedürftige Person mit Pflegegrad 1 pflegen, sollte die Rentenversicherung Beiträge zur Rentenversicherung zahlen.

Artikel 7 / Änderung:

Siebttes Buch Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Unfallversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes vom 7. August 1996, BGBl. I S. 1254)

§ 2 Abs. 17 Versicherung kraft Gesetzes

Kraft Gesetzes sind versicherte Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 und 2 des Elften Buches bei der Pflege eines Pflegebedürftigen des Pflegegrades 2, 3, 4 oder 5 im Sinne der §§ 14, 15 Absatz 3 des Elften Buches; die versicherte Tätigkeit umfasst körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen in den in § 14 Absatz 2 des Elften Buches genannten Bereichen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung.

Bewertung und Lösungsvorschlag

Aus der Sicht des DRK ist der Einbezug von Pflegepersonen in den Unfallversicherungsschutz, die einen Pflegebedürftigen des Pflegegrades 2, 3, 4 oder 5 bei der Führung des Haushaltes behilflich sind, äußerst sinnvoll.

Das DRK fordert, dass auch pflegende Angehörige, die einen Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 pflegen, in die Unfallversicherung einbezogen werden. Denn zum einen kann ein Unfall auch bei einer zeitlich weniger umfassenden Pflegetätigkeit erfolgen und zum anderen sollten diese pflegenden Angehörigen mit Blick auf die soziale Sicherung jenen gleichgestellt sein, die Pflegebedürftige mit einem Pflegegrad 2 oder höher pflegen (vgl. hierzu die Ausführungen zu Artikel 4 und 6).

Zu C. Gemeinsame Stellungnahme der in der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW) kooperierenden Verbände



**Stellungnahme
der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege
(BAGFW)
zum
Referentenentwurf für ein Zweites Gesetz zur Stärkung
der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vor-
schriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II)
Stand: 07.07.2015**

Die BAGFW bedankt sich für die Möglichkeit, zum o.g. Gesetz Stellung nehmen zu können. Von dieser Möglichkeit machen wir sehr gerne Gebrauch und nehmen insbesondere zu folgenden Themen Stellung:

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

Zu 1. Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff

§ 2 neu:

Selbstbestimmung

Referentenentwurf

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

Bewertung

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

§ 4 neu:

Art und Umfang der Leistungen

Referentenentwurf

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

Bewertung

Der Begriff der „Grundpflege“, der 1967 durch den Krankenhausökonom Siegfried Eichhorn als Gegensatz zur „Behandlungspflege“ als Übersetzung aus englischsprachigen Arbeiten eingeführt wurde, entspricht einer Dichotomie, der aus dem ganzheitlichen Verständnis von Pflege in pflegewissenschaftlicher Betrachtung schon seit vielen Jahren widersprochen wird. Der Begriff der Grundpflege entbehrt zudem einer Legaldefinition. Daher begrüßt die BAGFW, dass dieser Begriff als Leistungsart mit der Einführung des neu-

en Pflegebedürftigkeitsbegriffs aus dem SGB XI entfernt wird. Die Ersetzung des Begriffs der Grundpflege durch „körperbezogene Pflegemaßnahmen“ greift jedoch zu kurz, denn „nursing“ umfasst nicht nur körperbezogene Pflegetätigkeiten, sondern auch Motivierung, Aktivierung, Kommunikation und Sinnfindung. Des Weiteren kann sich der Begriff der „körperbezogenen Pflegemaßnahmen“ auch auf die sog. behandlungspflegerischen Maßnahmen erstrecken, welche dem Grundsatz nach zu den Aufgaben der Krankenversicherung gehören und im SGB V geregelt sind. Daher ist dieser Begriff nicht hinreichend trennscharf und auch pflegfachlich nicht zu begründen. Die BAGFW schlägt vor, das Adjektiv „körperbezogen“ entfallen zu lassen und für die „körperbezogenen Pflegemaßnahmen“ und die „pflegerischen Betreuungsmaßnahmen“ gemeinsam den Begriff der „pflegerischen Maßnahmen gemäß § 14 Absatz 2“ zu verwenden. Pflegerische Maßnahmen umfassen in einem ganzheitlichen Pflegeverständnis nicht nur die somatischen Verrichtungen, sondern auch Betreuung. Mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff soll der somatische, auf körperliche Verrichtungen bezogene enge Pflegebegriff überwunden werden. Daher sollten keine neuen, künstlichen Dichotomien zwischen körperbezogenen Maßnahmen und Betreuungsmaßnahmen geschaffen werden.

Ausdrücklich begrüßt wird die Verwendung des Begriffs der „Maßnahme“, denn dieser orientiert sich an den Fähigkeiten und somit am Konzept des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, der den Grad der Selbständigkeit misst.

Es ist sachgerecht, die bisherige Begrifflichkeit der „hauswirtschaftlichen Versorgung“ durch das auf Unterstützungstätigkeiten gerichtete Konzept der „Hilfen bei der Haushaltsführung“ zu ersetzen.

Lösungsvorschlag

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

§ 14 neu: Begriff der Pflegebedürftigkeit

Referentenentwurf

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

Bewertung

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

Durch das neue Begutachtungsinstrument (NBA) lässt sich die Beeinträchtigung der Selbständigkeit bzw. das Ausmaß, in welchem eine Fähigkeit noch vorhanden ist, künftig wesentlich genauer erheben. Die Module mit ihren Unterkategorien ermöglichen Aussagen zum Grad der Selbständigkeit bei Aktivitäten und hinsichtlich von Fähigkeiten, die bisher kaum oder nur unzureichend darstellbar waren. Besonders hervorzuheben sind die Module 2, 3, 5 und 6. Sie erfassen die kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten (Modul 2). Die Erfassung der örtlichen, zeitlichen Orientierung sowie der Fähigkeit, im Alltag Handlungen in der richtigen Reihenfolge auszuführen und Risiken und Gefahren wie z.B. Barrieren am Boden zu erkennen, wird in diesem Differenzierungsgrad im heutigen Begutachtungssystem und auch in der Versorgungspraxis nicht erhoben. Diese Erkenntnisse sind jedoch wesentlich, um den Unterstützungsbedarf zu ermitteln, aber auch Fähigkeiten durch gezielte pflegerische Interventionen wiederzuerlangen. Ähnliches gilt auch für die Erfassung von Verhaltensweisen, die Ausdruck psychischer Problemlagen sind (Modul 3), wie z.B. Autoaggressionen, lautes Rufen, Schreien, Klagen, Ängstlichkeit, depressive Stimmungslagen oder sozial unangemessenes Verhalten. Auch diese Beeinträchtigungen werden im heutigen Begutachtungssystem nur sehr unzureichend, im NBA hingegen sehr differenziert erfasst und können im Rahmen des individuellen Pflegeprozesses genutzt werden, um zur Überwindung von psychischen Problemen zu motivieren, emotional zu unterstützen und um Deutungs- und Orientierungshilfen im Alltag zu geben. In Modul 5 wird die Selbständigkeit in Bezug auf die Krankheitsbewältigung erfasst. Was sich auf den ersten Blick wie der uns bekannte Katalog behandlungspflegerischer Maßnahmen liest, ist in Wirklichkeit ein Instrument, um zu erfassen, inwiefern ein pflegebedürftiger Mensch noch selbst seine Medikamente einnehmen, Blutzucker oder Blutdruck messen kann etc. Im Unterschied zum heutigen Begutachtungssystem soll aber nicht nur eruiert werden, in welchem Umfang der pflegebedürftige Mensch der Unterstützung bei diesen pflegerischen Maßnahmen bedarf, sondern wie er durch Motivation, Anleitung, Beratung und Edukation befähigt werden kann, sich selbst zu versorgen. Auch die Fähigkeiten zur Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte (Modul 6) werden heute nur zu einem kleinen Ausschnitt erfasst, nämlich bezüglich der allgemeinen Beaufsichtigung und Betreuung.

Im Unterschied dazu wird im NBA gezielt erhoben, welche Fähigkeiten zur Gestaltung des Tagesablaufs gegeben sind, ob sich jemand selbst mit sich beschäftigen und ob er mit Personen in seinem näheren und weiteren Umfeld Kontakte pflegen kann. Diese Informationen sind erforderlich, um eine den individuellen Gewohnheiten und Bedürfnissen adäquate Pflege und Teilhabe planen zu können. Das NBA leistet somit aufgrund seiner umfassenden und differenzierten Erhebung der relevanten somatischen, kognitiven, kommunikativen, psycho-sozialen Fähigkeiten und Kompetenzen zur Krankheitsbewältigung einen wichtigen Beitrag zur Erfassung von Potenzialen und Ressourcen, um einen möglichst hohen Grad an Selbständigkeit zu bewahren und wiederzugewinnen. Dem neuen Begutachtungsassessment ist somit auch ein präventiver und rehabilitativer Charakter inhärent. Die in Absatz 2 des § 14 beschriebenen Module und deren Ausprägungen entsprechen vollumfänglich der Beschreibung der Module aus dem Abschlussbericht der Drs. Wingensfeld, Büscher und Gansweid zu Hauptphase 1 zum Neuen Begutachtungsassessment zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit vom 25. März 2008.

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

Wir regen zudem an, den Begriff der „Fähigkeitsstörungen“ in § 14 Absatz 1 zu überdenken, denn der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff umfasst nicht nur Beeinträchtigungen der Selbständigkeit, sondern in den Modulen 2 und 3 auch Beeinträchtigungen in den Fähigkeiten, Der Begriff der „Fähigkeitsstörung“ entstammt jedoch der ICIDH und ist daher veraltet. Der Begriff der Fähigkeitstörung sollte durch den Begriff „Beeinträchtigung der Fähigkeiten“ ersetzt werden.

Lösungsvorschlag

In § 14 Absatz 1 Satz 1 (und passim) werden die Wörter „die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder von Fähigkeitstörungen“ ersetzt durch „die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder von Fähigkeiten“.

§ 15 neu:

Ermittlung des Grads der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument i.V. mit § 17 Absatz 1 Erlass einer Rechtsverordnung i.V. Artikel 5 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Referentenentwurf

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

Die Erfassung des Pflegegrads erfolgt in einem mehrschrittigen Verfahren, das in den Absätzen 2 und 3 des § 15 SGB XI neu beschrieben wird. Jeder Merkmalsausprägung der Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder Fähigkeit in jedem Modul wird bei der Einschätzung durch den Gutachter ein Einzelpunktwert zugeordnet. Die Einzelpunktwerte eines Moduls werden nach dem Schweregrad der Beeinträchtigung einem von insgesamt 5 Punktbereichen (0-4) zugeordnet. Im Punktbereich 0 liegt keine Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder Fähigkeitsstörung vor. Die Punktbereiche 1 bis 4 skalieren die Schweregrade der Beeinträchtigungen und Fähigkeitsstörungen im Weiteren. Im Punktbereich 1 sind geringe Beeinträchtigungen erfasst, im Punktbereich 2 erhebliche Beeinträchtigungen, im Punktbereich 3 schwere Beeinträchtigungen und im Punktbereich 4 umfassende Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder Fähigkeitsstörungen. Jedem Punktbereich innerhalb eines Moduls wird dann ein gewichteter Punktwert zugeordnet. Die Gewichtung der Module nach § 15 Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 erfolgt auf der Grundlage empirischer Erkenntnisse aus dem ersten Expertenbeirat: So wird der Bereich der Selbstversorgung (Modul 4) mit 40 Prozent gewichtet, der Bereich der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten (Modul 2) und der Bereich der Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen (Modul 3) sowie die Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte (Modul 6) mit 15 Prozent. Der Bereich des Moduls Mobilität (Modul 1) wird mit 10 Prozent gewichtet. Der Bereich der Bewältigung von und des Umgangs mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen (Modul 5) wird mit 20 Prozent gewichtet. Eine Besonderheit bei der Teilsummenbildung für die Module 2 und 3 besteht darin, dass nicht die Teilsummenwerte für die beiden einzelnen Module, sondern nur der jeweils höchste Wert der Teilsumme entweder aus Modul 2 oder aber Modul 3 in die Gewichtung eingeht. Bei der Begutachtung sind die Einzelpunktwerte auf Modulebene zu addieren und dem jeweiligen Punktbereich zuzuordnen. Entsprechend dem jeweils erreichten Punktbereich sind die Einzelpunkte dann in die entsprechenden gewichteten Punktwerte umzurechnen. Aus den so gewichteten Punktwerten ist im nächsten Schritt für jedes Modul eine Teilsumme zu bilden. Aus den addierten Teilsummen ergibt sich schließlich der Gesamtpunktwert, der auf einer Skala von 0 bis 100 Punkten liegt. Aus dem Gesamtpunktwert ergibt sich die Zuordnung

zu einem der fünf Pflegegrade 1 bis 5. Die Festlegung der Punktbereiche und der gewichteten Punktwerte erfolgt durch das BMG im Einvernehmen mit dem BMAS, erstmals zum 1. Januar 2017.

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

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlässt im Rahmen der Vorziehregelung zum Präventionsgesetz nach § 17 Absatz 1 SGB XI neu unter Beteiligung des MDS Richtlinien zur pflegfachlichen Konkretisierung der Inhalte des Begutachtungsinstruments, insbesondere zu den in den Modulen enthaltenen Aktivitäten und Fähigkeiten, zur Einschätzung ihrer Ausprägung in den entsprechenden Kategorien und zur Höhe der Einzelpunktwerte sowie zum Verfahren der Feststellung von Pflegebedürftigkeit nach § 18. Bei der Erstellung der Richtlinien sind die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Sozialhilfeträger und die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene durch die Möglichkeit zur Stellungnahme zu beteiligen. Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung über die Richtlinie einzubeziehen. Die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen wirken nach Maßgabe der Verordnung nach § 118 Absatz 2 beratend mit. Sofern die Richtlinie nicht innerhalb der gesetzlich vorgegebenen Frist erlassen wird, kann das BMG die Richtlinien zum Begutachtungsinstrument und Begutachtungsverfahren selbst erlassen. Zur Sicherstel-

lung der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wurde der Spitzenverband Bund der Pflegekassen mit vorbereitenden Arbeiten zu dieser Richtlinie im Rahmen der Vorziehregelung zum Präventionsgesetz beauftragt.

Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbständigkeit und ihrer Fähigkeitsstörungen mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt. Um den Besonderheiten von Pflegebedürftigkeit bei Kleinkindern (0 – 18 Monate) gerecht zu werden, wurde die Einstufung in Pflegegraden für diese Gruppe verändert. Pflegegrad 2 wird erreicht bei einem Gesamtpunktwert zwischen 12,5 bis unter 27 Punkten, Pflegegrad 3 bei 27 bis unter 47,5 Punkten, Pflegegrad 4 bei 47,5 bis unter 70 Punkten, und Pflegegrad 5 bei 70 bis 100 Punkten.

Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz, insbesondere mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, sollen keine Leistungsverschiebungen zwischen der sozialen Pflegeversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung verbunden sein. Allerdings ergeben sich aus den neuen Begrifflichkeiten im Elften Buch rechtstechnische Änderungen im Fünften Buch. Diese werden in Artikel 5 des Gesetzes ausgeführt.

Bewertung

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

Zu § 15 Absatz 2 ist ein Punkt anzumerken: Redaktionell unklar ist, warum in Satz 2 Nummer 1 Buchstabe c in Bezug auf Modul 5 zwischen „Vorkommen“ und „Auftreten“ der krankheits- oder therapiebezogenen Maßnahmen unterschieden wird. Hier sollte man sich auf einen Begriff verständigen.

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

Die BAGFW begrüßt nachdrücklich, dass die einzelnen Verfahrensschritte, welche das NBA zur Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit vorgeschlagen hat, im Gesetzentwurf zu § 15 so dezidiert niedergelegt sind. Der Referentenentwurf sieht vor, dass das BMG im Einvernehmen mit dem BMAS die Punktbereiche und die gewichteten Punkte in einer Rechtsverordnung festlegt. Dabei sollte auf jeden Fall ergänzt werden, dass die Ministerien hierbei wissenschaftliche Expertise einzubeziehen haben.

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

statt der vom Expertenbeirat vorgesehenen Schwelle 30 Punkte. Pflegegrad 3 wird bereits mit 47,5 Punkten statt der vorgesehenen 50 Punkte erreicht.

Die leistungsrechtlichen Folgen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs werden im SGB V nicht ausgeführt. Mit PSG II, insbesondere mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, sollen keine Leistungsverschiebungen zwischen der sozialen Pflegeversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung verbunden sein. In Artikel 5 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch werden in § 37 SGB V rechtstechnische Änderungen vorgenommen, die sich aus den neuen Begrifflichkeiten im SGB XI ergeben. So wird § 37 Absatz 2 Satz 1, 2. Halbsatz SGB V wie folgt gefasst: „der Anspruch umfasst krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen auch in den in § 14 Absatz 2 Nummer 1 und 4 des Elften Buches genannten Bereichen sowie bei Hilfen bei der Haushaltsführung, in denen dieser Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14 und 15 des Elften Buches zu berücksichtigen ist“. Die rechtstechnischen Änderungen im Fünften Buch halten wir für sachgerecht.

Allerdings fehlt eine entsprechende analoge Regelung in § 15 SGB XI bzw. die bisherige analoge Regelung in § 15 Absatz 3 Satz 2 und 3 wurde nicht neu formuliert, sondern ersatzlos gestrichen. Dieser ersatzlosen Streichung können wir nicht zustimmen. Um leistungsrechtliche Abgrenzungsprobleme zu vermeiden, schlagen wir die Einführung eines § 15 Absatz 6 neu vor. In diesem ist weiterhin analog zum bisherigen § 15 Absatz 3 Satz 2 und 3 auf die Schnittstelle zum SGB V hinzuweisen. Es ist klarzustellen, dass der Schweregrad der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Störungen bei den Aktivitäten und Fähigkeiten auch dann zu ermitteln ist, wenn der Hilfebedarf zu Leistungen nach dem Fünften Buch führt. Dies gilt insbesondere für das Modul 5 Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen. Des Weiteren ist darauf zu verweisen, dass der Anspruch auf häusliche Krankenpflege krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen auch dann umfasst, wenn in den in § 14 Absatz 2 Nummer 1 und 4 des Elften Buches genannten Bereichen sowie bei Hilfen bei der Haushaltsführung dieser Hilfebedarf bei der Feststel-

lung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14 und 15 des Elften Buches zu berücksichtigen ist.

Der Expertenbeirat empfahl bei der Begutachtung der Kinder bis 18 Monate, diesen einen Pflegegrad zwischen 2 und 3 (bei 30 Punkten) pauschal zuzuordnen. Die hier vorgeschlagene Regelung ordnet die Kinder generell einen Pflegegrad höher zu als die Erwachsenen. Die Abweichung von den Empfehlungen ist allein aufgrund der Gesetzesbegründung nicht nachvollziehbar. Für die Zuordnung zu Pflegegrad 5 werden zwei Schwellenwerte angegeben: Nach Nummer 4 der Schwellenwert ab 70 Punkten und nach Nummer 5 der Schwellenwert ab 90 Punkten. Da dies unlogisch ist, gehen wir von einem redaktionellen Versehen aus.

Lösungsvorschlag

§ 15 Abs. 6 neu ist wie folgt zu formulieren

Bei der Erhebung des Schweregrads der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Störungen bei den Aktivitäten und Fähigkeiten sind auch dann die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Störungen bei den Aktivitäten und Fähigkeiten zu ermitteln, wenn der Hilfebedarf zu Leistungen nach dem Fünften Buch führt. Dies gilt insbesondere für das Modul 5 Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen. Dies gilt auch unabhängig davon, dass die Leistungen der häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs.1 und 2 SGB V krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen auch in den in § 14 Absatz 2 Nummer 1 und 4 des Elften Buches genannten Bereichen sowie bei Hilfen bei der Haushaltsführung, in denen dieser Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14 und 15 des Elften Buches zu berücksichtigen ist, beinhalten“.

§ 18 neu:

Verfahren zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit

Referentenentwurf

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

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

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

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

jedoch spätestens mit Übersendung des Bescheids über die Feststellung von Pflegebedürftigkeit, die Entscheidung übermittelt.

Bewertung

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

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

Eine erhebliche bürokratische Entlastung der Versicherten stellt auch die vorgeschlagene Vereinfachung des Antragsverfahrens auf Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel dar. Im Gesetzestext sollte lediglich klargestellt werden, dass sich die Entscheidung des Leistungsträgers auf die Bewilligung der empfohlenen Hilfs- und Pflegehilfsmittel bezieht.

Die BAGFW hatte sich stets dafür eingesetzt, dass auch die Module 7 und 8 bei der Feststellung des Verfahrens zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit Berücksichtigung finden. Auch wenn die Erhebung von Aktivitäten im Rahmen dieser beiden Module für die Feststellung des Pflegegrades pflegewissenschaftlich nicht erforderlich ist, ist es notwendig, die Hilfebedarfe in den Bereichen Haushaltsführung und außerhäusliche Aktivitäten zu ermitteln. Wir unterstützen daher nachdrücklich, dass die Module 7 und 8 in § 18 als neuer Absatz 5a eingefügt wurden. Wichtig ist auch, dass die außerhäuslichen Aktivitäten auch erfasst werden, wenn Menschen in einer Einrichtung leben. Gegenüber dem Beiratsbericht wurde bei den außerhäuslichen Aktivitäten

ergänzt, dass diese sich auch auf den Besuch von Tagesbetreuungsangeboten beziehen können. Dies ist ebenso positiv zu bewerten wie die ausdrückliche Nennung der Wäschepflege im Bereich der Haushaltsführung in Nummer 2 des Absatzes 5a.

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

1. Bei verkürzten Fristvorgaben, z. B. beim Aufenthalt des Versicherten im Krankenhaus, muss das Gutachten nur die Feststellung beinhalten, ob Pflegebedürftigkeit i.S. der §§ 14 und 15 vorliegt. In der Regel wird hier bisher die vorläufige Pflegestufe 1 bzw. künftig Pflegegrad 2 ausgesprochen, Diese Einstufung entspricht häufig nicht dem tatsächlichen Hilfebedarf der Versicherten, insbesondere bei einer Entlassung aus dem Krankenhaus oder aus einer stationären Rehabilitationseinrichtung. Diese Regelung führt in der Praxis zu vielfältigen Problemen, sowohl für den Versicherten und seine Angehörigen als auch für die Einrichtungen und Dienste. Zur Stärkung der Rechte pflegebedürftiger Menschen sollte auch bei einem verkürzten Verfahren der tatsächliche Pflege-/Hilfebedarf des Versicherten ermittelt werden, und die Pflegebedürftigen eine konkrete Zuordnung in einen Pflegegrad entsprechend ihres Pflege-/Hilfebedarfs erhalten. Dies kann nach § 33 Absatz 1 SGB XI ggf. auch auf einen kürzeren Zeitraum befristet werden, beispielsweise für die Dauer eines anschließenden Kurzzeitpflegeaufenthalts.
2. Für die Ungleichbehandlung von Antragstellern in stationären Einrichtungen gegenüber Antragstellern im ambulanten Bereich nach § 18 Absatz 3b Satz 2 SGB XI besteht kein sachlicher Grund. Auch der Antragsteller, der sich in einer stationären Einrichtung befindet, sollte 70 Euro für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung erhalten, falls der Gesetzgeber überhaupt an dieser Regelung festhalten will.

Lösungsvorschlag

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

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

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

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

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

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

§ 18c neu:

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

Referentenentwurf

Die Neuregelung sieht die Einrichtung eines Begleitgremiums durch das BMG vor, welches die Vorbereitung der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14, 15 und 18 pflegfachlich und wissenschaftlich unterstützen soll. Aufgabe des Beirats soll, neben der Klärung fachlicher Fragen, auch ausdrücklich die Unterstützung des Spitzenverbands der Pflegekassen, der Medizinischen Dienste und der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene bei der Umstellung auf das neue System sein.

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

Bewertung

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

Für den vollstationären Bereich ist aus Sicht der BAGFW die genaue Betrachtung der Bemessungsgrundlagen, insbesondere die der Personalricht-

werte und der Verteilung in den Pflegegraden, für den Umstellungszeitraum in ein Monitoringverfahren einzubinden. Die Aufgaben dieses Begleitgremiums sollen aus Sicht der BAGFW um die konkrete fachliche Beratung zu diesem Themenbereich ergänzt werden. Den nachfolgenden Vorschlag hat die BAGFW gleichlautend als Lösung in Verbindung mit der Umsetzung der Überleitung stationär in Punkt 3 aufgeführt:

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

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

§ 28 neu:

Leistungsarten, Grundsätze

Referentenentwurf

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

Bewertung

Die Änderungen sind überwiegend sachgerecht. Unklar ist, warum Ziffer 12a Umwandlungsanspruch gesondert aufgezählt wird. Es handelt sich hierbei nicht um eine Leistungsart, sondern lediglich um eine Form, wie die Leis-

tungsarten in Kombination miteinander in Anspruch genommen werden können.

Lösungsvorschlag

Streichung von Ziffer 12a.

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

§ 28a neu:

Leistungen bei Pflegegrad 1

Referentenentwurf

Pflegegrad 1 wird nach dem vorliegenden Referentenentwurf mit anderen, geringeren Leistungen belegt als die übrigen Pflegegrade. Pflegegrad 1 umfasst die Leistungen der Pflegeberatung nach den §§ 7a und 7b, die Beratung in der Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3, die zusätzlichen Leistungen in ambulant betreuten Wohngruppen gemäß § 38a, die Versorgung mit Pflege-

hilfsmitteln gemäß § 40 Absätze 1 bis 3 und 5, finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfeldes gemäß § 40 Absatz 4, die zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 43b und Zugang zu Pflegekursen für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen gemäß § 45. Zudem können Personen im Pflegegrad 1 den Entlastungsbetrag gemäß § 45b Absatz 1 Satz 1 in Höhe von 125 Euro monatlich erhalten, um sich auf der Basis der Kostenerstattung Leistungen der Tages- und Nachtpflege, der Kurzzeitpflege sowie Leistungen der ambulanten Pflegedienste im Sinne des § 36 sowie Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a Absatz 1 und 2 in Anspruch zu nehmen. Wenn Pflegebedürftige im Pflegegrad 1 vollstationäre Pflegeleistungen wählen, gewährt ihnen die Pflegeversicherung nach § 28a Absatz 3 einen Zuschuss in Höhe von 125 Euro.

Bewertung

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

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

§ 36 neu:

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

Referentenentwurf

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

Wie schon bisher, wird im Gesetz geregelt, dass Leistungen der Pflegeversicherung im Bereich der Betreuung gegenüber den Leistungen der Eingliederungshilfe nicht vorrangig sind. Sind die Träger der Eingliederungshilfe für pflegerische Betreuungsmaßnahmen zuständig, ist die Pflegeversicherung

nicht leistungsverpflichtet. Insoweit entspricht der neue Absatz 2 Satz 3 dem alten Absatz 1 Satz 7. Ausgeschlossen von Leistungen der häuslichen Pflegehilfe sind Hilfen in den Bereichen Kindergarten, Schule, Ausbildung, Beruf, Krankenbehandlung und Rehabilitation nach Absatz 2 Satz 2 neu SGB XI.

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

Bewertung

Korrespondierend zu § 4 Absatz 1 Satz 1 SGB XI neu wird das Wort „Grundpflege“ durch „körperbezogene Pflegemaßnahmen“ und die Wörter „hauswirtschaftliche Versorgung“ durch die Begriffe „Hilfen bei der Haushaltsführung“ ersetzt. Als neue regelhafte Leistung wird Betreuung als „pflegerische Betreuungsmaßnahmen“ ins SGB XI eingeführt. Mit Ausnahme der Tatsache, dass der Begriff „körperbezogene Pflegemaßnahmen“ kritikwürdig ist (vgl. die Ausführungen zu § 4 SGB XI oben), begrüßt die BAGFW nachdrücklich, dass Betreuung nun eine gleichrangige Leistung der Pflegesachleistung (häuslichen Pflegehilfe) wird. Es entspricht dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und seinem Pflegeverständnis, dass Betreuungsleistungen auch in Anspruch genommen werden können, wenn die körperbezogene Pflege und Hilfen zur Haushaltsführung nicht sichergestellt sind. Pflegebedürftige Menschen sollen aus Sicht der BAGFW frei wählen können, welche Leistungen sie sich im häuslichen Umfeld zusammenstellen wollen. Bei demenzkranken Personen können dies überwiegend Betreuungsleistungen sein, bei Personen mit somatischen Einschränkungen überwiegend grundpflegerische Maßnahmen.

Ausdrücklich positiv zu bewerten ist, dass die Leistungen der häuslichen Betreuung nach § 124 SGB XI in die Pflegesachleistungen nach § 36 integriert wurden. Dies entspricht den Empfehlungen des Expertenbeirats. Die pflegerischen Betreuungsmaßnahmen umfassen dabei die Leistungen, die bisher in § 124 Absatz 2 beschrieben wurden, nämlich Unterstützung von Aktivitäten im häuslichen Umfeld, die dem Zweck der Kommunikation und der Aufrechterhaltung der sozialen Kontakte dienen und Unterstützung bei der Gestaltung

des Alltags. Die Beeinträchtigungen, auf die sich diese Hilfen und Unterstützungsleistungen beziehen, liegen primär im Bereich des Moduls 6 Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte. Die Begründung zu § 36 weist ausdrücklich darauf hin, dass es darüber hinaus im Bereich der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen noch ein Spektrum an psycho-sozialer Unterstützung gibt, das unter Bezugnahme auf die Analysen von Wingendfeld & Gansweid (Analysen für die Entwicklung von Empfehlungen zur leistungsrechtlichen Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs; Abschlussbericht April 2013, S. 35) auch die folgenden Hilfen umfasst:

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

Positiv zu bewerten ist auch, dass der Gesetzgeber weiterhin an der Abgrenzung zwischen den Leistungen der Eingliederungshilfe und der Pflegeversicherung festhält. Dies ist umso mehr geboten, als Betreuung jetzt eine in den Pflegesachleistungen gleichwertige und regelhafte Leistung der Pflegeversicherung wird.

Problematisch ist hingegen die Abgrenzung von häuslicher Pflegehilfe nach § 36 und Hilfen in Kindergärten, Schulen, Ausbildung, Berufung, Krankenbehandlung und Rehabilitation in § 36 Absatz 2 Satz 2. Der Begriff der „Hilfen“ in Absatz 2 Satz 2 ist zu unbestimmt. Er könnte z.B. dahingehend ausgelegt werden, dass häusliche Pflegehilfe, z.B. Unterstützung beim Duschen eines pflegebedürftigen Kindes nach Schulsport, nicht mehr in Kindertagesstätten oder Schulen durchgeführt werden kann. Insgesamt bleibt unklar, was Satz 2 in Absatz 2 aussagen soll.

Die leistungsrechtlichen Auswirkungen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes werden im SGB V nicht ausgeführt. Um leistungsrechtliche Abgrenzungsprobleme zu vermeiden, ist bei § 36 weiterhin auf die Schnittstelle zum SGB

V hinzuweisen. Es ist klarzustellen, dass die körperbezogenen Pflegemaßnahmen sich auf die Pflegemaßnahmen bei den in § 14 genannten Bereichen beziehen, die krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen jedoch nicht dazu gehören, soweit diese im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 des Fünften Buches zu leisten sind.

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

Lösungsvorschlag

Um klarzustellen, dass Leistungen, die heute unter dem Begriff Grundpflege erfasst sind, auch weiterhin in Schulen und Kindertagesstätten sowie an anderen geeigneten Orten erbracht werden können, ist in § 36 Absatz 2 Satz 2 vor dem Wort „Hilfen“ das Wort „sonstige“ einzufügen.

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

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

§ 37 neu:

Pflegegeld i.V. mit der Aufhebung von §123

Referentenentwurf

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

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

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

Des Weiteren erhöht sich die Vergütung für den Beratungseinsatz, die nach Pflegegraden gestaffelt ist, um jeweils 1 Euro. Der Gesetzgeber beabsichtigt

jedoch auch eine Verbesserung der Qualitätssicherung. So sollen die Empfehlungen der Beratungsbesuche, die bisher gemeinsam durch den Spitzenverband der Pflegekassen, den Verband der PKV und die Vereinigungen der Träger der ambulanten Pflegeeinrichtungen beschlossen werden sollten, künftig von den Vertragsparteien nach § 113 gemäß § 113b beschlossen werden. Hierfür wird als Frist für den Beschluss der 1.1.2018 festgelegt. In § 37 Absatz 5 Satz 2 SGB XI neu wird zudem vorgesehen, dass der Beschluss auf Verlangen des BMG oder einer der Vertragsparteien nach § 113 neu zu treffen ist, wenn eine der Vertragsparteien im Einvernehmen mit dem BMG zum Beschluss neuer Empfehlungen aufruft.

Bewertung

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

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

Die Pflege in den Privathaushalten geht teilweise mit großen Belastungen einher. Nicht selten fehlt es an Wissen über Pflegetechniken, Entlastungsmöglichkeiten und Sozialleistungsansprüche. Für die Unterstützung pflegender Angehöriger sowie die Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der familialen Pflege kommt bestehenden Beratungs- und Schulungsangeboten eine zentrale Rolle zu. Die Beratung nach § 37 Absatz 3 SGB XI dient der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege, der regelmäßigen Hilfestellung und der praktischen pflegefachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden und der Stabilisierung des Pflegesettings. Vor diesem Hintergrund begrüßen die in der BAGFW kooperierenden Verbände, dass zukünftig auch Pflegesachleistungsbezieher halbjährlich einmal einen Beratungsbesuch in Anspruch nehmen können. Dies ermöglicht pflegebedürftigen Menschen und ihren

pflegenden Angehörigen, auch ohne Pflegegeldbezug den Beratungseinsatz in Anspruch zu nehmen. Wir halten es des Weiteren für erforderlich, dass alle pflegebedürftigen Menschen in der häuslichen Pflege die Beratung auch häufiger abrufen können als dies in § 37 Absatz 3 Satz. 1 SGB XI vorgesehen ist.

Die BAGFW unterstützt das Anliegen des Referentenentwurfs, den Beratungspflichteinsatz mit einer neuen Qualität zu versehen. Dieses Ziel wird mit den vorgeschlagenen Neuregelungen jedoch in keinster Weise erreicht. Zunächst ist die Erhöhung der Vergütung des Pflegepflichtesatzes um 1 Euro zwar zu begrüßen, sie reicht aber bei weitem nicht aus, um die notwendige Qualität zu gewährleisten.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Beratung mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs qualitativ einer Weiterentwicklung bedarf, da nicht nur zu Fragen in Bezug auf die körperlichen Einschränkungen beraten werden muss, sondern vor allem auch zu Fragen, welche die kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten und den Umgang mit psychischen Problemlagen und Verhaltensweisen betreffen. Ein solcher Beratungseinsatz ist in dem bisherigen, zunehmend engeren Zeitkorsett, nicht zu leisten. Er bedarf zudem einer entsprechend höheren, angemessenen Vergütung. Die Vergütungen der Einsätze sind so zu gestalten, dass sie auch aus wirtschaftlicher Sicht eine umfangreiche, individuelle und qualitätsgesicherte Beratung zulassen. Dies ist mit 23 bzw. 33 Euro nicht möglich. Eine qualitätsgesicherte Beratung erfordert nach unserer Einschätzung sicherlich den doppelten Betrag. Die Verbände der BAGFW hatten sich in den letzten Jahren bereits dafür eingesetzt, die Vergütungen nicht gesetzlich festzuschreiben, sondern zukünftig in den Grundsätzen für die Vergütungsregelung nach § 89 SGB XI zu vereinbaren. Auf dem Wege der Verhandlung können sie so an die allgemeine Lohnentwicklung angepasst werden und sind zudem schiedsstellenfähig.

Die Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche können aus Sicht der BAGFW durchaus von den Vertragsparteien nach § 113 beschlossen werden. Neben den bereits im Referentenentwurf beschriebenen Inhalten sollten nach Auffassung der BAGFW die Empfehlungen auch Kriterien für

eine angemessene Vergütung beschreiben; § 37 Absatz 4 ist entsprechend zu erweitern.

Lösungsvorschlag

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

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

Die Vergütung für den Pflegepflichteneinsatz ist in den Verträgen nach § 89 SGB XI zu regeln. In § 89 Absatz 1 Satz 1 sind nach den Wörtern „der Leistungen der häuslichen Pflegehilfe“ die Wörter „und die Vergütung für die Beratung nach § 37 Absatz 3 Satz 4“ einzufügen.

§ 38 neu:

Kombination von Geldleistung und Sachleistung

Referentenentwurf

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

Bewertung

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

Lösungsvorschlag

Streichung von Satz 3.

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

Referentenentwurf

Der pauschale Zuschlag für die Präsenzkraft wird von gegenwärtig 205 Euro monatlich auf 214 Euro monatlich erhöht. In Absatz 1 Nr. 4 wird u. a. der Klammerzusatz „anbieterverantwortete ambulant betreute Wohngruppe“ eingefügt. Des Weiteren regelt der Gesetzentwurf, dass Leistungen der Tages- und Nachtpflege nur dann gleichzeitig mit dem Wohngruppenzuschlag in Anspruch genommen werden können, wenn durch eine Prüfung des MDK gegenüber der Pflegekasse nachgewiesen wird, dass die Pflege ohne teilstationäre Pflege nicht sichergestellt werden kann. Die Regelung gilt auch für Privatversicherte.

Bewertung

Die BAGFW begrüßt die erneute Erhöhung des Wohngruppenzuschlags nachdrücklich. Abgelehnt wird hingegen die Neuregelung zur gleichzeitigen Inanspruchnahme von Tagespflege und der Leistung nach § 38a. Hintergrund der Regelung dürften bekannt gewordene Fälle sein, nach denen vollstationäre Einrichtungen in ambulante Wohngruppen umgewandelt wurden und die Pflege u.a. durch ein Angebot der Tagespflege im selben Haus sichergestellt wurde. Die BAGFW lehnt eine solche missbräuchliche Umwandlung von Wohn- und Pflegeformen grundsätzlich ab. Das Argument des Missbrauchs kann jedoch nicht dazu führen, dass Menschen, die in ambulant betreuten Wohngruppe eingezogen sind und somit eine neue Häuslichkeit gewählt haben, anders behandelt werden als Menschen, die in ihrer angestammten Häuslichkeit leben und gepflegt werden. Der freie Zugang zur Tages- und Nachtpflege muss entsprechend dem Wunsch- und Wahlrecht, das allen Versicherten zusteht, uneingeschränkt auch pflegebedürftigen Menschen in ambulant betreuten Wohngruppen zur Verfügung stehen. Für die geplante Neuregelung gibt es auch keinen Sachgrund, denn der Leistungsbeitrag nach § 38a Absatz 1 ist zweckgebunden für die Finanzierung der Präsenzkraft nach § 38a Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 einzusetzen. Diese wiederum soll und darf ausdrücklich nicht pflegen, sondern soll unabhängig von der

individuellen pflegerischen Versorgung (!) allgemeine organisatorische, verwaltende, betreuende oder das Gemeinschaftsleben fördernde Tätigkeiten verrichten. Wenn die Präsenzkraft pflegerische Tätigkeiten verrichtet, darf die Pflegekasse die Leistung nach § 38a nicht auszahlen. Fazit ist, dass es keine Schnittmenge zwischen pflegerischen Leistungen und der Leistung nach § 38a gibt. Daher gibt es auch keinen Grund für eine Prüfung, ob durch das Leben und die Aktivitäten in der ambulant betreuten Wohngruppe die Pflegeleistung abgedeckt ist. Daraus folgt, dass es auch keinen Grund gibt, zu prüfen, ob die pflegerische Versorgung durch teilstationäre Leistungen abgedeckt ist oder nicht. Völlig sachfremd ist zudem die Prüfung dieses Sachverhalts durch den MDK. Aus den genannten Gründen ist § 38a Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 letzter Satz ersatzlos zu streichen. Der Begriff „anbieterverantwortete ambulant betreute Wohngruppe“ ist in den heimrechtlichen Regelungen der Länder unterschiedlich belegt – sofern er dort aufgegriffen und definiert wird. Der geplante Einschub führt in der Praxis nicht zu mehr Klarheit, sondern erhöht die Interpretationsvielfalt und führt dadurch zu sehr restriktiven Leistungsgenehmigungen. Dies kann nicht im Sinne der Versicherten sein, deshalb ist der Klammerzusatz „anbieterverantwortete ambulant betreute Wohngruppe“ wieder zu streichen.

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

1. Manche Krankenkassen verweisen darauf, dass es sich nicht um eine gemeinsame Wohnung handelt, wenn die Bewohner der ambulanten Wohngruppen in ihrem Privatraum über einen eigenen Sanitärbereich verfügen. Die Zahlung des Wohngruppenzuschlags wird in diesem Fall verweigert. Im Gesetz ist nicht näher definiert, wann es sich um eine „gemeinsame Wohnung“ handelt. Das leistungsrechtliche Rundschreiben der Pflegekassen führt hierzu aus, dass „von einer gemeinsamen Wohnung ausgegangen werden kann, wenn der Sanitärbereich, die Küche und – wenn vorhanden – der Aufenthaltsraum einer abgeschlossenen Wohneinheit von allen Bewohnern jederzeit allein

- oder gemeinsam genutzt werden kann“. Des Weiteren ist dort nachzulesen, dass es ein „Indiz gegen eine gemeinsame Wohnung sein kann, wenn die Privaträume der Bewohner über vollausgestattete Sanitärbereiche“ verfügen. Das Leistungsrechtliche Rundschreiben lässt hier zahlreiche Interpretationsspielräume offen: Was ist ein „vollausgestatteter“ Sanitärbereich, z.B. wenn das Zimmer jedes Bewohners über ein eigenes WC verfügt? Was bedeutet „jederzeit allein oder gemeinsam“ nutzbar mit Blick auf den Sanitärbereich? Wenn ambulante Wohngruppen eine Alternative zur stationären Versorgung darstellen sollen, muss es auch möglich sein, dass sie ihren Bewohnern separat zu nutzende Sanitärbereiche anbieten. Aufgrund der Unklarheiten in der Praxis bitten die in der BAGFW zusammengeschlossenen Verbände den Gesetzgeber, dies in der Begründung klarzustellen.
2. Wenn die Mieter einer ambulanten Wohngruppe einen Pflegedienst beauftragen, eine Präsenzkraft zu stellen, wird ihnen der Wohngruppenzuschlag verweigert mit Verweis darauf, dass mit Beauftragung eines Dienstes der Wortlaut des Gesetzes nicht erfüllt sei, wonach die Bewohner der Wohngruppe eine Person beauftragen müssen.
 3. Die Formulierung „Anbieter der Wohngruppe“ nach § 38a Absatz 1 Nummer 4 ist missverständlich und führt zur Ablehnung der Zahlung des Wohngruppenzuschlags. Der Anbieter einer Wohngruppe kann nur der Vermieter sein, nicht ein Pflegedienst. In Nummer 4 wird jedoch der Nachweis gefordert, dass der „Anbieter der Wohngruppe“ keine Leistungen erbringt, welche den Umfang einer vollstationären Pflege annehmen. Der Pflegedienst ist jedoch selbst nur Gast in der Wohngruppe und erbringt – von außen kommend – die von den Bewohnern der ambulanten Wohngruppe beauftragten Pflegesachleistungen. Da er nur ambulant tätig wird und nach Durchführung der pflegerischen Leistungen die ambulante Wohngruppe wieder verlässt, ist bereits deutlich, dass er keine Leistungen im Umfang der vollstationären Pflege erbringt. Der Nachweis, dass keine vollstationäre Pflege erbracht wird, erübrigt sich somit qua Leistungsform. Die in Nummer 4 vorgenommene Negativdefinition, dass eine vollstationäre Pflege nicht vorliegt, „wenn eine aktive Einbindung der eigenen Ressour-

cen und des sozialen Umfelds“ der Bewohner gegeben ist, erachten wir als problematisch. Auch in der vollstationären Pflege ist die aktive Einbringung der pflegenden Angehörigen erforderlich. Sozialraumorientierung ist ebenfalls eine Schlüsselkategorie der vollstationären Pflege. Insgesamt hält die BAGFW Nummer 4 für verfehlt. Nummer 4 ist daher zu streichen.

Lösungsvorschlag

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

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

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

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

Referentenentwurf

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

Bewertung

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

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

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

Lösungsvorschlag

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

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

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

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

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

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

Referentenentwurf

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

Bewertung

Die BAGFW begrüßt die Integration der Leistungssätze der Übergangsvorschrift nach § 123 SGB XI alt in die Leistungssätze nach § 36 SGB XI neu, denn für Sonderregelungen gibt es im Leistungsrecht nach dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff keine Begründung mehr. Der dem Pflegegrad 5 zugeordnet Leistungssatz ist identisch mit dem Pflegegrad 5 in § 36. Dies halten wir für sachgerecht.

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

Lösungsvorschlag

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

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

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

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

§ 42 neu:

Kurzzeitpflege i.V. mit der Aufhebung von § 123

Referentenentwurf

Im Wesentlichen handelt es sich bei den Neuformulierungen um redaktionelle Anpassungen infolge der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. In § 42 Absatz 2 Satz 1 wird neu formuliert, dass die Kurzzeitpflege unter Ausschöpfung des bisherigen Höchstbetrags von 1612 Euro für acht statt vier Wochen in Anspruch genommen werden kann. Gleichzeitig entfällt die Formulierung aus dem PSG I, dass dies nur in Kombination mit Mitteln, die nicht für die Verhinderungspflege ausgeschöpft wurden, möglich ist.

Bewertung

Die Neuformulierungen sind sachgerecht und für die Betroffenen übersichtlicher. Dies gilt vor allem für die Möglichkeit, dass Kurzzeitpflege grundsätzlich für acht Wochen in Anspruch genommen werden kann, sofern Mittel der Verhinderungspflege dafür aufgewendet werden.

§ 43 neu:

Inhalt der Leistung bei vollstationärer Pflege

Referentenentwurf

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

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

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

Bewertung

Zur Neufestsetzung und Neustaffelung der Leistungsbeträge (Pflegegrad 2 770 Euro monatlich, Pflegegrad 3 1262 Euro, Pflegegrad 4 1775 Euro und Pflegegrad 5 2005 Euro) werden keine inhaltlichen Erläuterungen in der Gesetzesbegründung gemacht.

Es wird nur dazu ausgeführt: „Die Aufgabe der bisherigen Pflegestufen und die Neueinführung von Pflegegraden erfordern allein aus redaktionellen Gründen eine Anpassung von Absatz 2 Satz 2.“

In der Gesetzesbegründung findet sich somit kein Hinweis, nach welchen Grundsätzen die Leistungshöhe in Pflegegrad 2 und die Spreizung der Leistungshöhen zwischen den unterschiedlichen Pflegegraden bemessen wurde. Dies ist angesichts der Leistungsabsenkung im Pflegegrad auf 770 Euro in Relation zum gegenwärtigen Referenzgrad der Pflegestufe 1 von 1.064 Euro monatlich nicht hinnehmbar. Diese Begründung sollte spätestens im Kabinettsentwurf erfolgen.

Der Begründung zu § 84 ist zu entnehmen, dass die Staffelung der regelmäßig wiederkehrenden Leistungsbeträge in einer Form erfolgt, die sicherstellen soll, dass – zusammen mit den einrichtungseinheitlichen Eigenanteilen – die

Summe im Durchschnitt den Versorgungsaufwänden entspricht, die in der EViS-Studie erfasst wurden. Mit diesem Prinzip soll es auf Grundlage der einrichtungseinheitlichen Eigenanteile gelingen, Steigerungen bei den Eigenanteilen in den oberen Pflegegraden entgegenzuwirken.

Unabhängig von den Limitierungen der EViS-Studie mag dies maximal die Abstände zwischen den Pflegegraden erklären, jedoch nicht die erhebliche Absenkung des Leistungsbetrages für den Pflegegrad 2 auf eine Höhe von 770 Euro gegenüber der jetzigen Referenzpflegestufe 1 und den Empfehlungen des Expertenbeirates in Höhe von 1023 Euro. Da die Bewohner im künftigen Pflegegrad 2 gegenüber den durchschnittlichen Eigenanteilen von 350 Euro im Jahr 2014 eine weitaus höhere Zuzahlung leisten müssen, werden sie doppelt benachteiligt. Damit wird für Personen, die in Pflegegrad 2 eingestuft sind, künftig deutlich erschwert, ins Pflegeheim einzuziehen.

Aus Sicht der BAGFW muss dem Problem steigender Eigenanteile aber mit der entsprechenden Anhebung der regelmäßig wiederkehrenden Leistungsbeträge der Pflegeversicherung begegnet werden, und zwar unter Berücksichtigung der dauerhaften Sicherung der Realwertkonstanz.

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

Es ist problematisch, pflegebedürftige Menschen, die nur Pflegegrad 1 erreichen, grundsätzlich von Leistungen der vollstationären Pflege auszuschließen. Dies stellt eine nicht zu rechtfertigende Einschränkung des Wunsch- und Wahlrechts dar. Auch bei Menschen, die einen geringen Bedarf an pflegerischen Leistungen haben, kann Pflege in vollstationären Einrichtungen

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

Lösungsvorschlag

Die Leistungshöhen in den Pflegegrade 2 bis 5 sind in der Übergangszeit jährlich neu zu überprüfen. Außerdem ist die Finanzverantwortung für die Behandlungspflege im SGB V zu verankern.

§ 43 Abs. 4 ist zu streichen.

§ 43b neu:

Fünfter Titel: Zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen

Referentenentwurf

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

Bewertung

Erstmals erhalten Pflegebedürftige in stationären Einrichtungen einen individuellen Rechtsanspruch auf Maßnahmen der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung. Damit werden die stationären Einrichtungen verpflichtet, entsprechendes Personal einzustellen, für welches sie einen Vergütungszuschlag nach den Maßgaben der §§ 84 Absatz 8 und 85 Absatz 8 SGB XI neu erhalten können. Die BAGFW hatte sich stets dafür eingesetzt, dass der Ver-

gütungszuschlag nach § 87b dem Inhalt nach erhalten bleibt. Das hat auch der Expertenbeirat gefordert. Die BAGFW begrüßt ausdrücklich, dass der bisherige Anspruch der Einrichtung auf Zahlung einer Vergütung durch die Pflegekasse nun durch einen individuellen Leistungsanspruch der pflegebedürftigen Menschen in den Einrichtungen ergänzt wird.

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

Artikel 4: Änderung des SGB III/ § 28a Versicherungspflichtverhältnis auf Antrag bei der Arbeitslosenversicherung

Artikel 7: Änderung des SGB VI- Rentenversicherung der Pflegepersonen/

Artikel 8: Absicherung der Pflegeperson in der Unfallversicherung § 2 Absatz 1/ Nr. 17 SGB VII

Referentenentwurf

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

Wegen des geringen Umfangs des Pflegebedarfs ist die Option zur freiwilligen Absicherung in der Arbeitslosenversicherung, die rentenrechtliche Absicherung und die Absicherung in der Unfallversicherung nicht für Pflegepersonen geplant, die einen Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 pflegen. Bei der sogenannten Additionspflege werden Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung nur entrichtet, wenn die jeweilige Pflegetätigkeit im Verhältnis zum Gesamtpflegeaufwand mindestens 30 Prozent umfasst. Beträgt der prozentuale Anteil nicht mindestens 30 Prozent des Gesamtpflegeaufwands, erfragt der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, ob die Pflegeperson weitere Pflegebedürftige pflegt (Additionspflege). Hierbei muss der addierte Pflegeaufwand dann 30 % betragen, damit Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung von der Pflegeversicherung entrichtet werden.

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung stellt weiterhin den Pflegeumfang/Pflegeaufwand im Einzelfall fest. Die in den §§ 19 und 44 festgelegten Definitionen gelten dann für die freiwillige Versicherung in der Arbeitslosenversicherung (Artikel 4/ Änderung des SGB III/ § 28a Versicherungspflichtverhältnis auf Antrag)/ den Versicherungsschutz in der Unfallversicherung (Artikel 7/Änderung des SGB VI/ § 2 Versicherung kraft Gesetzes) sowie der Rentenversicherung (Artikel 6/ Änderung des SGB VI/ § 3 Sonstige Versicherte Absatz 1a).

Bisher galt eine Beitragsbemessungsgrenze von bis zu 400 € im Monat, bis zu der eine nicht erwerbsmäßige Pflege als geringfügig galt und somit Versicherungsfreiheit bestand. Diese Regelung soll nun aufgrund der geplanten Änderungen in § 44 Absatz 1 SGB XI in § 5 Absatz 2 SGB VI aufgehoben werden. Begründet wird dies damit, dass künftig der Umfang der Pflegeetätigkeit mindestens 30 Prozent des Gesamtpflegeaufwandes beziehungsweise 30 Prozent eines addierten Pflegeaufwandes betragen muss und dadurch gewährleistet ist, dass eine nur in geringem Umfang ausgeübte Pflegeetätigkeit nicht zur Beitragspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung führt.

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

Bewertung

Mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs werden im Begutachtungsverfahren künftig für die Einstufung in einen Pflegegrad keine Pflegezeiten mehr festgestellt. Folglich ist laut Gesetzesbegründung zu den Änderungen bei den §§ 19 und 44 SGB XI auch eine Anknüpfung der Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen an eine mindestens vierzehnstündige wöchentliche Pflege nicht mehr möglich. Als Alternative dazu ist geplant, dass Leistungen zur sozialen Sicherung nach § 44 eine Pflegeperson nur dann erhält, wenn sie eine oder mehrere pflegebedürftige Personen regelmäßig an mindestens zwei Tagen in der Woche pflegt. Weder im Gesetz noch in der Gesetzesbegründung ist aber definiert, was unter einer regelmäßigen Pflege an mindestens zwei Tagen zu verstehen ist. Es findet sich lediglich in der Gesetzesbegründung zu den §§ 19 und 44 jeweils Beispiele für eine Negativdefinition. So wird beispielsweise ein einmaliger wöchentlicher Einkauf oder einmal in der Woche vorlesen für den Pflegebedürftigen nicht als ausreichend angesehen, um die Zugangsvoraussetzungen zu erfüllen. Kann aus diesem Beispiel geschlossen werden, dass der zweimalige wöchentliche Einkauf ausreichend ist, um die Zugangsvoraussetzung für die Leistungen der Sozialen Sicherung der Pflegeperson nach § 44 SGB XI zu erfüllen bei Vorliegen von mindestens Pflegegrad 2? Wenn ja, wäre es wichtig, dies so in die Gesetzesbegründung zu schreiben, andernfalls sollte in der Gesetzesbegründung der unbestimmte Rechtsbegriff „Pflege regelmäßig an zwei Tagen in der Woche“ definiert werden, um unnötige Interpretationsversuche zu vermeiden und dadurch die Zugangsschwellen zu erhöhen.

Um auszuschließen, dass eine nur in sehr geringem Umfang ausgeübte Pflegetätigkeit einer Pflegeperson bereits den Zugang zu den Leistungen der Sicherung der Pflegeperson nach § 44 SGB XI eröffnet, wird neben der regelmäßigen Pflege an zwei Tagen in der Woche auch mindestens das Vorliegen des Pflegegrades 2 beim Versicherten als Zugangsvoraussetzung definiert. Es ist nicht nachvollziehbar, warum nicht auch die Pflegepersonen von pflegebedürftigen Menschen mit Pflegegrad 1 einen Zugang zu einem Versicherungsschutz erhalten sollen. Nach Auffassung der in der BAGFW kooperierenden Verbände müssen die Leistungen zur sozialen Sicherung der Pfl-

gepersonen allen Pflegepersonen offenstehen, um die familiäre Pflegebereitschaft zu stärken.

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

Die Überleitung der Regelung zur Additionspflege ist grundsätzlich zu unterstützen. Allerdings ist auch hier von 27% des Gesamtpflegeaufwands auszugehen, vorbehaltlich, dass weiterhin vom Ausschluss der Pflegepersonen von Versicherten mit Pflegegrad 1 ausgegangen wird. Die Anpassung des Pflegeverständnisses an den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff ist folgerichtig.

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

Die gegenwärtige Regelung beinhaltet eine Stafflung des Prozentsatzes der Bezugsgröße nach der Pflegezeit der Pflegepersonen. Auch die neue Regelung sieht wiederum eine Staffelung innerhalb des jeweiligen Pflegegrades vor. Die Staffelung differenziert den Leistungsanspruch danach, ob nur Pfl-

gegeld bezogen wird oder auch Kombinationspflege oder Pflegesachleistung im vollen Umfang.

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

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

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

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

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

Abschließend weisen wir auf einen redaktionellen Fehler in § 44 Absatz 1 Satz 1 hin, in dem die Aufzählung des Pflegegrades 4 fehlt.

Lösungsvorschlag

Die Staffelung des Prozentsatzes der Bezugsgröße nach Inanspruchnahme der Leistungen Pflegegeld, Kombinationsleistung und Pflegesachleistung ist zu streichen.

Der Begriff „regelmäßig an mindestens zwei Tagen in der Woche“ ist im Gesetz oder in der Gesetzesbegründung zu definieren.

Die Einbeziehung der Pflegepersonen von pflegebedürftigen Menschen mit Pflegegrad 1 in die Regelungen für die Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen ist vorzunehmen.

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

§ 45 – neu: Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen

Referentenentwurf

Die bisherige Sollvorschrift wird zu einer Verpflichtung der Pflegekassen weiterentwickelt, Pflegekurse nunmehr verpflichtend – entweder als Gruppen- oder als Einzelschulungen – durchzuführen, auf Wunsch der Pflegeperson auch in der häuslichen Umgebung.

Bewertung

Durch die Umwandlung der bisherigen Sollvorschrift in eine Verpflichtung der Pflegekassen soll der Bedeutung der Pflegekurse für Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pfllegetätigkeit interessierte Personen Rechnung getragen werden. Die in der Begründung angeführten Argumente werden von den in der BAGFW kooperierenden Verbänden unterstützt, dennoch halten wir die geplante Gesetzesänderung nicht für ausreichend, um die dort angeführten Ziele zu erreichen. Wichtig erscheint uns auch, dass die Anleitung in der Häuslichkeit nicht nur auf Wunsch des pflegenden Angehörigen, sondern auch auf Wunsch des Pflegebedürftigen erfolgen kann. Hier bedarf es einer entsprechenden Ergänzung.

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

§ 53c – neu: Richtlinien zur Qualifikation und zu den Aufgaben zusätzlicher Betreuungskräfte

Referentenentwurf

Der Auftrag des bisherigen § 87b Absatz 3 für den Spitzenverband Bund der Pflegekassen, Richtlinien zur Qualifikation und zu den Aufgaben der zusätzlichen Betreuungskräfte zu erlassen, wird nun als eigene Rechtsnorm in § 53c neu statuiert.

Bewertung

Generell ist die Beibehaltung der Inhalte des bisherigen § 87b und die damit verbundene leistungsrechtliche Neuregelung der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen als Rechtsanspruch des Versicherten im Leistungsrecht sehr zu begrüßen. Die damit einhergehende Überführung der vertrags- und vergütungsrechtlichen Regelungen in die Vorschriften des allgemeinen Pflegesatzverfahrens und die Statuierung des Auftrags des GKV SV, eine Betreuungskräfteleitlinie zu erlassen in einer Rechtsnorm sind folgerichtig.

Artikel 2 Regelungen zur Rechtsanwendung im Übergangszeitraum, zur Überleitung in die Pflegegrade, zum Besitzstandsschutz für Leistungen der Pflegeversicherung und Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren

§ 1 Anzuwendendes Recht und Überleitung in die Pflegegrade

Referentenentwurf

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

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

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

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

Bewertung

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

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

Nach dieser Überleitungsregelung sollen viele bisherige Leistungsbezieher deutlich besser als heute gestellt werden. Des Weiteren soll dadurch erreicht werden, dass kein bisheriger Leistungsbezieher schlechter gestellt werden wird. Beides ist nach Auffassung der in der BAGFW kooperierenden Verbän-

de sehr zu begrüßen. Die Vermeidung der Schlechterstellung der bisherigen Leistungsbezieher soll auch dadurch gewährleistet sein, dass sie auch bei einer Neubegutachtung einen Anspruch auf den im Rahmen der Überleitung erworbenen Pflegegrad haben, auch wenn das Ergebnis der Neubegutachtung keinen oder einen niedrigeren Pflegegrad zuweisen würde.

§ 2 Besitzstandsschutz und Übergangsrecht zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen

Referentenentwurf

Bereits durch die Überleitungsregelung in Artikel 2, § 1 soll gewährleistet werden, dass bei der Systemumstellung von dem Grundsatz auszugehen ist, dass kein Leistungsberechtigter, der vorher bereits Leistungen bezogen hat, nach der Umstellung betragsmäßig niedrigere Ansprüche erhält oder einen völligen Verlust von Ansprüchen erleidet. Da es aber evtl. nicht vorhersehbare Konstellationen geben kann, die dennoch eine Schlechterstellung zur Folge haben könnten, werden zusätzlich verschiedene Besitzstandsregelungen gesetzlich festgeschrieben.

Versicherte der sozialen Pflegeversicherung und der privaten Pflege-Pflichtversicherung sowie Pflegepersonen, die am 31.12.2016 Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung haben, erhalten Besitzstandsschutz auf die ihnen unmittelbar vor dem 01.01.2017 zustehenden, regelmäßig wiederkehrenden Leistungen bei häuslicher Pflege, wobei kurzfristige Unterbrechungen im Leistungsbezug den Besitzstandsschutz jeweils unberührt lassen.

Für den erhöhten Betrag von 208 € nach § 45b Absatz 1 Satz 2 SGB XI gibt es eigene Besitzstandsregelungen, da dies der einzige Leistungsbetrag ist, der nach dem neuen Recht nicht mehr gewährt wird. Für diese Leistung wird ein Besitzstandsschutz gewährt, wenn der Pflegebedürftige bei einer Gesamtbetrachtung des Gesamtwertes der von ihm regelmäßig bezogenen wiederkehrenden ambulanten Leistungen nach neuem Recht eine geringere Leis-

tungshöhe erzielen würde als dies nach gegenwärtigem Recht der Fall ist. Die Bezugsgröße hierfür bildet der Gesamtwert der Leistungen, die der Pflegebedürftige in den letzten 18 Monaten vor der Rechtsänderung bezogen hat. Der Gesamtwert wird dann durch die Anzahl der Monate dividiert, in denen der Pflegebedürftige den erhöhten Betrag vor dem Umstellungszeitpunkt bezogen hat. Der Zeitraum von maximal 1,5 Jahren begründet sich darin, dass die 104 € bzw. 208 € für maximal 18 Monate angespart werden können.

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

Auch die soziale Sicherung der Pflegepersonen soll nach dem Grundsatz erfolgen, dass aus der Umstellung auf das neue Recht keine Schlechterstellung resultiert. § 2 Absatz 2 Satz 5 sieht vor, dass die Zahlung der Rentenbeiträge nach altem Recht fortgeführt wird, sofern sich aus der Anwendung des neuen Rechts keine günstigeren Ansprüche für die Pflegeperson ergeben.

Für Pflegepersonen, die am 31.12.2016 rentenversicherungspflichtig waren und Anspruch auf die Zahlung von Beiträgen zur gesetzlichen Rentenversicherung nach § 44 SGB XI in der bis zum 31.12.2016 geltenden Fassung hatten, besteht die Versicherungspflicht für die Dauer dieser Pfllegetätigkeit fort. Die beitragspflichtigen Einnahmen bestimmen sich auch nach den am 31.12.2016 geltenden Regelungen.

Pflegen Personen am 31.12. 2016 regelmäßig an mindestens zwei Tagen in der Woche nicht erwerbsmäßig einen Versicherten ohne Pflegestufe mit einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz im Sinne des § 45a SGB XI, sind sie ab dem 1. Januar 2017 für die weitere Dauer dieser Pfl egetätigkeit in der gesetzlichen Rentenversicherung versicherungspflichtig. Die beitragspflichtigen Einnahmen ab dem 01.01 2017 bestimmen sich nach den bis zum 31.12. 2016 geltenden Regelungen.

Bewertung

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

Die Beschränkung des Besitzstandsschutz auf regelmäßig wiederkehrende Leistungen bei häuslicher Pflege bewerten die in der BAGFW kooperierenden Verbände als sachgerecht, da – wie in der Begründung zu Absatz 1 ausgeführt – es bei den einmaligen Leistungen keines Besitzstandsschutzes bedarf, da die Leistungshöhen sich nicht verändern.

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

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

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

- Der Besitzstandsschutz muss auch gelten bei einer Änderung der Einstufung in einen anderen Pflegegrad sowie
- bei einem Wechsel von einer Pflegeeinrichtung in eine andere Pflegeeinrichtung. Dies ist in der Gesetzesbegründung klarzustellen.
- Offen bleibt, wie der Besitzschutz angesichts der unterschiedlichen Besitzstandsschutzsystematiken bemessen wird, wenn jemand aus der häuslichen Pflege in die vollstationäre Pflege wechselt und umgekehrt,
- Die Höhe des Besitzstandsschutzes wird durch die Differenz des bisherigen Eigenanteils und des neuen einrichtungseinheitlichen Eigenanteils im ersten Monat nach der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs bestimmt. Es muss hier klargestellt werden, dass es keine Befristung des Besitzstandsschutzes gibt und dass temporäre Schwankungen des Eigenanteils, etwa durch Abwesenheitstage, bei der Bemessung des Besitzstandsschutzes außer Betracht bleiben.

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

Versicherte der sogenannten Pflegestufe 0 mit dauerhaft erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz und deshalb bislang keine Rentenversicherungsbeiträge bekommen haben, sollen ebenfalls von der Überleitung dieser Personengruppe in den neuen Pflegegrad 2 profitieren und Ansprüche auf die Entrichtung von Rentenversicherungsbeiträgen an den Rentenversicherungsträger oder die berufsständische Versorgungseinrichtung erhalten. Dieses Ziel ist positiv zu bewerten. Hierbei wurde jedoch vergessen, dass es auch Pflegepersonen gibt, die einen Pflegebedürftigen der Pflegestufe 1 mit einer Pflegedauer zwischen 10,5 Stunden und unter 14 Stunden wöchentlich pflegen, für die bisher keine Rentenversicherungsbeträge bezahlt wurden. Dieser Personenkreis sollte im Sinne der Gleichbehandlung ebenfalls von der Überleitung dieser pflegebedürftigen Menschen mindestens in den Pflegegrad 2 profitieren.

Lösungsvorschlag

In Absatz 4 ist Satz 3 wie folgt zu formulieren

(4) Pflegen Personen am 31. Dezember 2016 regelmäßig an mindestens zwei Tagen in der Woche nicht erwerbsmäßig einen Versicherten ohne Pflegestufe, der im Sinne des § 45a des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung erheblich in seiner Alltagskompetenz eingeschränkt ist, **bzw. einen Pflegebedürftigen der Pflegestufe 1 mit einer Pflegedauer zwischen 10,5 Stunden und unter 14 Stunden wöchentlich**, sind sie ab dem 1. Januar 2017 für die weitere Dauer dieser Pflege Tätigkeit in der gesetzlichen Rentenversicherung versicherungspflichtig.

§ 3 Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren

Referentenentwurf

Bei Versicherten, die nach Artikel 2 / § 3 Absatz 1 von einer Pflegestufe in einen Pflegegrad übergeleitet wurden, werden bis zum 01. 01 2019 keine Wiederholungsbegutachtungen nach § 18 Absatz 2 SGB XI durchgeführt, auch wenn vorher befristet eine Pflegestufe vergeben wurde. Durch die Überleitung in einen neuen Pflegegrad sind nach Empfehlungen der Medizinischen Dienste auf Grundlage des alten Begutachtungsverfahrens nach § 33 Absatz 1 Satz 4 SGB XI bereits ausgesprochene Fristen als überholt zu betrachten und etwa daraufhin vorgesehene Wiederholungsbegutachtungen obsolet geworden. Von den Versicherten können aber weiterhin Änderungsanträge bei einer Veränderung der Situation, etwa bei Anstieg der Pflegebedürftigkeit, gestellt werden.

Nach § 18 Absatz 3 Satz 2 ist dem Antragsteller spätestens fünf Wochen nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse die Entscheidung der Pflegekasse schriftlich mitzuteilen. Diese Frist wird für den Zeitraum 01.01.2017 bis 31.12.2017 außer Kraft gesetzt (Artikel 2 / § 3 Absatz 2) Abweichend davon ist denjenigen Antragstellern auf Leistungen der Pflegeversicherung, bei denen ein besonders dringlicher Entscheidungsbedarf vorliegt,

spätestens fünf Wochen nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse die Entscheidung der Pflegekasse schriftlich mitzuteilen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird bundesweit einheitliche Kriterien für das Vorliegen und die Feststellung eines besonders dringlichen Entscheidungsbedarfs entwickeln. Hierüber ist dann auch in der nach § 18 Absatz 3b Satz 4 SGB XI durch die Pflegekassen und die Privaten Versicherungsunternehmen zu führenden Statistik zu berichten.

Bewertung

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

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

Lösungsvorschlag

Streichung des § 3 Absatz 2.

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

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

Referentenentwurf

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

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

Als Angebote zur Unterstützung im Alltag kommen insbesondere Betreuungsgruppen für an Demenz erkrankte Menschen, Helferinnen und Helferkreise zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger im häuslichen Bereich, die Tagesbetreuung in Kleingruppen oder Einzelbetreuung durch anerkannte Helferinnen oder Helfer in Betracht sowie Agenturen zur Vermittlung von Betreuungs- und Entlastungsleistungen, familienunterstützende Dienste, Alltagsbegleiter, Pflegebegleiter und Serviceangebote für haushaltsnahe Dienstleistungen. Damit fasst der Referentenentwurf in § 45a Absatz 1

alle Typen von Angeboten zusammen, die bisher in den alten §§ 45c Absatz 3 und 3a aufgezählt sind.

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

Der Umwidmungsbetrag in Form einer Umwandlung der Pflegesachleistung nach § 36 in Höhe von 40% des Leistungsbetrags im jeweiligen Pflegegrad für die Inanspruchnahme niedrigschwelliger Betreuungs- und Entlastungsleistungen, der bisher in § 45b Absatz 3 SGB XI alt geregelt war, wird – bei entsprechender Anpassung in Folge der Änderungen zum neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff – nun als Umwandlungsanspruch in § 45a Absatz 4 SGB XI neu geregelt.

Bewertung

Der neue § 45a SGB XI schafft durch die Zusammenfassung der Regelungen der bisherigen §§ 45c Absatz 3 und 3a zwar mehr Übersichtlichkeit; am grundsätzlichen Problem, dass zwischen den Betreuungs- und Entlastungsangeboten große Schnittmengen bestehen, ändert sich jedoch nichts. Die Komplexität hat sich sogar noch erhöht, indem nun dezidiert zwei Typen von Entlastungsangeboten anererkennungsfähig sind, nämlich Angebote zur Entlastung von Pflegenden und Angebote zur Entlastung der Pflegebedürftigen

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

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

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

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

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

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

Zum anderen haben in den letzten Monaten einzelne Bundesländer den Versuch gestartet, auch Preisobergrenzen für die Angebote nach § 45b Absatz 1 Satz 6 Nr. 3 alt festzulegen, ohne dass sie eine Regelungskompetenz hierfür besitzen. In der Gesetzesbegründung ist klarzustellen, dass die Länder keine Regelungskompetenzen für die Festlegung von Preisen und Preisobergrenzen für die Leistungen der zugelassenen ambulanten

Pflegedienste nach § 45b Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 neu (Leistungen der ambulanten Pflegedienste im Sinne des § 36, in den Pflegegraden 2 bis 5 jedoch nicht für die Leistung körperbezogener Pflegemaßnahmen) haben.

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

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

Der Umwidmungsbetrag in Form einer Umwandlung der Pflegesachleistung nach § 36 in Höhe von 40% des Leistungsbetrags im jeweiligen Pflegegrad für die Inanspruchnahme niedrighschwelliger Betreuungs- und Entlastungsleistungen, der bisher in § 45b Absatz 3 SGB XI alt geregelt war, wird – bei entsprechender Anpassung in Folge der Änderungen zum neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff – nun als Umwandlungsanspruch in § 45a Absatz 4 SGB XI neu geregelt. Diese Neuordnung ist für uns – unabhängig davon, dass wir

sie inhaltlich weiterhin für fraglich halten – nicht nachvollziehbar. Unserer Auffassung nach beschreibt der neue § 45a die Angebote zur Entlastung im Alltag und die Verordnungsermächtigung, während der § 45b die Ansprüche der Versicherten beschreibt und deren Einsatzmöglichkeiten im Rahmen der Kostenerstattungsregelung. Sollte dieser Absatz weiterhin beibehalten werden, dann sollte er – wie bisher schon – in § 45b Absatz 3 verankert werden. Unabhängig davon, dass wir den Umwandlungsanspruch für entbehrlich halten, weisen wir auf einen redaktionellen Fehler in Satz 2 des Absatzes 4 hin. Es wird von der *jeweiligen Pflegestufe* statt von den Pflegegraden 2 bis 5 gesprochen.

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

Lösungsvorschlag

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

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

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

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

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

§ 45a Absatz 4 ist zu streichen und ggf. als § 45b Absatz 3 zu statuieren. Falls an § 45a Absatz 4 festgehalten wird, sind in Satz 3 die Wörter „auf Antrag“ zu streichen.

§ 45b neu: Entlastungsbetrag

Referentenentwurf

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

1. Leistungen der Tages- und Nachtpflege
2. Leistungen der Kurzzeitpflege
3. Leistungen der ambulanten Pflegedienste – in den Pflegegraden 2 bis 5 mit Ausnahme der körperbezogenen Pflegemaßnahmen, im Pflegegrad 1 inklusive von körperbezogenen Pflegemaßnahmen
4. Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a

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

Bewertung

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

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

Der Entlastungsbetrag stellt für die BAGFW nur den Nukleus der eigentlich zu schaffenden Entlastungsleistung dar. Der Expertenbeirat hat in seinem Bericht vom 27. Juni 2013 angeregt, „ergänzend zu prüfen, ob auch weitere Sachleistungen, wie z.B. die die neue Entlastungsleistung, perspektivisch

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

Die BAGFW ist der Auffassung, dass der vom Gesetzgeber mit dem PSG I eingeschlagene Weg eines Umwandlungsanspruchs der ambulanten Pflegesachleistung für die Angebote zur Unterstützung im Alltag in Höhe von 40 Prozent des Leistungsbetrags im jeweiligen Pflegegrad für die Pflegebedürftigen, aber auch für die Leistungsträger, zu einem hohen bürokratischen Aufwand führt und die Unübersichtlichkeit der Leistungen im SGB XI nicht reduziert, sondern noch erhöht. Gerade Entlastungsangebote müssen jedoch nicht nur niedrighschwellig, sondern auch ganz flexibel und der Situation entsprechend spontan einsetzbar sein, z.B. wenn die Pflegepersonen eine Betreuung für einen kurzfristig notwendigen Arztbesuch oder eine stundenweise Auszeit für einen Kino- oder Friseurbesuch benötigen. Die Abrufung dieser Leistung wird also von Monat zu Monat variieren. Probleme entstehen nun dadurch, dass die Angebote zur Unterstützung im Alltag erst im Folgemonat

der Leistungserbringung in Rechnung gestellt und frühestens dann im Wege der Kostenerstattung dem Betroffenen erstattet werden können, während die Pflegesachleistung am Ende des laufenden Monats abgerechnet wird. Diese Ungleichzeitigkeit erschwert die gegenseitige Anrechnung der beiden unterschiedlichen Leistungsarten. Versicherte verlieren hierdurch leicht den Überblick und können nur durch regelmäßige gezielte Nachfrage bei der Pflegekasse sicherstellen, dass sie ihr Budget im jeweiligen Monat nicht überschreiten und etwaige Fehlbeträge selbst ausgleichen müssen. Der Gesetzgeber hat dieses Problem ebenfalls gesehen und als Lösung vorgeschlagen, dass die Pflegekasse im Rahmen ihrer Beratungspflicht ihrerseits den Anspruchsberechtigten darüber informieren soll, in welchem Umfang der Sachleistungsbetrag jeweils verbraucht ist. Der Gesetzgeber hat des Weiteren vorgeschrieben, dass Versicherte, die Angebote zur Unterstützung im Alltag im Rahmen der neuen Umwandlungsregelung nutzen wollen, verpflichtet sind, den Beratungseinsatz nach § 37 Absatz 3 bzw. § 37 Absatz 8 SGB XI abzurufen. Aber auch dies hilft nur bedingt, da die Versicherten der Pflegegrade 2 und 3 beispielsweise nur einmal halbjährlich Anspruch auf diesen Einsatz haben, u.U. jedoch monatlich oder einmal im Quartal entsprechenden Beratungsbedarf haben.

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

Die Pflegekassen vertreten gegenwärtig die Auffassung, dass eine Inanspruchnahme von maximal 40 v. H. des Pflegesachleistungsbetrages für

niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsleistungen erst möglich ist, wenn der zur Verfügung stehende Leistungsbetrag nach § 45b Abs. 1 oder 1a SGB XI ausgeschöpft ist. (RS vom 19.12.2014 zu § 45b, S. 9) Diese Kopplung der beiden Rechtsansprüche ist nach Auffassung der BAGFW nicht haltbar. Wir bitten den Gesetzgeber, um eine entsprechende Klarstellung in der Gesetzesbegründung.

Lösungsvorschlag

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

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

Referentenentwurf

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

- der Auf- und Ausbau von Angeboten zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a,
- der Auf- und Ausbau von Gruppen ehrenamtlich tätiger sowie sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen sowie
- Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen, insbesondere für an Demenz erkrankte Pflegebedürftige sowie andere Gruppen von Pflegebedürftigen, deren Versorgung in besonderem Maße der strukturellen Weiterentwicklung bedarf.

Bewertung

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

Lösungsvorschlag

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

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

§ 45d – neu - Förderung der Selbsthilfe, Verordnungsermächtigung

Referentenentwurf

Die Förderung der Selbsthilfe, wird nun in einer Norm geregelt und der Inhalt des bisherigen § 45d Absatz 1 zur Förderung der ehrenamtlichen Strukturen in den § 45c integriert. Des Weiteren werden neben den Angehörigen von pflegebedürftigen Menschen auch die den Pflegebedürftigen vergleichbar Nahestehenden in der Vorschrift ausdrücklich angeführt.

Bewertung

Die Neugliederung ist positiv zu bewerten, sie dient sowohl der Verständlichkeit als auch der Unterstreichung der Bedeutung der Selbsthilfe. Es wird klar gestellt, dass alle Strukturen der Selbsthilfe, insbesondere auch die Selbsthilfekontaktstellen, zu fördern sind. Die explizite Benennung von den pflegenden Angehörigen vergleichbar Nahestehenden entspricht einem aktuellen Familienverständnis.

Zu 3. Überleitung Pflegesätze

§ 75 Absatz 3 Satz 4 und Satz 5 SGB XI i.V. mit Artikel 3 § 1 des Gesetzesentwurf:

Personalrichtwerte in Rahmenverträgen & Neuverhandlung der Pflegesätze

Referentenentwurf

Die Personalanhaltszahlen unterteilen sich mit Einführung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs künftig nach Pflegegraden. Der Verweis auf die Heimpersonalverordnung wird gestrichen. Für den Zeitraum ab dem 01.01.2017 sind von den Vereinbarungspartnern gem. § 85 SGB XI vollstationär und teilstationär neue Pflegesätze zu vereinbaren. Die zum Inkrafttreten dieses Gesetzes bestehenden Pflegesätze gelten bis längstens zum 31.12.2016 weiter.

Bewertung

Die redaktionelle Anpassung der Begrifflichkeit „Pflegegrad“ ist sachgerecht. Im Gesetzesentwurf heißt es: *„Die zum Zeitpunkt der Verkündung dieses Gesetzes geltenden Pflegesatzvereinbarungen der zugelassenen Pflegeheime gelten bis zum 31. Dezember 2016 weiter“*. In der Begründung heißt es: *„Die zum Zeitpunkt der Verkündung dieses Gesetzes geltenden Pflegesatzvereinbarungen der voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen werden von Gesetzes wegen bis zum 31. Dezember 2016 befristet“*. Damit ist nicht eindeutig, ob Verhandlungen zu Vergütungssteigerungen in das Jahr 2016 übertragen bzw. durchgeführt werden können, sonst würden Sach- und Tarifsteigerungen für das Jahr 2016 unberücksichtigt bleiben. Die BAGFW fordert eine Klarstellung, dass auch ab dem 01. Januar 2016 Verhandlungen zulässig sind, die sich auf die Vergütung der Einrichtungen bis zum 31.12.2016 beziehen.

Der Gesetzgeber verweist in seiner Begründung im „Allgemeinen Teil“ darauf, dass die Personalbemessung in stationären Einrichtungen ein Regelungsschwerpunkt darstellt. So sind *„im Hinblick auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff von den Vereinbarungspartnern der Landesrahmenverträge*

insbesondere die Maßstäbe und Grundsätze für eine wirtschaftliche und leistungsbezogene, am Versorgungsauftrag orientierte personelle Ausstattung der Pflegeeinrichtungen zu überprüfen und anzupassen.“ Außerdem heißt es, dass dabei „[...] insbesondere bereits vorliegende Untersuchungen und Erfahrungswerte sowie handlungsleitende Verfahrensabsprachen zu berücksichtigen[...]“ sind. Im „Besonderen Teil“ der Begründung geht der Gesetzgeber noch darüber hinaus, indem ebenso Erkenntnisse aus den beiden im Auftrag des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen durchgeführten Modellprojekten zur Erprobung des NBA (Praktikabilitätsstudie zur Einführung des Neuen Begutachtungsassessments / Evaluation des Neuen Begutachtungsassessments – Erfassung von Versorgungsaufwänden in stationären Einrichtungen) berücksichtigt werden sollen, (*Begründung zu § 75 Buchstabe a*). Personalschlüssel werden mit Blick auf die Gegebenheiten vor Ort vom Gesetzgeber nicht vorgegeben. Die Vereinbarungspartner sollen stattdessen gem. § 75 SGB XI Landesrahmenvertragsverhandlungen führen oder aber in einer anderen Form (Pflegesatzkommission gem. § 86 SGB XI) Landesempfehlungen abgeben.

Die Personalsituation ist angespannt. Es liegen langjährige Forderungen zur Verbesserung der Personalsituation vor, die in dieses Handlungsfeld projiziert und voraussichtlich hartnäckige und langwierige Verhandlungen nach sich ziehen werden. Die notwendige Vereinbarung bis zum 30.09.2016 wird unter diesen Voraussetzungen unter einem erheblichen Druck stehen und der Erfolg ist ungewiss.

Völlig unklar ist an dieser Stelle, wie z.B. eine „alternative Überleitung der Pflegesätze“ (so vorgesehen in Artikel 3 § 2) umgesetzt werden kann, wenn die vorgenannte Vereinbarung der Personalrichtwerte zu den Pflegegraden nicht fristgerecht hergestellt wurde. Hier bietet der Gesetzesentwurf keine Lösung an.

Die in der BAGFW kooperierenden Verbände sehen daher die Neuverhandlung der Pflegesätze in Ermangelung klarer Vorschriften zur Personalbemessung, insbesondere in vollstationären Einrichtungen, mit Sorge. Die Umset-

zung ist an dieser Stelle wegen der engen Fristsetzungen bis zum 30.09. bzw. 31.12.2016 ein zeitliches und inhaltliches und seit vielen Jahren verschlepptes Grundsatzproblem, nämlich die sachgerechte, wirtschaftliche und leistungsbezogene, am Versorgungsauftrag orientierte personelle Ausstattung der Pflegeeinrichtungen anzupassen. Der Gesetzgeber geht selbst bei den Vertragsverhandlungen von dieser Verkettung aus:

„Dabei sowie bei den folgenden Pflegesatzverhandlungen für den Zeitraum nach dem Inkrafttreten des Neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sind die von den Vereinbarungspartnern des § 75 des Elften Buches Sozialgesetzbuch angepassten Vorgaben in den Landesrahmenverträgen, insbesondere zur Personalstruktur und den Personalrichtwerten nach Absatz 3, sowie die neuen gesetzlichen Vorgaben des Neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und das darin enthaltene Verständnis von Pflegebedürftigkeit zu berücksichtigen.“ (Begründung zu Artikel 3 § 1).

Der Gesetzgeber weicht für den Fall der Nichteinigung auf dem Verhandlungswege der Vorlage einer alternativen Überleitungsregelung für die Personalrichtwerte aus.

Es muss an dieser Stelle nochmals erwähnt werden, dass die Überprüfung des NBA in den Studien zum Versorgungsaufwand diesbezüglich in einem defizitären System durchgeführt wurde. Ohne eine grundsätzliche Weichenstellung an der Bemessung der Personalausstattung werden die Probleme fortgeschrieben. Einrichtungsträger, die diese Fortschreibung nicht hinnehmen, werden voraussichtlich in den Verhandlungen zeitlich unter Druck geraten. Und wie bereits festgestellt, sehen wir keine Lösung in Bezug auf jedwede Umsetzung der Regelung des Artikel 3 § 2: Wie soll grundsätzlich alternativ übergeleitet werden, wenn die Vorgaben zur Personalstruktur und zu den Richtwerten nicht gelingen?

Lösungsvorschlag

Die BAGFW fordert eine Klarstellung in Artikel 3 § 1 Satz 1:

„Die zum Zeitpunkt der Verkündung dieses Gesetzes geltenden Pflegesatzvereinbarungen der zugelassenen Pflegeheime sind bis zum 31. Dezember 2016 befristet.“ Nach Satz 1 soll folgender Satz 2 eingefügt werden:

„Pflegesatzvereinbarungen zu Art, Höhe und Laufzeit der Pflegesätze sind auch im Jahr 2016 zulässig“.

Die in der BAGFW kooperierenden Verbände fordern die Bundesregierung auf, eine Übergangsregelung in Artikel 3 des Gesetzesentwurfs aufzunehmen, mit der die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens vorhandene Personalausstattung für mindestens ein Jahr unter Bestandsschutz gestellt wird.

In diesem Sinne ist die genaue Betrachtung der Bemessungsgrundlagen, insbesondere die der Personalrichtwerte und der Verteilung in den Pflegegraden, aus Sicht der BAGFW für den Umstellungszeitraum in ein Monitoringverfahren einzubinden. Der Gesetzgeber sieht selbst mit § 18c SGB XI eine Begleitstruktur für die Umstellung vor. Die Aufgaben dieses Begleitgremiums sollen um die konkrete fachliche Beratung zu diesem Themenbereich ergänzt werden.

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

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

Grundsätzlich merkt die BAGFW an, dass die Personalsituation in den Einrichtungen deutlich zu verbessern ist und Lösungen gefunden werden müssen, wie vor Ort eine angemessene Personalbemessung erreicht werden kann.

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

Pflegevergütung: Betreuung und Anpassung der Pflegesätze an Bedarfsgrade

Referentenentwurf

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

Bewertung

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

§ 84 Absatz 2 Satz 3 SGB XI:

Einrichtungseinheitliche Eigenanteile

Referentenentwurf

Für die Pflegegrade 2 bis 5 sind in den Pflegesatzverhandlungen erstmals so genannte einrichtungseinheitliche Eigenanteile zu vereinbaren und dies i. V. mit Artikel 3 § 1 des Gesetzesentwurfes erstmals zum 01.01.2017. Die einrichtungseinheitlichen Eigenanteile werden, so der Gesetzgeber in seiner Begründung, ausgehend vom jeweiligen prospektiven Versorgungsaufwand abzüglich der Summe des Leistungsbetrages nach § 43 ermittelt. Um eine einheitliche Höhe der Eigenanteile zu gewährleisten, sieht der Gesetzgeber dann eine einrichtungsspezifische Neuermittlung der einrichtungseinheitlichen Eigenanteile vor. Zukünftige Leistungsdynamisierungen führen dann im Folgenden immer wieder zu einem Anpassungsbedarf dieser einrichtungseinheitlichen Eigenanteile.

Bewertung

Im vollstationären Segment sind in den Pflegegraden 2 bis 5 für jede Einrichtung gleich hohe Beträge, sog. einrichtungseinheitliche Eigenanteile, die nicht von der Pflegeversicherung gedeckt werden, zu zahlen. *„Diese werden ausgehend von dem jeweiligen prospektiven Versorgungsaufwand abzüglich der Summe des Leistungsbetrags nach § 43 für die Pflegegrade 2 bis 5 ermittelt [...]“*, (Begründung zu Artikel 1 § 84 Satz 3), wobei die Leistungsbeträge gestaffelt werden und zusammen mit den einrichtungseinheitlichen Eigenanteilen *„[...] im Durchschnitt den der in der vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen beauftragten Studie der Universität Bremen zur Erfassung von Versorgungsaufwänden in stationären Einrichtungen (EViS) festgestellten Aufwandsrelationen entsprechen.“*, (ebd.).

Angesichts der verschiedenen Limitierungen der EViS-Studie kann unserer Auffassung nach nicht das Ausgangsniveau bei Pflegegrad 2 und die darauf basierenden Leistungsspreizungen mit den Aufwandsrelationen aus dem alten System im Jahr 2014 für die Jahre 2017 bis 2020 sachgerecht abgelei-

tet werden. Nach dem vorliegenden Referentenentwurf sind die auf einer sehr unsicheren Basis festgelegten Leistungsbeträge in § 43 SGB XI bis mindestens zum Jahr 2020 mit einem zu hohen Risiko für die Bewohner von stationären Pflegeeinrichtungen (sowohl für die neuen Bewohner als auch mittelfristig für die Bewohner aus der Bestandsschutzsicherung) und die vollstationären Pflegeeinrichtungen verbunden. Hinzukommt, dass für das Jahr 2020 zwar eine Dynamisierungsoption vorgesehen ist, jedoch keine grundlegende Neufestsetzung der Leistungsbeträge in § 43 SGB XI.

Es bedarf stattdessen eines jährlichen Monitorings der Auswirkungen der Neufestsetzung der Leistungsbeträge in § 43 SGB XI und ggf. einer jährlichen Korrektur der Leistungssätze nach § 43 SGB XI, mindestens für den Übergangszeitraum der nächsten drei Jahre ab dem Jahr 2017.

Mit der Umstellung auf die einrichtungseinheitlichen Eigenanteile „[...] wird erreicht, dass der von den Pflegebedürftigen bzw. vom zuständigen Sozialhilfeträger zu tragende Eigenanteil nicht mehr mit der Schwere der Pflegebedürftigkeit steigt. Dies ist im Rahmen der Reform insbesondere deshalb von Bedeutung, weil sonst Pflegebedürftige mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz infolge des Erreichens höherer Pflegegrade höhere Eigenanteile als nach dem bisherigen Recht zu tragen hätten [...]“, zudem soll mit „[...] dem Übergang zu in den Pflegegraden 2 bis 5 einrichtungseinheitlichen Eigenanteilen [...] für die finanzielle Planung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen Sicherheit geschaffen [...]“ werden, so der Gesetzgeber in seiner Begründung zum Artikel 1 § 84 Satz 3 weiter.

Grundsätzlich begrüßt die BAGFW die Absicht, eine Mehrbelastung der höheren Pflegegrade zu verhindern. Zudem ist eine Planungs- und Kalkulationssicherheit auf Seiten der Pflegebedürftigen und deren Angehörigen ebenso ausnahmslos zu befürworten.

Jedoch sieht die BAGFW ebenso die Gefahr, dass das eigentliche Grundproblem eines seit Beginn der Pflegeversicherung kontinuierlichen Anstiegs der Eigenfinanzierungsanteile bei den Heimbewohnern durch diese Regelung nicht gelöst wird. Auf eine notwendig zwingende Behebung des ursächlichen

Realwertverlustes durch eine regelmäßige und regelgebundene Leistungsanpassung haben die mit der BAGFW kooperierenden Verbände schon im Kontext der Leistungsdynamisierungsdiskussion beim PSG I entschieden hingewiesen. Eine Gleichverteilung stetig wachsender, pflegebezogener Eigenanteile wird deshalb das Problem einer möglichen Steigerung – ohne die Berücksichtigung einer ausreichenden, regelmäßigen Leistungsanpassung – nicht lösen können. Dann wird auch bei den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen in diesem Punkt keine kalkulatorische Sicherheit geschaffen werden können.

Auch die Überleitung in die Pflegegrade i.V. mit Artikel 2 § 2 Absatz 3, nach dem die Differenz zwischen dem jeweiligen individuellen Eigenanteil vor Überleitungszeitpunkt zu dem ermittelten einrichtungseinheitlichen Eigenanteil bei den Bestandsfällen als Zuschlag erstattet wird, reiht sich in diese Problematik ein.

Für die Berechnung ergeben sich nämlich mittelfristig Unwägbarkeiten in der Zusammensetzung der Heimbewohner, die nicht unbeachtet bleiben dürfen. Die Systematik einrichtungseinheitlicher Eigenanteile führt dazu, dass Heimbewohner in den niedrigen Pflegegraden Eigenanteile der Heimbewohner in höheren Pflegegraden kompensieren. Mit Blick auf § 43 SGB XI ist hier festzustellen, dass die Leistungsbeträge der Pflegegrade 2 und 3 im Verhältnis zur referentiellen Pflegestufe abgesenkt werden sollen, was für diese Gruppen also eine zusätzliche Erhöhung nach sich ziehen wird. Was diese Änderungen für die Heimbewohnerstruktur in der Zukunft bedeutet, ist kaum absehbar: Im derzeitigen System sind ca. 40 % der Pflegeheimbewohner der Pflegestufe 1 zuzuordnen. Daher kann eindimensional betrachtet davon ausgegangen werden, dass hier eine große Gruppe zukünftiger Heimbewohner den Pflegegrad 2 erhält. Es kann dagegen gehalten werden, dass eine große Zahl von an Demenz erkrankten zukünftigen Heimbewohnern aufgrund des NBA besser gestellt sein wird.

Letztlich ist es eine Verteilungsfrage. Wenn insbesondere von Personen mit Pflegegrad 2 die Heimversorgung nicht mehr gewählt wird oder gewählt wer-

den kann, werden die Eigenanteile auf die anderen Pflegegrade aufgeteilt werden müssen. Insofern ist dann davon auszugehen, dass sich die Eigenanteile in einer Spirale auch wieder für diese Heimbewohner erhöhen, für die diese Regelung eigentlich eine Entlastung bringen sollte. Diese Entwicklung kann auch durch das Einwirken der überörtlichen Träger der Sozialhilfe zusätzlich befördert werden, weil jedenfalls zu Beginn Kosten gespart werden sollen. Hier sollte der Gesetzgeber die finanzielle Auswirkung der Umstellung auf einrichtungsgleiche Eigenanteile hinsichtlich der Bewohner und der Pflegeeinrichtungen grundsätzlich überdenken.

Zudem verweist die BAGFW nochmals auf die Redundanz der im Punkt „Personalrichtwerte in Rahmenverträgen & Neuverhandlung der Pflegesätze (§ 75 Absatz 3 Satz 4 und Satz 5 i.V. mit Artikel 3 § 1 des Gesetzesentwurfs)“ aufgeführten Probleme: Ohne die Verständigung auf Personalrichtwerte in den Pflegegraden geht es auch bei der Berechnung von einrichtungseinheitlichen Eigenanteilen nicht. Eine wertgleiche Ausgestaltung der Pflegegrade ist im vollstationären Bereich kaum denkbar. D.h., mit steigendem Pflegegrad wird der Personalaufwand mit dem Versorgungsaufwand steigen. Die Bezifferung dieser Personalrichtwerte ist Voraussetzung für die Berechnung der Pflegesätze und letztlich der Eigenanteile. Anders als bei der Unterkunft und Verpflegung unterscheidet sich die Kostenstruktur in den Pflegegraden beim pflegebedingten Aufwand durch einen unterschiedlichen Personalschlüssel.

Lösungsvorschlag

Aus Sicht der BAGFW muss dem Problem steigender Eigenanteile mit der entsprechenden Anhebung der regelmäßig wiederkehrenden Leistungsbeträge der Pflegeversicherung begegnet werden, und zwar unter Berücksichtigung der dauerhaften Sicherung der Realwertkonstanz.

§ 84 Absatz 8 i. V. m. § 85 Absatz 8

Integration der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung und Vereinbarung des entsprechenden Vergütungszuschlags

Referentenentwurf

Entsprechend der leistungsrechtlichen Integration der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 87b in das Vierte Kapitel, erfolgt die Aufnahme der vertrags- und vergütungsrechtlichen Bestimmungen in die allgemeinen Vorschriften für die Vergütung der stationären Pflegeleistungen. Nach dem Willen des Gesetzgebers, bleibt die bisherige Ausgestaltung als zusätzliche, die Pflegebedürftigen finanziell nicht belastende Leistung, die durch zusätzliches Betreuungspersonal in den stationären Pflegeeinrichtungen erbracht wird, erhalten. Eine Absenkung der vereinbarten Pflegesätze in Hinblick auf die soziale Betreuung der Pflegebedürftigen ist mit der Vereinbarung der Vergütungszuschläge nicht verbunden.

Bewertung

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

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

statuierten individuellen Rechtsanspruchs der Betroffenen nicht mehr stimmig und ist daher ersatzlos zu streichen.

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

Lösungsvorschlag

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

§ 87a Absatz 2 und Absatz 4 SGB XI; § 89 Absatz 1 und Absatz 3; § 90 Absatz 1 und Absatz 2:

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

Referentenentwurf

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

Bewertung

Die redaktionellen Änderungen sind sachgerecht. Aus der Sicht der BAGFW ist die Anpassung des Erstattungsbetrags bei Rückstufung an die neuen Leistungsbeträge zu begrüßen. Dieser soll mit 2952 Euro der Differenz aus den Leistungsbeträgen der Pflegegrade 3 und 2 innerhalb eines Halbjahreszeitraumes entsprechen.

Artikel 3:

Übergangsregeln für die stationäre Pflege

Referentenentwurf

Die BAGFW versteht die vorgeschlagenen Übergangsregeln für die stationäre Pflege wie folgt: Im ersten Schritt soll versucht werden, die stationären Pflegesätze für die neuen Pflegegrade zwischen den üblichen Beteiligten von Pflegesatzverhandlungen zum 1.1.2017 zu vereinbaren (§ 1). Sind die Neuverhandlungen nicht bis Ende September 2016 abgeschlossen, werden die Pflegesätze für die bisherigen Pflegestufen einrichtungsindividuell auf die neuen Pflegegrade übergeleitet. Die Umrechnung erfolgt auf der Grundlage des monatlichen Gesamtbudgets der jeweiligen Pflegeeinrichtung zum Stichtag 30.09.2016 und wirkt sich mindestens budgetneutral für die Einrichtungen aus. Im Fall der vollstationären Versorgung wird die Budgetneutralität über die Festsetzung des einrichtungseinheitlichen Eigenanteils der Versicherten der Pflegegrade 2 bis 5 erreicht, im teilstationären durch die Neuberechnung der Pflegesätze für Pflegegrade 2 bis 5 mittels Äquivalenzziffern. Hinzukommen können theoretisch Pflegesätze von Versicherten des Pflegegrades 1, welche mit 78% des Pflegesatzes des Pflegegrades 2 bemessen werden sollen.

Nicht berücksichtigt werden bei der Überleitung Veränderungen der tatsächlichen Kosten. Das gilt sowohl für die üblichen Kostensteigerungen (Inflationausgleich, Tarifsteigerungen etc.) als auch für Kostenveränderungen, welche die Systemumstellung mit sich bringt, namentlich aufgrund veränderter Leistungen, einer veränderten Bewohnerstruktur und eines damit einhergehenden veränderten Personalbedarfs, einschließlich der Kosten für den erhöhten Verwaltungsaufwand, den das mit dem Bestandsschutz für die bisherigen Leistungsbezieher verbundene doppelte Abrechnungssystem mit sich bringt. Der Referentenentwurf sieht das *„angesichts der zum Umstellungszeitpunkt voraussichtlich unveränderten Zusammensetzung der zu versorgenden Pflegebedürftigen und der voraussichtlich ebenfalls unveränderten Personalausstattung als angemessen an.“* Ein Geltungszeitraum für die alternativ übergeleiteten Pflegesätze ist nicht vorgesehen. Jede Vereinbarungspartei kann

daher jederzeit zur Neuverhandlung der Pflegesätze auffordern, in denen dann allgemeine Kostensteigerungen sowie erst nach der Systemumstellung erworbene Erfahrungen mit der Auskömmlichkeit der Pflegesätze einfließen können.

Bewertung

Die Übergangsregeln für die stationäre Pflege werden ungeachtet der skizzierten Probleme zu einrichtungseinheitlichen Eigenanteilen von der BAGFW grundsätzlich für zweckmäßig und systemgerecht erachtet. Neuverhandlungen der Pflegesätze sind im Sinne der Selbstverwaltung und bieten grundsätzlich die Möglichkeit, zu erwartende Kostenänderungen einer Systemumstellung in den Pflegesätzen zu berücksichtigen. Notfalls ist eine Einigung vor der Schiedsstelle möglich. Gleichwohl ist für den Fall einer Nicht-Einigung die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs durch vorübergehend alternativ übergeleitete Pflegesätze sicher zu stellen. Es ist davon auszugehen, dass eine Einigung vor allem daran scheitern wird, dass Unsicherheit über die durch die Systemumstellung zu erwartenden Kostenänderungen besteht. Vor diesem Hintergrund ist es sinnvoll, die Überleitung zunächst budgetneutral für die Einrichtungen zu gestalten.

Nachfolgend sollen jedoch verbleibende Bedenken und aus Sicht der BAGFW notwendige Ergänzungen aufgezeigt werden:

Stichtagsbetrachtung

Die vorgesehene Stichtagsbetrachtung ist nicht sinnvoll, da sich sowohl die Auslastung als auch die Zusammensetzung der Bewohner in den einzelnen Pflegestufen/-graden ständig verändern. Dies gilt auch für stationäre, aber vor allem für teilstationäre Einrichtungen. Die Ergebnisse werden so verfälscht und gefährden bei einer ungünstigen Belegungskonstellation am Stichtag die Existenz der Einrichtung. Abgestellt werden sollte daher vielmehr auf die durchschnittliche Belegung der letzten zwölf Monate in Verbindung mit der Möglichkeit, künftig erwartete Änderungen der Belegung zu berücksichtigen. Dieses Verfahren wird bisher bei allen Pflegesatzverhandlungen angewendet.

Verhandlungszeitraum und Fragen der Personalausstattung

Die BAGFW sieht die Umsetzung, insbesondere der Vereinbarung neuer Pflegesätze in den genannten Fristen, kritisch. Der Expertenbeirat hat empfohlen, dass der Stichtag der Überleitung mindestens 18 Monate nach dem Inkrafttreten des Gesetzes liegen sollte. Dabei war eine Zeitspanne von mindestens 6 Monaten für die Überprüfung der geltenden Personalanhaltszahlen und -richtwerte im Hinblick auf die mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff verbundenen Anforderungen vorgesehen und anschließend weitere 12 Monate für die voraussichtlich komplexen Neuverhandlungen der stationären Pflegesätze.² Die Frage der Personalbemessung ist nach zutreffender Auffassung des Expertenbeirates *„bei Umstellung von drei Pflegestufen auf fünf Pflegegrade eine wesentliche Voraussetzung für die Anpassung der Entgelte für stationäre Pflegeeinrichtungen. Von der Personalbemessung hängen unmittelbar die Pflegesätze und davon wiederum der Eigenanteil der Bürger bzw. der aufstockenden Leistungen der Sozialhilfe ab. Die Frage der Personalbemessung geht daher in ihrer Bedeutung weit über die Einrichtungsebene hinaus.“*³

Nach dem Referentenentwurf hingegen soll der Gesamtprozess am 31.12.2016 abgeschlossen sein. Berücksichtigt man, dass das Gesetz frühestens am 01.01.2016 in Kraft tritt, und dass vollstationäre Pflegesätze nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (W BVG) erst einen Monat nach Ankündigung gegenüber den Bewohnern wirksam werden, bleibt für die Verhandlung von Personalrichtwerten und Pflegesätzen damit nur ein Zeitraum von höchstens 11 Monaten; bei einem späteren Inkrafttreten des Gesetzes weniger. Sachliche Gründe hierfür sind diesseits nicht erkennbar. Insbesondere wird nicht davon ausgegangen, dass die Überprüfung des Personalbedarfs schneller als in 6 Monaten durchgeführt werden kann, auch nicht aufgrund der jüngst durchgeführten EViS-Studie zur Erfassung von Versor-

² Vgl. Bericht des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, 2013, S. 91, Variante a), S. 93

³ Wie zuvor, S. 78; auf die Zusammenhänge wurde auch bereits oben zu Artikel 1, § 75 und § 84 hingewiesen.

gungsaufwänden in stationären Einrichtungen⁴. Die EViS-Studie selbst stellt klar, dass die Erhebungen allenfalls Rückschlüsse auf das durchschnittliche Verhältnis der Versorgungsaufwände in den verschiedenen Pflegegraden zueinander zulassen, nicht aber auf die tatsächlichen Zeit- und Personalbedarfe. Grund ist, dass die Erhebungen im bestehenden System durchgeführt wurden und daher lediglich die im Rahmen der vorhandenen Personalausstattung gegebenen Versorgungsmöglichkeiten widerspiegeln.

Die vorschnelle Überleitung der stationären Pflegesätze ohne vorherige Überprüfung der Personalanzahl und -richtwerte hätte nach Auffassung der BAGFW zur Folge, dass nicht die Frage der erforderlichen Personalausstattung die Höhe der Pflegesätze bestimmt, sondern umgekehrt die Höhe der Pflegesätze die Personalausstattung und damit die Leistungsinhalte. Klar ist, bei einer budgetneutralen Überleitung können die Einrichtungen nur das bisher angestellte Personal weiterbeschäftigen und gestiegene Leistungsanforderungen gezwungenermaßen nur unzureichend erbringen. Die Erfahrung zeigt, dass der Nachweis, dass weitere Personalmengen erforderlich sind, nahezu unmöglich wird, wenn ein solches defizitäres System einmal in Gang gesetzt ist. Dieses Phänomen hat bereits bei Einführung der Pflegeversicherung in vielen Bundesländern stattgefunden.⁵ Hier wurde das seinerzeit tatsächlich vorhandene Personal in Einrichtungen durch Äquivalenzziffern in Personalanzahl für die einzelnen Pflegestufen umgerechnet und stellt damit bis heute die Grundlage für das Leistungsrecht dar.

Einzelverhandlungen nach alternativer Überleitung

Die BAGFW sieht den Erfolg von Einzelverhandlung neuer Pflegesätze vor und nach der Systemumstellung wesentlich gefährdet. Dies ergibt sich zum einen aus dem bereits dargestellten Problem, dass die (rechtzeitige) Einigung auf Personalrichtwerte in Frage steht und es damit an einer für die Einzelverhandlung notwendigen Kalkulationsgrundlage fehlt. Zum anderen haben we-

⁴ Vgl. vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen beauftragte Studie der Universität Bremen zur Erfassung von Versorgungsaufwänden in stationären Einrichtungen

⁵ Z. B. Nordrhein-Westfalen

der die Leistungsträger noch die Schiedsstellen ausreichende Kapazitäten für die flächendeckend notwendigen Einzelverhandlungen. Der Gesetzgeber wird daher um Prüfung gebeten, wie die Erfolgsaussichten von Einzelverhandlungen verbessert werden können. Als ein Baustein käme etwa die Einrichtung neuer oder die Ausweitung bestehender Schiedsstellen in Betracht.

Für 2017 erwartete Kostensteigerungen bei alternativer Überleitung

Die alternative Überleitung der stationären Pflegesätze führt zu einer faktischen Absenkung der Pflegesätze, da sie weder allgemeine Kostensteigerungen (Sachkosten- und Personalkostensteigerungen nach allgemeinen Preisindices) noch individuelle Kostensteigerungen der Einrichtungen berücksichtigt. Damit hat die Überleitung Strafcharakter, der sich allein zu Lasten der Einrichtungen auswirkt. Dies gilt umso mehr als – wie vorstehend dargelegt - Einzelverhandlungen wesentlich erschwert sind und die übergeleiteten, nicht auskömmlichen Pflegesätze somit für geraume Zeit eingefroren werden. Wie auch in Artikel 3, § 1 für das Verhandlungsverfahren sollte daher auch im Überleitungsverfahren mindestens ein Zuschlag für die voraussichtlichen Kostensteigerungsraten in 2017 vorgesehen werden.

Überleitung der teilstationären Pflegesätze

Die BAGFW zweifelt an der Legitimität der für die Überleitung der teilstationären Pflegesätze gewählten Äquivalenzziffern (Pflegegrad 3-5: 1,36, 1,74, 1,91 in Beziehung zu Pflegegrad 1). Insbesondere fällt auf, dass sie erheblich von den Äquivalenzziffern abweichen, die in § 41 SGB XI für die Spreizung der teilstationären Sachleistungsbeträge vorgesehen sind (dort: Pflegegrad 3-5: 1,88, 2,34, 2,9 in Beziehung zu Pflegegrad 1). Ungeachtet dessen ist die Formel wie folgt zu korrigieren: $PSPG2 = \sum PS$ dividiert durch $(PBPG 2 + PBPG 3 \times \text{Äquivalenzziffer} + PBPG 4 \times \text{Äquivalenzziffer} + PBPG 5 \times \text{Äquivalenzziffer})$.

Gesamtbetrachtung der Vorschriften für die vollstationäre Versorgung

Die BAGFW befürchtet, dass die neuen Regelungen zu einer starken weiteren Abwertung der vollstationären Versorgung führen werden. Sie fordert vor

diesem Hintergrund eine erhebliche Steigerung der vollstationären Sachleistungsbeträge.

Es wurde bereits zu Artikel 1, § 75 und § 84 dargelegt, dass sehr wahrscheinlich mit einer geänderten Bewohnerstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen zu rechnen ist. Aufgrund der gegenüber dem heutigen Status quo deutlich abgesenkten Leistungsbeträge in Pflegegrad 2 und 3 und den beabsichtigten einrichtungsgleichen, damit aber im Verhältnis zum Pflege- und Betreuungsaufwand relativ hohen Eigenanteilen für die untere Pflegegerade, werden sich diese voraussichtlich in der Regel gegen eine stationäre Versorgung entscheiden, auch wenn sie erforderlich ist. Vollstationäre Pflegeeinrichtungen dürften zukünftig daher vor allem mittelfristig von Versicherten mit hohen Pflegegraden in Anspruch genommen werden, also einem Personenkreis mit ganz erheblichen körperlichen und mentalen Einschränkungen.

Schon das allein wird jenseits neuer Leistungsinhalte einen erheblich erhöhten Personalbedarf in vollstationären Einrichtungen nach sich ziehen. Sollte es nicht rechtzeitig vor dem Stichtag gelingen, die Personalrichtwerte für die höheren Pflegegerade zu überprüfen, so wird dies – wie bereits dargelegt – zu einem eklatanten Personalmangel und Qualitätsmängeln in vollstationären Einrichtungen führen. Werden die Personalwerte hingegen rechtzeitig angepasst und können sie in den neuen Pflegesätzen abgebildet werden, so dürften die Eigenanteile der Versicherten aufgrund der dargelegten geänderten Bewohnerstruktur (vorwiegend hohe Pflegegrade) entsprechend hoch sein. Das Risiko für die vollstationär Versorgten sozialhilfebedürftig zu werden, erhöht sich erheblich.

Schließlich führt die veränderte Bewohnerstruktur mittelfristig zur Schwerstpflege, was die vollstationäre Versorgung für Versicherte in den unteren Pflegegraden noch unattraktiver macht. Es verstärkt den Prozess, sich gegen die vollstationäre Versorgung zu entscheiden. Dies sieht die BAGFW mit Sorge. Denn für manche Menschen ist die vollstationäre Pflege weiterhin die optimale Versorgungsform. Das können vor allem solche Menschen sein, die aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit nicht mehr mobil, aber noch geistig fit sind, und die sich Schutz vor der Vereinsamung im eigenen Heim wünschen.

Zum anderen wird die vollstationäre Einrichtung auch als Arbeitsplatz noch unattraktiver. Personal wird so noch schwerer zu gewinnen sein, was auch vor dem Hintergrund der generalistischen Pflegeausbildung nicht im Sinne des Gesetzgebers sein dürfte.

Die BAGFW begrüßt es zwar, dass die ambulante Versorgung weiter ausgebaut werden soll. Dennoch muss ein echtes Wahlrecht zwischen ambulanter und stationärer Versorgung erhalten bleiben. Die Mehrausgaben von 210 Millionen Euro für die Festlegung der vollstationären Sachleistungsbeträge stehen in einem offensichtlichen Missverhältnis zu den Mehrausgaben in Höhe von 1,59 Milliarden Euro, die durch die neuen ambulanten Geld- und Sachleistungen verursacht werden, ebenso wie zu den für das Jahr 2017 prognostizierten Gesamtmehrausgaben von 3,74 Milliarden Euro.⁶ Notfalls muss hier eine Umverteilung zugunsten der vollstationären Pflege vorgenommen werden.

⁶ Vgl. Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit: Zweites Pflege-
stärkungsgesetz, S. 63 f.

Zu 4. Qualitätssicherung

§ 113 Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität

Referentenentwurf

Der § 113 wird hinsichtlich Inhalte der Maßstäbe und Grundsätze neu strukturiert, wobei die inhaltlichen Vorgaben im Wesentlichen gleich bleiben. Dabei wird die Aufzählung der Nummern 1 - 4 in Absatz 1 aufgehoben und die Nummer 1 in Absatz 1 Satz 4 (alt) zur Pflegedokumentation wird in den Text Absatzes 1 integriert. Die Nummer 2 zu den Anforderungen an Sachverständige und Prüfinstitutionen nach § 114 Absatz 4 sowie Nummer 3 zu den Anforderungen an die methodische Verlässlichkeit von Zertifizierungs- und Prüfverfahren nach § 114 Absatz 4 entfallen ersatzlos. Dabei handelt es sich um eine Folgeänderung der Streichung des Absatzes 4 in § 114. Die bisherige Nummer 4 firmiert nun ergänzt neu als Absatz 1a. Ergänzt wurde der Absatz nun um die Beachtung datenschutzrechtlicher Bestimmungen und die Festlegung der Indikatoren des Datenerhebungsinstruments sowie des bundesweiten Verfahrens zur Übermittlung, Auswertung und Bewertung der Daten sowie die von Externen durchzuführende Plausibilitätsprüfung der Daten. Dazu sollen die Vertragspartner nach § 113 entsprechend wissenschaftliche Aufträge erteilen.

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

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

Bewertung

Wir begrüßen, dass die verbindliche Verankerung eines indikatorengestützten Verfahrens zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnis-

qualität im Gesetzentwurf nochmals eine Aufwertung erfahren hat. Die Ergänzungen der bisherigen Regelungen um die Indikatoren, das Datenerhebungsinstrument, die Datenübermittlung und die Plausibilitätsprüfung entspricht den Vereinbarungen, die die Vertragspartner nach § 113 bereits aufgrund der gesetzlichen Vorgaben der bisherigen Nr. 4 des Absatzes 1 des § 113 als Anlage 2 zu den Maßstäben und Grundsätzen stationär geschlossen haben. Insofern folgt der Gesetzgeber hier im Referentenentwurf den Beschlüssen der Selbstverwaltung und konkretisiert den Gesetzestext entsprechend deren Vereinbarungen.

Neu ist die Ermächtigung der Vertragspartner nach § 113 in Absatz 1b bzgl. der neu zu regelnden Datenzusammenführung und -aufbereitung. Diese Neuregelung wird aufgrund des neuen indikatorengestützten Verfahrens notwendig und wird daher von der BAGFW unterstützt.

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

Referentenentwurf

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

Bewertung

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

§ 113b Qualitätsausschuss

Referentenentwurf

Wurden in diesem Paragrafen bisher die Grundlagen der Schiedsstelle Qualitätssicherung als Konfliktlösungsinstanz der Selbstverwaltung beschrieben, regelt der neue § 113b künftig die Strukturvorgaben für die Selbstverwaltungspartner im SGB XI einschließlich des Konfliktlösungsmechanismus, welcher die Hinzuziehung eines unparteiischen Vorsitzenden sowie weiterer unparteiischer Mitglieder vorsieht, sofern die Selbstverwaltungspartner nicht zu einer gemeinsamen Einigung kommen. Der Vorsitzende soll dabei durch das Bundesministerium für Gesundheit benannt werden, die weiteren unparteiischen Mitglieder durch die Vertragspartner nach § 113.

Gleichzeitig wird die Struktur der Selbstverwaltung des SGB XI erstmalig, jenseits der bloßen Benennung der beteiligten Gruppen und Institutionen, stärker umrissen. Neu sind demnach

- die Begrenzung der Vertreter je Bank auf höchstens 10 bei gleicher Stärke der Leistungsträger und Leistungserbringer.
- die eindeutige Definition der Bank der Leistungsträger und die Klarstellung, dass jeder Organisation nur auf einer der Bänke vertreten sein kann.
- Die Vorgabe, dass sich die Selbstverwaltungspartner eine Geschäftsordnung zu geben haben,
- die Einrichtung einer qualifizierten Geschäftsstelle für die Dauer von fünf Jahren, die sowohl koordinierende Aufgaben einer Geschäftsstelle als auch gleichzeitig eine fachlich-wissenschaftliche Beratungsfunktion ausüben soll,
- die Vorlage der Beschlüsse des Qualitätsausschusses beim Bundesministerium für Gesundheit zur Genehmigung.

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

die Qualitätssicherung der Beratungsbesuche nach § 37 Absatz 3 sowie die Qualitätssicherung für neue Wohnformen.

Bewertung

Es ist vielfach zunehmend die Tendenz zu beobachten, dass der Gesetzgeber Umsetzungsfragen im Detail nicht selbst regelt, sondern an die Selbstverwaltungspartner delegiert. Grundsätzlich begrüßen die Wohlfahrtsverbände, dass der Gesetzgeber durch diese Übertragung der Selbstverwaltung ein hohes Maß an Vertrauen und Kompetenz bei der Umsetzung gesetzlicher Vorgaben entgegenbringt. Dieses Vertrauen nehmen wir, die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, sehr ernst. Gleichzeitig stellen wir fest, dass sich in den letzten Jahren Konflikte zwischen den Vertragspartnern, in deren Folge die Umsetzung zentraler Gesetzesvorgaben scheiterte oder verschleppt wurden, zunahm. Ein plastisches Beispiel hierfür war die Debatte um die Umsetzung der Ergebnisqualität im Rahmen des sogenannten „Wingefeld-Projektes“. Trotz der vorgelegten wissenschaftlichen Ergebnisse des von den Bundesministerien für Gesundheit und Senioren in Auftrag gegebenen Modellprojekts, ließ eine Umsetzung lange auf sich warten und Gespräche der Leistungserbringer mit den Kassen zur Umsetzung werden durch den GKV-SV/ MDS verzögert. Dieses Beispiel ist exemplarisch für andere Verhandlungsthemen: Objektive und wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse werden nicht zur Grundlage der Entscheidung der Vertragspartner. Es liegen in der Regel also weniger (wissenschaftliche) Erkenntnisdefizite vor. Das Problem liegt vielmehr in den bisherigen Verhandlungsstrukturen, die durch ungleiche Verhandlungspositionen, Blockademöglichkeiten und Machtpositionen der Vertragspartner bestimmt werden.

Um die Aufträge des Gesetzgebers an die Selbstverwaltung künftig reibungslos, zeitnah und qualitätsorientiert erfüllen zu können, müssen aus Sicht der BAGFW die derzeitigen grundlegenden Defizite und Probleme der Selbstverwaltung identifiziert und gelöst werden. Hierzu wird es notwendig sein, auch die heutige Struktur, in der die Vertragspartner de facto nicht gleichberechtigt sind, kritisch zu hinterfragen und ggf. neue Strukturen der Selbstverwaltung zu entwickeln und zu etablieren. Insofern begrüßen wir hier die Vorschläge im Referentenentwurf, mit denen versucht werden soll, die geschil-

dernten Probleme zu lösen. Hier finden sich viele gute Ansätze – von der Einrichtung einer Geschäftsstelle bis zur Vereinbarung einer Geschäftsordnung. Diese Vorschläge kommen aber zu spät und sind inzwischen nicht mehr ausreichend. So kann es mit den vorliegenden Vorschlägen aus Sicht der BAGFW nur bedingt gelingen, die inzwischen zutage getretenen Probleme zu lösen, da dadurch weder alle offenen Fragen geklärt werden, noch echte nachhaltige und neutrale Selbstverwaltungsstrukturen geschaffen werden. Die Vorschläge der Bunderegierung erscheinen daher an vielen Stellen eher gut gemeint, aber nur halbherzig umgesetzt und nicht zu Ende gedacht, z. B.

- Es fehlt eine Definition mit Kriterien, aus denen sich ableiten lässt, woran sich festmachen lässt, was eine Vereinigung der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene ist, bzw. wo sie sich als solche anerkennen lassen kann, um als Vertragspartner nach § 113 zu gelten.
- Die Schiedsstelle Qualitätssicherung wird als bisheriger Konfliktlösungsmechanismus als selbstständige Instanz zugunsten einer niedrigschwelligeren Option des künftigen Qualitätsausschusses aufgelöst ohne dass dieser ausreichend formal legitimiert und permanent neutral strukturiert sowie durch dauerhafte unparteiische Personen verstärkt wird.
- Es soll eine qualifizierte Geschäftsstelle vereinbart werden, die aber über keine eigene formale Form und personelle Ausstattung verfügt und damit nicht neutral und unparteiisch agieren kann. Darüber hinaus soll sie aus nicht näher nachvollziehbaren Gründen jeweils auf fünf Jahre begrenzt eingerichtet werden. Auch inhaltlich sind Aufbau und Aufgaben unklar bzw. vermischen hier verschiedene Zwecke, wie die Koordination der Selbstverwaltung und die fachlich-wissenschaftliche Beratung der Vertragspartner. Diese Aufgabenvermischung ist nicht zielführend und kann mit den mangelnden Strukturen und Ressourcen letztlich nur zu mehr Komplikationen und unklarerer Entscheidungsabläufen und -strukturen führen.
- Obwohl ein klarer inhaltlicher Arbeitsschwerpunkt des Qualitätsausschusses auf die Vereinbarungen und Beschlüsse zur Qualitätsprüfung und Darstellung gelegt wird, liegt die Zuständigkeit des Ausschusses nur bei den Vereinbarungen nach § 113 sowie § 115 Absatz

1a, aber nicht auch bei den Richtlinien nach § 114a Absatz 7, welche künftig aber mit den zuerst genannten Vereinbarungen inhaltlich-strukturell eine systematische Einheit bilden und auf einander abgestimmt sein müssen.

Die BAGFW empfiehlt daher die Struktur der Selbstverwaltung für die Zukunft klarer und stringenter zu gestalten als dies im Referentenentwurf angelegt ist. Das Modell einer neuen Struktur der Selbstverwaltung sollte sich nach den Vorstellungen der BAGFW am Modell des Gemeinsamen Bundesausschusses im SGB V, wenn auch in deutlich schlankerer Form, anlehnen (s. Anhang zur Stellungnahme). Gegenüber der jetzt in § 113b geschaffenen Struktur eines „Zwitters“ zwischen Schiedsstelle und neuer Selbstverwaltungsstruktur entstünde mit einem Qualitätsausschuss nach BAGFW-Lesart eine Selbstverwaltungsstruktur mit eingebautem Konfliktlösungsmechanismus, da der unabhängige Vorsitzende und zwei weitere unparteiische Mitglieder ständige Mitglieder dieser Struktur wären und nicht bei Bedarf hinzuziehende Schiedspersonen. Aufgrund der Rolle des unabhängigen Vorsitzenden könnten Patt-Situationen vermieden werden, indem immer eine Mehrheitsentscheidung herbeigeführt werden kann. Die von der BAGFW vorgeschlagene Struktur würde auch eindeutig gesetzlich regeln, welche Verbände demokratisch legitimierte Mitglieder wären. Im Unterschied zum Qualitätsausschuss nach § 113b sieht das Konstrukt der von der BAGFW vorgeschlagenen Selbstverwaltungsstruktur eine dritte Bank aus Vertreterinnen und Vertretern der auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger Menschen und von Menschen mit Behinderung vor. Sie sollen mitberaten können und antragsberechtigt sein. Ihre Beteiligung als dritte Bank ist ein Beitrag zur Beteiligung und Transparenz der Verfahren zur Qualitätssicherung gegenüber den Verbraucherinnen und Verbrauchern. Ein weiterer zentraler Unterschied zum im Referentenentwurf vorgelegten Modell eines Qualitätsausschusses ist der Grad der Verbindlichkeit, den die Entscheidungen eines solchen Ausschusses haben. Während ihnen nach § 113b Absatz 3 letzter Satz lediglich die Rechtswirkung einer vertraglichen Vereinbarung oder Beschlussfassung zukommt, haben die Beschlüsse eines Qualitätsausschusses nach BAGFW-Modell den

rechtsverbindlichen Charakter einer Richtlinie. Ein solcher Qualitätsschuss nach BAGFW-Modell würde Richtlinien über die Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität und Richtlinien zu den Ergebnissen von Qualitätsprüfungen einschließlich der Qualitätsberichterstattung erlassen. Auch die Expertenstandards wären Gegenstand seiner Richtlinienkompetenz. Durch die Richtlinienkompetenz wären die bisherigen Probleme zur Frage, wie die Allgemeinverbindlichkeit von Vereinbarungen hergestellt werden kann, juristisch sauber gelöst. Darüber hinaus nimmt der Vorschlag der BAGFW die Forderung eines wissenschaftlichen Instituts als Maximallösung zur Vergabe wissenschaftlicher Aufträge durch den Qualitätsausschuss auf. Allerdings wären auch Lösungen unterhalb dieser Schwelle durch einfache Vergabe von entsprechenden Aufträgen durch den Qualitätsschuss an externe Institute durchaus denkbar.

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

Die wissenschaftliche Entwicklung der Indikatoren für stationäre Einrichtungen nahm fast drei Jahre in Anspruch plus weitere 18 Monate für die modellhafte Pilotierung zur wissenschaftlichen Klärung von Umsetzungsfragen in der Fläche. Für den Bereich der ambulanten Pflege (Absatz 4 Nummer 3) sind die Ergebnisindikatoren der stationären Pflege nicht übertragbar. Somit müssen neue Ergebnisindikatoren für die ambulante Pflege auf wissenschaft-

licher Basis entwickelt und praktisch erprobt werden. Zur Gewährleistung der Gütekriterien Objektivität, Validität und Reliabilität sowie der Vergleichbarkeit, ist dafür eine mindestens ebenso lange Zeitspanne von insgesamt vier bis fünf Jahren zu veranschlagen. In einem Gutachten für die BAGFW (Büscher, 2015) wird darüber hinaus aufgrund der geringen Vergleichbarkeit der individuellen Versorgungs- und Vertragssettings in der häuslichen Pflege für zu entwickelnde Indikatoren eine Erprobungsphase im internen Qualitätsmanagement empfohlen. Dabei soll getestet werden, welcher dieser Indikatoren sich ggf. überhaupt für eine externe, vergleichende Qualitätsberichterstattung eignet und bewährt. Die Zeitvorgabe einer Umsetzung eines zur derzeitigen PTVA alternativen, auf Indikatoren basierenden Systems zum 31. März 2018 erscheint vor diesem Hintergrund kaum umsetzbar.

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

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

Lösungsvorschlag

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

Hinsichtlich der Begrenzung der Vertreter je Bank auf höchstens 10 bei gleicher Stärke der Leistungsträger und Leistungserbringer schlägt die BAGFW vor, auf Seiten der Leistungserbringer die Platzzahl zehn zu konkretisieren in „jeweils fünf von den in der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) e.V. kooperierenden Verbänden und von den Vereinigungen privat-gewerblicher Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene.“

Hinsichtlich der Verortung der Ausführungsvorschriften für ein indikatorengestütztes Verfahren zur Qualitätsprüfung und Qualitätsdarstellung schlägt die BAGFW vor, dieses in den § 114, 114a und 115 Absatz 1a zu regeln statt in § 113b Absatz 4.

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

§ 114 Qualitätsprüfungen

Referentenentwurf

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

Hier werden der Prüfauftrag und der Umfang der Qualitätsprüfungen geregelt. Bezugnehmend auf das in §113 Absatz 4 veränderte Prüfgeschehen durch die Qualitätserfassung indikatorengestützter Ergebnisqualität bedarf es hier ebenfalls einer Anpassung.

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

Bewertung

Die BAGFW begrüßt die Abschaffung der Kosten für die Wiederholungsprüfungen. Die Abschaffung der gleichwertigen Prüfungen kann vor dem Hintergrund des neu einzuführenden indikatorengestützten Verfahrens, dass das interne Qualitätsmanagement mit der externen Qualitätsprüfung und vergleichende Qualitätsdarstellung nachvollzogen werden.

Allerdings sei angemerkt, dass dieses System für die stationäre Pflege erst zum 31. März 2017 und für die ambulante Pflege zum 31. März 2018 umgesetzt werden soll. Für die Übergangszeit gelten die Pflege-Transparenzvereinbarungen sowie das bisherige Prüfsystem jedoch weiter. Solange sollen auch die Regelungen zu gleichwertigen Prüfungen weitergelten.

Des Weiteren wird der § 114 dem in den §§ 113 und 113b beschriebenen, neuen indikatorengestützten Verfahren nicht mehr gerecht. Im Referentenentwurf findet sich keine Anpassung des neuen Prüfgeschehens. Dies betrifft sowohl die künftigen externen Plausibilitätskontrollen als auch die Frage notwendiger Neujustierungen der weiteren Prüfarten. Die Konzepte der Regelprüfung und Wiederholungsprüfungen werden dem neuen Modell nicht mehr gerecht und sind entsprechend anzupassen und neu konzeptionieren, ebenso der Prüfauftrag für die Medizinischen Dienste und die Prüfdienste der PKV. Einzig die Anlassprüfung aufgrund von Beschwerden ist vor dem neu geregelten Hintergrund in der bestehenden Form weiterhin sinnvoll. In einem System der regelmäßigen Vollerhebung von Qualitätsdaten bei allen Bewohnerinnen und Bewohnern zu gesundheitsbezogenen Indikatoren der Ergebnisqualität sowie von Befragungen der Bewohner und Angehörigen zur Er-

ergebnisqualität aus Nutzerperspektive würde das bisherige System der Regelprüfung durch jährliche Überprüfungen des MDK bzw. anderer akkreditierter Prüfinstitutionen zur korrekten Datenerhebung der gesundheitsbezogenen Indikatoren ersetzt. Die Prüfung könnte z.B. 10 Prozent aller Bewohnerinnen und Bewohner einer Einrichtung umfassen. Inhalt der Prüfung ist die korrekte Anwendung der Verfahrensregelungen und die Übereinstimmung der Prüfergebnisse mit dem Pflegezustand der Bewohnerinnen und Bewohner. Bei Unstimmigkeiten in der Datenerhebung würde ein Klärungsprozess eingeleitet, bei dem die Fehlerquellen und -ursachen herausgefunden und beseitigt werden sollen. Auf dieser Grundlage sind die Daten durch korrekte Daten zu bereinigen und zu aktualisieren. Im Falle bewusster fehlerhafter Angaben kann eine Sanktionskaskade in Gang gesetzt werden, bis hin zur Kündigung der Versorgungsverträge nach § 74 SGB XI. Darüber hinaus hat die zuständige Heimaufsichtsbehörde Prüfrecht nach dem jeweiligen Landesrecht. Sie wird auch über die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen nach dem SGB XI informiert. Erzielt die Einrichtung in den Qualitätsberichten überdurchschnittliche oder durchschnittliche Ergebnisse, ergibt sich kein weiterer Handlungsbedarf. Erzielt sie jedoch unterdurchschnittliche Ergebnisse wird ebenfalls eine Kaskade zur Stärkung der internen Qualitätssicherung in Gang gesetzt, die vom einfachen Stellungnahmeverfahren bis hin zu einer umfassenden Prüfung der Struktur- und Prozessqualität durch den MDK und vergleichbarer Prüfinstitutionen reicht.

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

Lösungsvorschlag

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

Die Aufträge an die Prüfdienste sowie die Prüfarten sind auf Basis des in den §§ 113 und 113b beschriebenen neuen indikatorengestützten Verfahrens zur Qualitätsprüfung und Veröffentlichung entsprechend anzupassen und zu ändern.

§ 114a Durchführung der Qualitätsprüfungen

Referentenentwurf

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

Bewertung

Auf Grund der in § 113 und der Anlage 2 beschriebenen Änderungen im Prüfgeschehen sind in §114a Absatz 1 Satz 2 und 3 ebenfalls Anpassungen notwendig. Die Verzahnung der internen mit der externen Qualitätssicherung der strukturierten Qualitätserfassung nach dem Modell der indikatorengestützten Ergebnisqualität findet in Form einer Vollerhebung in den Pflegeeinrichtungen statt. Zur Verzahnung mit der externen Qualitätssicherung erfolgt die Datenauswertung und -evaluation in einem unabhängigen Institut, dem die Daten in anonymisierter Form (unter Wahrung des Datenschutzes) übermittelt werden. Der nächste Schritt ist die Plausibilitätsprüfung unter den Vorgaben der Landesverbände der Pflegekassen. Da die Plausibilitätsprüfung die Richtigkeit der von den Einrichtungen erhobenen Daten retrospektiv prüft, muss diese an angekündigten Terminen erfolgen.

In der Neufassung von Absatz 7 ist zu begrüßen, dass bereits bis Oktober 2017 – für stationäre Pflegeeinrichtungen – und bis Oktober 2018 – für ambulante Pflegeeinrichtungen – die Richtlinien zur Prüfung der erbrachten Leistungen und deren Qualität in den benannten Pflegeeinrichtungen zu konkreti-

sieren sind. Allerdings wird bis zum Vorliegen eines Instrumentes für die Erhebung von indikatorengestützter Ergebnisqualität in der häuslichen Pflege mehr Zeit (wie zu § 113b Absatz 4 Nummer 3 erwähnt) erforderlich sein.

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

Hinsichtlich der Prüfungen in der ambulanten Pflege beklagen die Dienste der Freien Wohlfahrtspflege die Praxis der Medizinischen Dienste hinsichtlich der Ankündigung der Prüfung einen Tag zuvor. Wenn eine Prüfung nach einem Feiertag oder nach dem Wochenende erfolgt, muss die Ankündigung einen Werktag zuvor beim Dienst vorliegen.

Lösungsvorschlag

Hinsichtlich der Umsetzung eines indikatorengestützten Verfahrens nach den §§ 113 und 113b sind weitere Konkretisierungen in Absatz 7 hinsichtlich der verschiedenen Prüfaufträge und -arten sowie ggf. weitere notwendige Anpassungen vorzunehmen.

Aufgrund der zukünftigen engen konzeptionellen Verzahnungen von internem Qualitätsmanagement, externer Prüfung und Qualitätsdarstellung sind die Qualitätsprüfungs-Richtlinien in die gemeinsamen Regelungskompetenzen der Vertragsparteien nach § 113 aufzunehmen.

Bzgl. der Anmeldung der Prüfungen in der ambulanten Pflege fordert die BAGFW eine gesetzliche Klarstellung, dass „am Tag zuvor“ bedeutet, dass ein rechtzeitiger Zugang zur Ankündigung sichergestellt sein muss. Eine an einem Montag geplante Prüfung muss daher bis spätestens Freitagmittag avisiert sein, entsprechend ist bei Prüfungen unmittelbar nach Feiertagen zu verfahren.

§ 115 Ergebnisse von Qualitätsprüfungen, Qualitätsdarstellung

Referentenentwurf

In § 115 werden vor allem redaktionelle Anpassungen an Änderungen vorangegangener Paragraphen vorgenommen sowie insbesondere der Absatz 1a neu gefasst und im Titel die Qualitätsdarstellung in Ergänzung zu den Ergebnissen von Qualitätsprüfungen aufgenommen. Die Änderungen in Absatz 1a beziehen sich in der Darstellung der Qualität und der Qualitätsberichterstattung auf § 114a Absatz 7 sowie den entsprechenden Neuregelungen in den §§ 113 und 113b. Hier wird beschrieben, dass die Qualitätserfassung auf der Basis indikatorengestützter Ergebnisqualität erfolgen soll. Für wichtige Bereiche, welche über Ergebnisindikatoren nicht erfasst werden, sollen Struktur- und Prozessdaten Anwendung finden.

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

Bewertung

Die BAGFW begrüßt es, dass die Qualitätsberichterstattung auf der Basis indikatorengestützter Ergebnisdarstellung erfolgt und somit der Fokus auf den Pflegebedürftigen und die Einflussnahme der Pflegeeinrichtung gerichtet wird. Zusätzlich trägt dieser Schritt zu einer Entbürokratisierung und wirtschaftlichen sowie angemessenen Pflegedokumentation bei.

Die indikatorengestützte Qualitätssicherung und Qualitätsberichterstattung erfolgt auf der Basis der Vollerhebung in regelmäßigen Abständen mit Plausibilitätsprüfung durch eine externe unabhängige Stelle, z. B. den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V.. Zur Klarstellung der Art der Prüfung durch die medizinischen Dienste der Krankenkassen und der Prüfdienste des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V., sollte in die Änderungen der Begriff der Plausibilitätsprüfung aufgenommen werden.

Für die Übergangszeit bis zur Umsetzung des neuen Systems der Qualitätsprüfung und -darstellung vermisst die BAGFW entsprechende Übergangsregeln, die auf die größten Kritikpunkte bzgl. der Transparenzvereinbarungen, wie die Verrechnung der Qualitätsbereiche untereinander (Stichwort Wohn- versus Pflegequalität), Rücksicht nimmt.

Lösungsvorschlag

Die BAGFW schlägt vor, dass bei der bestehenden Qualitätsdarstellung in der Übergangsphase, bis die Vereinbarungen der Qualitätsdarstellungsvereinbarung auf Basis von indikatorengestützter Ergebnisqualität in Kraft treten, die Veröffentlichung der Gesamtnote ausgesetzt wird.

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

Berlin, 07.07.2015

Zu D. Zusammenfassung der Stellungnahme der in der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW) kooperierenden Verbände



Zusammenfassung

Paradigmenwechsel durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff

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

„pflegerischen Maßnahmen i.S. des § 14 Absatz 2 und Hilfen zur Haushaltsführung“ zu ersetzen.

Die BAGFW begrüßt die Absenkung der Eintrittsschwellenwerte ins System, indem Pflegegrad 1 bereits mit einem Gesamtpunktwert von 12,5 Punkten und Pflegegrad 2 mit 27 Punkten erreicht wird. Kinder im Alter von 0 bis 18 Monaten werden generell einem Pflegegrad höher zugeordnet als die Erwachsenen. An diesem Punkt weicht der Referentenentwurf von den Empfehlungen des Expertenbeirats ab, ohne dass die Gesetzesbegründung hierfür einen nachvollziehbaren Grund angibt.

Überleitungsregelungen in die Pflegegrade sind sachgerecht

Die im Referentenentwurf vorgesehenen Überleitungsregelungen: einfacher Stufensprung bei Pflegebedürftigen ohne erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, doppelter Stufensprung bei Versicherten mit einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz zum Stichtag 31.12.2016 halten wir für sachgerecht. Sie tragen dazu bei, die Leistungsansprüche der bisherigen Leistungsbezieher zum 01.01.2017 eindeutig zu klären und umfangreiche Neubegutachtungen zu vermeiden.

Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Die BAGFW begrüßt, dass das Gutachten den Antragstellern künftig automatisch übersandt wird. Dies entspricht einer langjährigen Forderung. Die BAGFW setzt sich zudem dafür ein, dass pflegebedürftige Menschen, die nach verkürzten Fristen begutachtet werden, wie z.B. nach Krankenhausaufenthalt nicht nur vorläufig, sondern in einen konkreten Pflegegrad eingestuft werden. Diese Einstufung kann ggf. auch befristet werden. Des Weiteren fordert die BAGFW die Aufhebung der Zahlungspflicht der Pflegekasse von 70 Euro für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung der Begutachtung. Sollte der Gesetzgeber an dieser Regelung festhalten, müssen aus Gründen der Gleichbehandlung auch die stationär versorgten und nicht nur die häuslich betreuten Pflegebedürftigen diese Strafzahlung erhalten.

Umsetzung des neuen Pflegebegriffs in den leistungsrechtlichen Regelungen

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

Die BAGFW bewertet positiv, dass auch der Pflegegrad 1 zum Zweck der Erhaltung und Wiederherstellung der Selbständigkeit und der Vermeidung schwererer Pflegebedürftigkeit leistungsrechtlich ausgestaltet wird. Hierzu zählen neben dem Entlastungsbetrag in Höhe von 125 Euro, beispielsweise die Pflegeberatung nach § 7a, die Beratung in der Häuslichkeit nach § 37 Abs.3 SGB XI, die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln oder der Wohngruppenzuschlag. In der stationären Pflege haben Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 einen Anspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung gemäß § 43b neu.

Die BAGFW begrüßt die vorgenommene Umstellung der pflegestufenabhängigen Leistungen der **§§ 36, 37 und 41** auf die neue Einteilung in Pflegegrade. Hierbei bildet die bisherige Pflegestufe 1 die Referenzstufe für den Pflegegrad 2, die Pflegestufe 2 die Referenzstufe für den Pflegegrad 3 etc. Die Leistungshöhen und die Spreizung der Leistungen entsprechen hier in der Regel den bisherigen Leistungsbeträgen einschließlich der mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz eingeführten Vorziehleistungen für die Menschen mit einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz.

Die BAGFW bewertet die Neuregelung zur Fortgewährung des **Pflegegelds** bei Kurzzeit- und Verhinderungspflege im Sinne einer Anpassung der durch das PSG I flexibilisierten Höchstbezugsdauern positiv. Das Pflegegeld kann bei Verhinderungspflege daher künftig für bis zu sechs Wochen fortgewährt werden, bei Kurzzeitpflege für bis zu acht Wochen. Entsprechendes gilt für die Fortgewährung des anteiligen Pflegegelds bei Inanspruchnahme der Kombinationspflege nach § 38 Absatz 1 Satz 4 neu. Damit wird eine sachgerechte Korrektur am PSG I vorgenommen.

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

Schnittstelle zur häuslichen Krankenpflege klar regeln

Nicht klar genug geregelt ist aus Sicht der BAGFW die Schnittstelle zur Häuslichen Krankenpflege in § 37 SGB V. Um leistungsrechtliche Abgrenzungsprobleme zwischen SGB XI und SGB V zu vermeiden, schlägt die BAGFW vor, dass in § 15 explizit darauf hingewiesen wird, dass der Schweregrad der Beeinträchtigungen im Modul 5 (Bewältigung und selbständiger Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen) auch dann zu ermitteln ist, wenn der Hilfebedarf zu Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V führt. Analoges gilt für die Pflegesachleistungen nach § 36.

Weiterentwicklung der Pflegeberatung nach § 37 Absatz 3

Die BAGFW unterstützt das Anliegen des Referentenentwurfs, den Beratungspflichteinsatz nach § 37 Abs. 3 mit einer neuen Qualität zu versehen durch die Verabschiedung von Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche durch die Vertragsparteien nach § 113. Dieses Ziel wird mit der vorgeschlagenen Neuregelung alleine jedoch in keinster Weise erreicht. Es bedarf zudem einer entsprechend höheren, angemessenen Vergütung. Die Vergütungen der Einsätze sind so zu gestalten, dass sie auch aus wirt-

schaftlicher Sicht eine umfangreiche, individuelle Beratung und qualitätsgesicherte Beratung zulassen. Dies ist mit 23 Euro bzw. 33 Euro nicht möglich. Eine qualitätsgesicherte Beratung erfordert nach unserer Einschätzung sicherlich den doppelten Betrag. Die Verbände der BAGFW hatten sich in den letzten Jahren bereits dafür eingesetzt, die Vergütungen nicht gesetzlich festzuschreiben, sondern zukünftig in den Grundsätzen für die Vergütungsregelung nach § 89 SGB XI zu vereinbaren.

Verhinderungs- und Kurzzeitpflege vollständig harmonisieren

Anspruch auf Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege haben Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 bis 5. Die Leistungshöhe liegt auch zukünftig jeweils bei 1.612 Euro.

Weiterhin können Versicherte Kurzzeitpflege für die Dauer von bis zu acht Wochen aus nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Verhinderungspflege nehmen, während Verhinderungspflege umgekehrt nur für die Dauer von bis zu sechs Wochen aus nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege abrufbar ist. Diese unterschiedliche Leistungsdauer führt bei den Versicherten zu Unverständnis und Intransparenz. Die BAGFW bittet zu prüfen, ob die maximale Inanspruchnahme der Verhinderungspflege von sechs auf acht Wochen verlängert werden kann. Des Weiteren plädieren wir dafür, die Vorpflegezeiten bei der Verhinderungspflege abzuschaffen und gesetzliche Klarstellungen zur stundenweisen Inanspruchnahme der Verhinderungspflege vorzunehmen.

Praxisprobleme bei den ambulant betreuten Wohngruppen beseitigen

Die BAGFW setzt sich dafür ein, dass auch Menschen, die in ambulant betreuten Wohngruppen leben, uneingeschränkten Zugang zur Tages- und Nachtpflege haben. Das Argument des Missbrauchs der Regelungen zu § 38a darf nicht dazu führen, dass Menschen in Wohngruppen anders behandelt werden als Menschen, die in ihrer angestammten Häuslichkeit leben. Die BAGFW sieht bei drei weiteren Praxisproblemen, die zur Ablehnung der Zahlung des pauschalen Zuschlags für die Präsenzkraft geführt haben, gesetzgeberischen Handlungsbedarf: 1. Es muss klargestellt werden, dass von ei-

ner gemeinsamen Wohnung auch dann ausgegangen werden muss, wenn die Privaträume über einen eigenen Sanitärbereich verfügen. 2. Als Beauftragung der Präsenzkraft muss auch gelten, wenn die Bewohner/innen der ambulanten Wohngruppe einen Pflegedienst beauftragen, der dann wiederum die Präsenzkraft gestellt. 3. Der Begriff der „anbieterverantworteten ambulant betreuten Wohngruppe“ ist zu streichen. Nach § 38a Absatz 1 Nummer 4 soll der Anbieter den Nachweis führen, dass die Pflege nicht den Umfang der vollstationären Pflege erfüllt. Der Anbieter ist jedoch stets der Vermieter, während der Pflegedienst nur Gast in der Wohnung ist und seine Leistungen erbringt.

Qualität der Angebote zur Unterstützung im Alltag ohne Preisdumping sicherstellen

Die BAGFW begrüßt die Systematisierung der Regelungen zu den Angeboten der Unterstützung im Alltag, die in § 45a vorgenommen wird, wenngleich sie die Differenzierung zwischen Entlastungs- und Betreuungsangeboten, die schon durch das PSG I erfolgt ist, nach wie vor für schwierig erachtet. In der Gesetzesbegründung sollte klargestellt werden, dass gewerbliche Angebote in diesem Bereich sozialversicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnisse vorzuhalten haben und nachweislich mindestens Mindestlohn zu bezahlen haben. Bei der Umsetzung der Regelungen für diese Angebote in den Länderverordnungen hat sich gezeigt, dass die Länder bestrebt sind, Preisobergrenzen sowohl für die Entlastungs- und Betreuungsangebote als auch für die Angebote der zugelassenen Pflegedienste festzulegen. Einen solchen Eingriff in den Wettbewerb halten wir für nicht sachgerecht. Gänzlich ordnungspolitisch verfehlt ist eine solche Regelung für die ambulanten Pflegedienste, denn der Entlastungsbetrag nach § 45b kann auch für dessen Regelleistungen eingesetzt werden. Die BAGFW setzt sich dafür ein, dass die Entlastungs- und Betreuungsangebote der zugelassenen Pflegedienste automatisch durch die Landesverordnungen anerkannt werden. Um die gemeinsame Verantwortung für die Entwicklung von Angeboten der Unterstützung im Alltag wahrnehmen zu können, halten wir es für geboten, in der Verordnungsermächtigung in § 45a Absatz 3 SGB XI festzulegen, dass die maßgeblichen Akteure – dabei explizit auch die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege –

qualifizierte Beteiligungsrechte bei der Erarbeitung der Rechtsverordnung erhalten.

Entlastungsbetrag als jährliches Budget ausgestalten

Die BAGFW begrüßt grundsätzlich die Einführung eines Entlastungsbetrags im ambulanten Bereich. Dieser soll von den Leistungen zum Ausgleich der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit und Fähigkeiten entkoppelt sein, damit die pflegenden Angehörigen ihn auch wirklich zu ihrer Entlastung nutzen. Die in der BAGFW kooperierenden Verbände weisen in diesem Zusammenhang jedoch, wie bereits im Rahmen ihrer Stellungnahmen zum PSG I erneut darauf hin, dass der Umwandlungsanspruch in Höhe von 40 Prozent der Pflegesachleistung im jeweiligen Pflegegrad zu einem hohen bürokratischen Aufwand führt und die Unübersichtlichkeit der Leistungen im SGB XI nicht reduziert, sondern sogar noch erhöht. Grund hierfür ist, dass die Inanspruchnahme der Unterstützungsangebote von Monat zu Monat variiert, aber bezogen auf denselben Monat mit den Sachleistungs- und Pflegegeldleistungsansprüchen verrechnet werden muss. Da die Kostenerstattung der Angebote zur Unterstützung im Alltag jedoch frühestens im Folgemonat des Monats der Inanspruchnahme nach Rechnungslegung erfolgen kann, und die Pflegesachleistung und das Pflegegeld zu diesem Zeitpunkt schon verrechnet sind, muss der Versicherte sich regelmäßig bei seiner Pflegekasse erkundigen, wieviel Budget ihm zur Verfügung steht, um etwaige Fehlbeträge nicht selbst ausgleichen zu müssen. Die BAGFW hat bereits im Rahmen des Expertenbeirats als Alternative einen jährlichen Entlastungsbetrag vorgeschlagen, der sich aus den Mitteln der Verhinderungspflege, Kurzzeitpflege und dem Entlastungsbetrag nach dem jetzigen § 45b speisen soll. Danach stünden dem Pflegebedürftigen im Kalenderjahr insgesamt 4724 Euro zur Verfügung, die er ganz flexibel für alle Leistungen nach § 45b Absatz 1 Satz 3 Nummer 1-4 einsetzen könnte.

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

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

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

Die Regelungen zum Besitzstandsschutz in der häuslichen Pflege und zur sozialen Sicherung der Pflegeperson sind zu begrüßen.

Benachteiligung der unteren Pflegegrade in der vollstationären Pflege

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

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

Bei pflegebedürftigen Menschen, die Leistungen nach § 43 SGB XI erhalten und in einer vollstationären Pflegeeinrichtung leben, bezieht sich der Besitzstandschutz nicht auf die regelmäßig wiederkehrenden Leistungen nach § 43 SGB XI, sondern auf den bis zum 31.12.2016 bezahlten Eigenanteil bei den pflegebedingten Aufwendungen. Dies ist im Gesamtkonzept der geplanten einrichtungseinheitlichen Eigenanteile zu sehen, dennoch wirft die Regelung verschiedene Fragen auf wie z. B: Gilt der Besitzstandsschutz auch bei einer Änderung der Einstufung in einen anderen Pflegegrad, bei einem Wechsel von einer Pflegeeinrichtung in eine andere Pflegeeinrichtung. Offen bleibt auch wie der Besitzschutz bemessen wird, wenn jemand aus der häuslichen

Pflege in die vollstationäre Pflege wechselt und umgekehrt, angesichts der unterschiedlichen Besitzstandsschutzsystematiken.

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

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

Einrichtungseinheitliche Eigenanteile

Für die Pflegegrade 2 bis 5 sind in den Pflegesatzverhandlungen erstmals so genannte einrichtungseinheitliche Eigenanteile zu vereinbaren und dies i. V. mit Artikel 3 § 1 des Gesetzesentwurfes erstmals zum 01.01.2017. Die einrichtungseinheitlichen Eigenanteile werden, so der Gesetzgeber in seiner Begründung, ausgehend von dem jeweiligen prospektiven Versorgungsaufwand abzüglich der Summe des Leistungsbetrages nach § 43 ermittelt. Mit der Umstellung auf die einrichtungseinheitlichen Eigenanteile soll erreicht werden, dass der von den Pflegebedürftigen bzw. vom zuständigen Sozialhilfeträger zu tragende Eigenanteil nicht mehr mit der Schwere der Pflegebedürftigkeit steigt. Grundsätzlich begrüßt die BAGFW die Absicht, eine Mehrbelastung der höheren Pflegegrade zu verhindern. Zudem ist eine Planungs- und Kalkulationssicherheit auf Seiten der Pflegebedürftigen und deren Angehörigen ebenso ausnahmslos zu befürworten.

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

Monitoring der Überleitung

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

- Verhältnis zwischen der Zahl der Heimbewohner und der Zahl der Pflege- und Betreuungskräfte (in Vollzeitkräfte umgerechnet),
- die Unterteilung nach Pflegegrad (Personalanhaltszahlen),
- im Bereich der Pflege, der Betreuung und der medizinischen Behandlungspflege den Anteil der ausgebildeten Fachkräfte am Pflege- und Betreuungspersonal
- Die Entwicklung der Zusammensetzung der Heimbewohner in Bezug auf die Verteilung in den Pflegegraden unter Berücksichtigung der Staffelung der Leistungsbeträge der Pflegeversicherung.

Bestandsschutzregelung der Personalausstattung bei alternativer Überleitung einführen

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

Die BAGFW fordert die Bundesregierung auf, für die alternative Überleitung eine Übergangsregelung in Artikel 3 des Gesetzesentwurfs aufzunehmen, mit der die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens vorhandene Personalausstattung für mindestens ein Jahr unter Bestandsschutz gestellt wird.

Die alternativen Übergangsregelungen für die Pflegesätze reichen nicht aus

Der Gesetzgeber hat in Artikel 3 alternative Übergangsregelungen für die stationäre Pflege für den Fall vorgesehen, dass der Verhandlungsweg nicht erfolgreich ist. Die BAGFW fordert, die alternativen Übergangsregelungen wie folgt anzupassen:

- Keine Sperrwirkung übergeleiteter Pflegesätze für Neuverhandlungen. Trotz alternativ übergeleiteter Pflegesätze muss der Verhandlungsweg weiter offen stehen.
- Anhebung der vollstationären Sachleistungsbeträge, die zusammen mit der zu § 43 vorgeschlagenen Staffelung verhindert, dass vollstationäre Pflege nur noch von den höheren Pflegegraden in Anspruch genommen wird; notfalls durch Umverteilung der sonstigen Mehrausgaben
- Überleitung der Pflegesätze auf der Grundlage des durchschnittlichen Monatsbudgets der letzten zwölf Monate (anstelle einer Stichtagsbetrachtung)

- Möglichkeit, künftig erwartete Kostenänderungen in die übergeleiteten Pflegesätze einzubeziehen, oder zumindest Zuschlag in Höhe der allgemeinen Kostensteigerungsraten
- Maßnahmen zur Verbesserung der Erfolgsaussichten von Einzelverhandlungen stationärer Pflegesätze, u. a. Ausbau der Kapazitäten der SGB XI-Schiedsstellen
- Die Höhe des Besitzstandsschutzes wird durch die Differenz des bisherigen Eigenanteils und des neuen einrichtungseinheitliche Eigenanteil im ersten Monat nach der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs bestimmt. Es muss hier klargestellt werden, dass es keine Befristung des Besitzstandsschutzes gibt und dass temporäre Schwankungen des Eigenanteils, etwa durch Abwesenheitstage, bei der Bemessung des Besitzstandsschutzes außer Betracht bleiben.

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

Nach Auffassung der BAGFW muss die Spreizung der übergeleiteten teilstationären Pflegesätze mit der Spreizung der teilstationären Leistungsbeträge übereinstimmen und auf nachvollziehbare Annahmen zum Versorgungsaufwand gestellt werden

Pflegesatzverhandlungen 2016 nicht einfrieren

Der Gesetzesentwurf legt nicht eindeutig dar, ob Verhandlungen zu Vergütungssteigerungen in das Jahr 2016 übertragen bzw. durchgeführt werden können. Die BAGFW erbittet sich eine Klarstellung, dass auch über den 01. Januar 2016 hinaus Verhandlungen zulässig sind, die sich auf die Vergütung der Einrichtungen bis zum 31.12.2016 beziehen.

Qualitätsausschuss zu einer demokratisch legitimierten Selbstverwaltung weiterentwickeln

Kernstück der Neuregelungen zur Qualitätssicherung ist der neu eingeführte Qualitätsausschuss nach § 113b SGB XI. Er stellt gewissermaßen einen „Zwitter“ zwischen der Schiedsstelle Qualitätssicherung nach § 113b alt und

neuen Strukturen der Selbstverwaltung zur Qualitätssicherung dar. Hinsichtlich seiner Zusammensetzung fehlt es nach wie vor an klaren Kriterien, aus denen sich ableiten lässt, welche Vereinigung der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene als Mitglied in der neuen Selbstverwaltungsstruktur legitimiert ist. Der neue Qualitätsausschuss erfüllt die Funktion der Konfliktlösung, indem, ähnlich wie beim erweiterten Bewertungsausschuss, ein unparteiischer Vorsitzender und zwei weitere unparteiische Mitglieder hinzugezogen werden können. Diese sind jedoch keine permanenten Mitglieder, so dass es an einer permanenten Ergänzung der Selbstverwaltungspartner durch eine unparteiische Person fehlt. Wie auch bisher schon, stellen die Vereinbarungen und Beschlüsse, die der Qualitätsausschuss treffen kann, lediglich vertragliche Vereinbarungen bzw. Beschlussfassungen dar, jedoch keine Richtlinien. Es bleibt auch unklar, was vertragliche Vereinbarungen und was Beschlussfassungen sind und worin sich diese unterscheiden. Damit unterscheidet sich das neue Gremium nach § 113b neu nicht wesentlich vom Plenum der bisherigen Vereinbarungspartner nach § 113 SGB XI alt. Begrüßt wird, dass der Qualitätsausschuss sich wissenschaftlicher Expertise bedienen kann, nämlich in Form der qualifizierten Geschäftsstelle nach § 113b Absatz 6. Abgesehen davon, dass sich die Frage stellt, was man sich genau unter einer „qualifizierten Geschäftsstelle“ vorstellen soll und warum ihr Wirken auf fünf Jahre begrenzt wird, werden die Aufgaben der Koordination der Selbstverwaltung und der fachlich-wissenschaftlichen Beratung vermischt.

Der Referentenentwurf nimmt mit dem vorgestellten Modell zwar Kurs auf eine neue Selbstverwaltungsstruktur, bleibt aber auf halber Strecke stecken. Die BAGFW hat ein weitergehendes klares Modell für eine neue Selbstverwaltung entwickelt, das sich am Modell des Gemeinsamen Bundesausschusses im SGB V, allerdings in deutlich schlankerer Form, anlehnt und die benannten Strukturdefizite vermeidet. Gegenüber der jetzt in § 113b geschaffenen Struktur eines „Zwitters“ zwischen Schiedsstelle und neuer Selbstverwaltungsstruktur entstünde mit einem Qualitätsausschuss nach BAGFW-Modell eine Selbstverwaltungsstruktur mit eingebautem Konfliktlösungsmechanismus, da der unabhängige Vorsitzende und zwei weitere unparteiische Mitglieder ständige Mitglieder dieser Struktur wären und

nicht bei Bedarf hinzuziehende Schiedspersonen. Aufgrund der Rolle des unabhängigen Vorsitzenden könnten Patt-Situationen vermieden werden, indem immer eine Mehrheitsentscheidung herbeigeführt werden kann. Die von der BAGFW vorgeschlagene Struktur würde auch eindeutig gesetzlich regeln, welche Verbände demokratisch legitimierte Mitglieder wären. Im Unterschied zum Qualitätsausschuss nach § 113b sieht das Konstrukt der von der BAGFW vorgeschlagenen Selbstverwaltungsstruktur eine dritte Bank aus Vertreterinnen und Vertretern der auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger Menschen und von Menschen mit Behinderung vor. Sie sollen mitberaten können und antragsberechtigt sein. Ihre Beteiligung als dritte Bank ist ein Beitrag zur Beteiligung und Transparenz der Verfahren zur Qualitätssicherung gegenüber den Verbraucherinnen und Verbrauchern. Ein weiterer zentraler Unterschied zum im Referentenentwurf vorgelegten Modell eines Qualitätsausschusses ist der Grad der Verbindlichkeit, den die Entscheidungen eines solchen Ausschusses haben. Während ihnen nach § 113b Absatz 3 letzter Satz lediglich die Rechtswirkung einer vertraglichen Vereinbarung oder Beschlussfassung zukommt, haben die Beschlüsse eines Qualitätsausschusses nach BAGFW-Modell den rechtsverbindlichen Charakter einer Richtlinie. Ein solcher G-BA würde Richtlinien über die Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität und Richtlinien zu den Ergebnissen von Qualitätsprüfungen einschließlich der Qualitätsberichterstattung erlassen. Auch die Expertenstandards wären Gegenstand seiner Richtlinienkompetenz. Durch die Richtlinienkompetenz wären die bisherigen Probleme zur Frage, wie die Allgemeinverbindlichkeit von Vereinbarungen hergestellt werden kann, juristisch sauber gelöst.

Indikatoren gestütztes Verfahren zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität

Die BAGW begrüßt, dass die verbindliche Verankerung eines indikatoren gestützten Verfahrens zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität in § 113 SGB XI des Referentenentwurfs nochmals eine Aufwertung erfahren hat. Die in der BAGFW kooperierenden Verbände hatten seinerzeit das von BMG und BMFSFJ durchgeführte und in § 113b Absatz 4

Satz 1 Ziffer 4 als Grundlage für das indikatorengestützte Verfahren erwähnte Projekt „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ angeregt. Mit der Fokussierung der Qualitätssicherung weg von der Struktur- und Prozessqualität hin zur Ergebnisqualität verfolgt der Gesetzgeber einen Pfad, den die BAGFW forciert hat.

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

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

Qualitätsprüfungen

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

nahmeverfahren bis hin zu einer umfassenden Prüfung der Struktur- und Prozessqualität durch den MDK und vergleichbarer Prüfinstitutionen reicht.

Die BAGFW weist zudem darauf hin, dass für die Übergangszeit bis zur Umsetzung eines neuen Systems der Qualitätsprüfung und Qualitätsberichterstattung Übergangsregelungen fehlen, wie die größten Kritikpunkte des bestehenden Systems der Transparenzvereinbarungen, die Verrechnung der Einzelnoten zwischen den Qualitätsbereichen, beseitigt werden können. Hierzu schlägt die BAGFW vor, die Gesamtnote auszusetzen.

Zu E. Entwurf der BAGFW für ein Gesetz zur Änderung der Bestimmungen des Elften Kapitels des Elften Buches Sozialgesetzbuch über die Qualitätssicherung bezogen auf die Neugestaltung der Selbstverwaltungsstrukturen⁷



Entwurf der BAGFW für ein Gesetz zur Änderung der Bestimmungen des Elften Kapitels des Elften Buches Sozialgesetzbuch über die Qualitätssicherung bezogen auf die Neugestaltung der Selbstverwaltungsstrukturen

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

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

⁷ Der Gesetzesvorschlag bezieht sich ausschließlich auf Änderungen zur Neugestaltung der Selbstverwaltungsstrukturen im SGB XI. Nicht berücksichtigt sind etwaige weitere Änderungen hinsichtlich der Neugestaltung der Veröffentlichungen nach § 115 Abs. 1a SGB XI und ggf. weitere Themen. Hierzu behält sich die BAGFW vor, im Laufe des weiteren Gesetzgebungsverfahrens noch konkretere Vorschläge einzubringen.

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

Der nachfolgende Absatz ist als Absatz 4 neu einzufügen.

(4) Aus den Mitteln nach Absatz 3 ist ebenfalls die Finanzierung der qualifizierten Geschäftsstelle nach § 113b Absatz 6 und der wissenschaftlichen Aufträge nach § 113b Absatz 4 sicherzustellen.“

Begründung:

S. § 118b

- 3. § 112 Abs. 1 Satz 2 wird wie folgt gefasst:**

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

Begründung:

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

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

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

Begründung:

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

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

„§ 112a Pflegequalitätsausschuss“

- (1) ¹Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e.V., die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene bilden einen Pflegequalitätsausschuss. ²Der Pflegequalitätsausschuss ist rechtsfähig. ³Er wird durch den Vorsitzenden des Beschlussgremiums gerichtlich und außergerichtlich vertreten.
- (2) Das Beschlussgremium des Pflegequalitätsausschusses besteht aus einem unparteiischen Vorsitzenden, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern, sieben vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen, jeweils einem vom Verband der privaten Krankenversicherung e.V., von der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände sowie jeweils fünf von den in der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) e.V. kooperierenden Verbänden und von den Vereinigungen privat-gewerblicher Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene zu bestellenden Mitgliedern. Der unparteiische Vorsitzende und sein Stellvertreter müssen die Befähigung zum Richteramt haben.
- (3) ¹Für die Berufung des unparteiischen Vorsitzenden und der weiteren unparteiischen Mitglieder sowie jeweils zweier Stellvertreter einigen sich die Organisationen nach Absatz 2 jeweils auf einen Vorschlag

und legen diese Vorschläge dem Bundesministerium für Gesundheit spätestens sechs Monate vor Ablauf der Amtszeit vor; für die am _____ beginnende Amtszeit sind die Vorschläge bis zum _____ vorzulegen. ²Als unparteiische Mitglieder und deren Stellvertreter können nur Personen benannt werden, die in den vorangegangenen fünf Jahren vor der Benennung nicht bei den Organisationen nach Absatz 2, bei deren Mitgliedern oder bei Verbänden von deren Mitgliedern beschäftigt waren. ³Die Berufung erfolgt durch das Bundesministerium für Gesundheit.

- (4) ¹Die Unparteiischen üben ihre Tätigkeit in der Regel hauptamtlich aus; eine ehrenamtliche Ausübung ist zulässig, soweit die Unparteiischen von ihren Arbeitgebern in dem für die Tätigkeit erforderlichen Umfang freigestellt werden. ²Die Stellvertreter der Unparteiischen sind ehrenamtlich tätig. ³Hauptamtliche Unparteiische stehen während ihrer Amtszeit in einem Dienstverhältnis zum Pflegequalitätsausschuss. ⁴Zusätzlich zu ihren Aufgaben im Beschlussgremium übernehmen die einzelnen Unparteiischen den Vorsitz der Unterausschüsse des Pflegequalitätsausschusses. ⁵Die Organisationen nach Absatz 2 schließen die Dienstvereinbarung mit dem unparteiischen Vorsitzenden; § 35a Abs. 6a Satz 1 und 2 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend. ⁶Die von den Organisationen nach Abs. 2 benannten sonstigen Mitglieder des Beschlussgremiums üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus; sie sind bei den Entscheidungen im Beschlussgremium an Weisungen nicht gebunden. ⁷Die Organisationen nach Absatz 2 benennen für jedes von ihnen benannte Mitglied bis zu drei Stellvertreter. ⁸Die Amtszeit im Beschlussgremium beträgt ab der am _____ beginnenden Amtszeit fünf Jahre.

(5) ¹Die Kosten des Pflegequalitätsausschusses unter Einschluss der von ihm zu tragenden Kosten des Instituts nach § 118b mit Ausnahme der Kosten der von den Organisationen nach Absatz 2 benannten Mitglieder sind Verwaltungskosten der Pflegekassen und werden von diesen nach dem Verhältnis ihrer Beitragseinnahmen gemeinsam getragen; §§ 66 – 68 geltend auch in Bezug auf diese Kosten. ²Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erhebt die erforderlichen Mittel bei den Pflegekassen und stellt diese dem Pflegequalitätsausschuss im Voraus zur Verfügung. ³Die Mittel müssen so bemessen sein, dass dem Pflegequalitätsausschuss die Erfüllung seiner gesetzlichen Aufgaben jederzeit möglich ist. ⁴Über die Erhebung der Mittel schließt der Spitzenverband Bund eine vertragliche Vereinbarung mit den Pflegekassen. ⁵Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflegepflichtversicherung durchführen, beteiligen sich mit einem Anteil von 10 vom Hundert an den Aufwendungen nach Satz 1. ⁶Der Finanzierungsanteil, der auf die privaten Versicherungsunternehmen entfällt, kann von dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. unmittelbar an den Spitzenverband Bund der Pflegekassen geleistet werden.

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

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

²Die Geschäftsordnung bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. ³Soweit bis zum _____ kein Beschluss

über eine Geschäftsordnung gefasst ist, wird das Bundesministerium für Gesundheit ermächtigt, die Regelungen nach Satz 1 durch Rechtsverordnung festzulegen.

- (7) Die Beschlüsse des Pflegequalitätsausschusses sind für alle Pflegekassen und deren Verbände, für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen sowie für den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. unmittelbar verbindlich.
- (8) Der Pflegequalitätsausschuss hat seine Richtlinien regelmäßig an den medizinisch-pflegefachlichen Fortschritt anzupassen.
- (9) ¹Das Beschlussgremium des Pflegequalitätsausschusses nach Absatz 2 fasst seine Beschlüsse mit der Mehrheit seiner Mitglieder, sofern die Geschäftsordnung nichts anderes bestimmt. ²Halten der Vorsitzende und die weiteren unparteiischen Mitglieder einen Beschlussvorschlag einheitlich für nicht sachgerecht, können sie dem Beschlussgremium gemeinsam einen eigenen Beschlussvorschlag vorlegen. ³Das Beschlussgremium hat diesen Vorschlag bei seiner Entscheidung zu berücksichtigen. ⁴Die Sitzungen des Beschlussgremiums sind in der Regel nichtöffentlich. ⁵Die Beratungen des Pflegequalitätsausschusses, insbesondere auch die Beratungen in den vorbereitenden Gremien, sind einschließlich der Beratungsunterlagen und Niederschriften vertraulich.
- (10) Die Aufsicht über den Pflegequalitätsausschuss führt das Bundesministerium für Gesundheit. Die §§ 67, 88 und 89 des Vierten Buches gelten entsprechend.“

Begründung:

Mit der Regelung des § 112a wird die bisherige Struktur der gemeinsamen Selbstverwaltung im Leistungserbringungsrecht des SGB XI, die vom Vereinbarungsprinzip durch Normsetzungsverträge geprägt ist, in ei-

ne Struktur eines gemeinsamen Entscheidungsgremiums überführt, das wie etwa auch der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 SGB V im Wesentlichen durch Richtlinien agiert. Die Schiedsstelle gem. § 113 b SGB XI wird dadurch obsolet.

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

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

nung auf die Vertreter der Verbände der Leistungserbringer erfolgt, u.U. die Interessen der Leistungsträger majorisiert werden.

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

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

Gemeinsamen Bundesausschusses die Legitimationsstruktur der Richtlinien gegenüber den Versicherten selbst dort ausreichend ist.

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

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

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

Bereits heute enthält die Regelungen nach § 113 Abs. 1 Satz 3 SGB XI eine Allgemeinverbindlicherklärung. Die Erfüllung eingeführter Expertenstandards ist Voraussetzung für den Abschluss und die Aufrechterhalten des Versorgungsvertrages gem. § 72 SGB XI. Das Modell der Allgemein-

verbindlicherklärung wird gem. Abs. 7 auf alle Beschlüsse des Pflegequalitätsausschusses erstreckt; dies entspricht dem Modell des § 91 Abs. 6 SGB V. Anders als in § 91 Abs. 6 SGB V ist jedoch keine Erstreckung der Verbindlichkeit für die Versicherten erforderlich.

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

Zu Abs. 9: Die Entscheidungsstruktur des Pflegequalitätsausschusses entspricht weitgehend § 91 Abs. 7 SGB V. Sie deckt sich vor allem mit § 113b Abs. 3 Satz 3 SGB XI bisheriger Fassung.

Zu Abs. 10:

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

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

„§ 112b Wirksamwerden der Beschlüsse des Pflegequalitätsausschusses“

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

Begründung:

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

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

7. § 113 wird wie folgt gefasst:

„§ 113 Richtlinien zu Qualität, Qualitätssicherung und Qualitätsdarstellung“

- (1) Der Pflegequalitätsausschuss nach § 112a beschließt für die Durchführung der ambulanten Pflege, der teilstationären Pflege, der Kurzzeitpflege und der vollstationären Dauerpflege jeweils Richtlinien für die Qualität, die Qualitätssicherung und Qualitätsdarstellung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements, das auf eine stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität ausgerichtet ist. In den Richtlinien sind insbesondere auch Anforderungen zu regeln an eine praxistaugliche, den Pflegeprozess unterstützende und die Pflegequalität fördernde Pflegedokumentation, die

über ein für die Pflegeeinrichtungen vertretbares und wirtschaftliches Maß nicht hinausgehen dürfen.

- (2) In den Richtlinien für die stationäre Pflege nach Absatz 1 ist insbesondere das indikatorengestützte Verfahren zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität im stationären Bereich, das auf der Grundlage einer strukturierten Datenerhebung im Rahmen des internen Qualitätsmanagements eine Qualitätsberichterstattung und die externe Qualitätsprüfung ermöglicht, zu beschreiben (Indikatorenmodell). Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen sind zu beachten. Insbesondere sind die Indikatoren, das Datenerhebungsinstrument sowie die bundesweiten Verfahren für die Übermittlung, Auswertung und Bewertung der Daten sowie die von Externen durchzuführende Plausibilitätsprüfung der Daten festzulegen.
- (3) In den Richtlinien für die stationäre Pflege nach Absatz 1 ist weiter sicherzustellen, dass die entsprechend der Festlegungen nach Absatz 2 erhobenen Daten an einer hierfür fachlich qualifizierten Stelle zusammengeführt sowie leistungserbringer- und fallbeziehbar nach Maßgabe von Absatz 2 ausgewertet werden. Soweit andere Stellen die Auswertungen der Daten nach Satz 1 zur Erfüllung ihrer Aufgaben im Rahmen der verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung und Qualitätsdarstellung nach diesem Gesetz bedürfen, regeln die Richtlinien nach Abs. 1 entsprechende Verfahren zur Weiterleitung der Daten. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen sind jeweils zu beachten.
- (4) Die Richtlinien nach Abs. 1 sind, soweit keine Vereinbarungen nach § 113 Abs. 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der Fassung des Art. 1 des Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung vom 23. Oktober 2012 bestehen, für die stationäre Pflege bis zum 31. Dezember 2017 und für die ambulante Pflege nach Vorliegen wissenschaftlicher Erkenntnisse zu beschließen. Sie sind regelmäßig an den medizinisch-pflegefachlichen Fortschritt anzupassen.

Begründung:

§ 113 kann nach dem hier vertretenen Modell erheblich gekürzt und übersichtlicher gestaltet werden. Sämtliche Beteiligungsregelungen sind in § 118 n.F. und § 118a abgebildet. Abs. 2 entspricht – wenn man davon absieht, dass im Vorschlag der BAG FW das Regelungsinstrument der Richtlinien vorgesehen ist - § 113 Abs. 1a i.d.F. des Referentenentwurfs. Dasselbe gilt für Abs. 3, der insoweit § 113 Abs. 1 b i.d.F. des Referentenentwurfs entspricht. Abs. 3 gewährleistet im Übrigen die Fortgeltung der bisher durch die Schiedsstelle gem. § 113b festgesetzten MuG für die ambulante Pflege und für die vollstationäre Dauerpflege. Die Frist gilt insoweit nur für Richtlinien der teilstationären Pflege und der Kurzzeitpflege, für die es derzeit keine MuG gibt.

8. § 113a wird wie folgt gefasst:

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

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

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

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

Begründung:

Die Regelungskompetenz der Gemeinsamen Selbstverwaltung durch Vereinbarung wird in die Kompetenz des Pflegequalitätsausschusses überführt. Die Beteiligungsrechte dritter Organisationen sind in § 118 n.F. und § 118 a abgebildet. Im Übrigen bleibt die bisherige Regelung inhaltlich unverändert. Die Regelung zu § 113 a Abs. 3 ist jedoch dann überflüssig, wenn sie wie hier in § 112a Abs. 5 aufgeht.

9. § 114 Abs. 3 Satz 1 wird wie folgt geändert:

„Die Landesverbände der Pflegekassen haben den Prüfumfang der Regelprüfung in angemessener Weise zu verringern, soweit ihnen auf Grund einer Prüfung der nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörde oder aus einem nach Landesrecht durchgeführten Prüfverfahren Erkenntnisse darüber vorliegen, dass die Qualitätsanforderungen

nach diesem Buch und den auf seiner Grundlage vom Pflegequalitätsausschuss gem. § 112a getroffenen Beschlüssen erfüllt sind.“

Begründung:

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

10. § 114 Abs. 4 Satz 2 wird wie folgt geändert:

„Voraussetzung ist, dass die vorgelegten Prüfergebnisse nach einem durch die Landesverbände der Pflegekassen anerkannten Verfahren zur Messung und Bewertung der Pflegequalität durch unabhängige Sachverständige oder Prüfinstitutionen entsprechend den vom nach § 113 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 und 3 beschlossenen Anforderungen durchgeführt wurde, die Prüfung nicht länger als ein Jahr zurückliegt und die Prüfungsergebnisse gemäß § 115 Abs. 1a veröffentlicht werden.“

Begründung:

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

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

„Der Pflegequalitätsausschuss nach § 112a beschließt Richtlinien über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114.“

Begründung:

Die Regelung bringt eine inhaltliche Veränderung insoweit, als die Kompetenz für die Schaffung der QPR in die Richtlinienkompetenz des Pflegequalitätsausschusses überführt wird. Bislang ist immer streitig gewesen, ob die QPR aufgrund der Genehmigungspflicht durch das BMG und die Einbeziehung der Verbände der Leistungserbringer vor Beschluss der QPR außenwirksames Recht geworden sind oder noch Verwaltungsbinnenrecht darstellen. Dieser Streit wird durch die Überführung aufgelöst. Streitigkeiten über die Vereinbarkeit der QPR mit den Richtlinien zur Veröffentlichung der Prüfberichte bzw. den PTVen und den MuG bzw. nach dem Modell der BAG FW mit den entsprechenden Richtlinien des Pflegequalitätsausschusses können vermieden werden, wenn auch die Beschlussfassung über die QPR in die Hände derselben normsetzenden Körperschaft der Selbstverwaltung gelegt werden. Auf diese Weise ist gewährleistet, dass die QPR die weiteren Richtlinien konkretisieren und nicht konterkarieren.

12. § 115 Abs. 1a wird wie folgt gefasst:

¹Die Landesverbände der Pflegekassen stellen sicher, dass die von Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität, insbesondere hinsichtlich der Ergebnis- und Lebensqualität, für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen verständlich, übersichtlich und vergleichbar sowohl im Internet als auch in anderer geeigneter Form kostenfrei veröffentlicht werden. ²Der Pflegequalitätsausschuss legt in seinen Richtlinien insbesondere fest, welche Ergebnisse bei der Darstellung der Qualität für den ambulanten und den stationären Bereich zu Grunde zu legen sind und inwieweit diese durch weitere Informationen ergänzt werden. ³Hierbei 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 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.⁴ Die Richtlinien des Pflegequalitätsausschusses umfassen auch die Form der Darstellung einschließlich einer Bewertungssystematik; sie sind an den medizinisch-pflegefachlichen Fortschritt anzupassen.⁵ Bei Anlassprüfungen nach § 114 Absatz 5 bilden die Prüfergebnisse aller in die Prüfung einbezogenen Pflegebedürftigen die Grundlage für die Bewertung und Darstellung der Qualität.⁶ Personenbezogene und personenbeziehbare Daten sind zu anonymisieren.⁷ Ergebnisse von Wiederholungsprüfungen sind zeitnah zu berücksichtigen.⁸ Bei der Darstellung der Qualität ist auf die Art der Prüfung als Anlass-, Regel- oder Wiederholungsprüfung hinzuweisen.⁹ Das Datum der letzten Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder durch den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V., eine Einordnung des Prüfergebnisses nach einer Bewertungssystematik sowie eine Zusammenfassung der Prüfergebnisse sind an gut sichtbarer Stelle in jeder Pflegeeinrichtung auszuhängen.⁸ ¹⁰ Bis zum Inkrafttreten der Richtlinien des Pflegequalitätsausschusses gelten die Pflege-Transparenzvereinbarungen nach § 115 Absatz 1a Satz 7 in der am 31. Dezember 2015 geltenden Fassung fort.⁹

Begründung:

Der Vorschlag entspricht in weiten Teilen dem bereits vorhandenen Entwurf einer Novellierung des § 115 Abs. 1a SGB XI. Die Regelung zu Struktur und Inhalten der zusammenfassenden Bewertung sowie zur Darstellung wird ebenso wie künftige Überarbeitungen der Indikatoren der Richtlinienkompetenz des Pflegequalitätsausschusses zugewiesen.

⁸ Die Sätze 3 bis 9 beziehen sich noch auf die Fassung der geltenden Version des SGB XI. Dabei ist die Umstellung auf ein indikatorengestütztes Verfahren zur Qualitätsprüfung und Darstellung noch nicht berücksichtigt. Dies bzgl. besteht aus Sicht der BAGFW unabhängig von der Einrichtung eines Qualitätsausschusses noch weiterer Anpassungsbedarf. Hierzu behält sich die BAGFW vor im Laufe des weiteren Gesetzgebungsverfahrens noch konkretere Vorschläge einzubringen.

⁹ In Ihrer Stellungnahme zum PSG II schlägt die BAGFW vor, dabei auf die Ausweisung der Gesamtnote zu verzichten.

13. § 117 Absatz 2 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

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

Begründung:

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

14. § 118 wird wie folgt gefasst:

„§ 118 Beteiligungsrechte von Organisationen pflegebedürftiger und behinderter Menschen

- (1) Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen, die nach der Verordnung nach Abs. 6 anerkannt sind, wirken nach den folgenden Absätzen an der gemeinsamen Selbstverwaltung nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch mit.
- (2) ¹Die Organisationen nach Abs. 1 sind an Beschlüssen zu Richtlinien nach § 113 Abs. 1, über die Einführung, den Auftrag zur Entwicklung oder die Aktualisierung von Expertenstandards nach § 113a Abs. 1 sowie zu Richtlinien nach § 115 Abs. 1a frühzeitig zu beteiligen. Ihnen ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. ²Folgt der Pflegequalitätsausschuss einem im Rahmen der Beteiligung schriftlich vorgebrachten Anliegen einer Organisation nach Abs. 1 nicht, sind ihr auf Verlangen die Gründe dafür schriftlich mitzuteilen.
- (3) ¹Die Organisationen nach Abs. 1 erhalten im Pflegequalitätsausschuss nach § 112a ein Mitberatungsrecht; die Organisationen benennen hierzu einvernehmlich sachkundige Personen. ²Das Mitberatungsrecht beinhaltet auch das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung. ³Die Zahl der sachkundigen Personen soll höchstens der Zahl der von dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen entsandten Mitglieder in diesem Gremium entsprechen. ⁴Die sachkundigen Personen erhalten vom Pflegequalitätsausschuss Reisekosten nach dem Bundesreisekostengesetz oder nach den Vorschriften des Landes über Reisekostenvergütung, Ersatz des Verdienstausfalls in entsprechender Anwendung des § 41 Abs. 2 des Vierten Buches so-

wie einen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe eines Fünfzigstels der monatlichen Bezugsgröße (§ 18 des Vierten Buches) für jeden Kalendertag einer Sitzung.

- (4) ¹Bei Beschlüssen des Pflegequalitätsausschusses nach §§ 113 Abs. 1, § 113a Abs. 1 erhalten die Organisationen nach Abs. 1 das Recht, Anträge zu stellen. ²Der Pflegequalitätsausschuss hat über Anträge der Organisationen in der nächsten Sitzung des Gremiums zu beraten. ³Wenn über einen Antrag nicht entschieden werden kann, soll in der Sitzung das Verfahren hinsichtlich der weiteren Beratung und Entscheidung festgelegt werden.
- (5) Bei Erarbeitung oder Änderung der in § 17 Absatz 1, den §§ 18b, 45a Absatz 2 Satz 3, § 45b Absatz 1 Satz 4 und § 114a Absatz 7 vorgesehenen Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen wirken die Organisationen nach Abs. 1 nach Maßgabe der Verordnung nach Absatz 6 beratend mit.
- (6) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Einzelheiten für die Voraussetzungen der Anerkennung der für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene, insbesondere zu den Erfordernissen an die Organisationsform und die Offenlegung der Finanzierung, festzulegen.“

Begründung:

Mit der Regelung werden die bisherigen Beteiligungsrechte der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen gestärkt. Wie die Patientenvertretung nach § 140 f SGB V erhalten die Organisationen ein eigenes Antragsrecht (Abs. 4) und können nach den hier vorgeschlagenen Verfahrensregelungen auch eine rasche Befassung mit Anträgen be-

anspruchen. Außerdem erhalten die Organisationen nach Abs. 3 über die bisherigen Rechte hinaus ein Mitberatungsrecht durch höchstens zehn sachkundige, von ihnen zu benennende Vertreter. Die Anerkennung der maßgeblichen Organisationen erfolgt wie bisher auf der Grundlage einer Verordnung, sodass insoweit die Pflegebedürftigenbeteiligungsverordnung weitergeführt werden kann.

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

„§ 118a Beteiligung weiterer Organisationen

(1) ¹Bei Beschlüssen des Pflegequalitätsausschusses nach § 113 Absatz 1, § 113a Absatz 1 und § 115 Abs. 1a sind auch der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene frühzeitig zu beteiligen.

²Bei Beschlüssen des Pflegequalitätsausschusses nach § 113 Absatz 1, § 113a Absatz 1 ist auch das [Institut] nach § 118b zu beteiligen; weitere unabhängige Sachverständige können beteiligt werden.

³Jeder zu Beteiligende kann auch vorschlagen, zu welchen Themen Expertenstandards entwickelt werden sollen.

(2) Bei Beschlüssen des Pflegequalitätsausschusses nach § 115 Absatz 1a Satz 10 sind auch unabhängige Verbraucherorganisationen auf Bundesebene frühzeitig zu beteiligen.

(3) Bei Beschlüssen des Pflegequalitätsausschusses, die die Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener oder personenbeziehbarer Daten regeln oder voraussetzen, ist der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit zu beteiligen.

(4) ¹Den nach Absätzen 1 bis 4 zu beteiligenden Organisationen ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer

angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. ²Der Pflegequalitätsausschuss hat Stellungnahmen der beteiligten Organisationen in seine Entscheidungen einzubeziehen.

Begründung:

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

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

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

- (1) Der Pflegequalitätsausschuss nach § 112a gründet ein fachlich unabhängiges, rechtsfähiges, wissenschaftliches Institut für Qualität in der Pflege und ist dessen Träger. Das Institut kann auch in der Rechtsform einer Stiftung des Privatrechts betrieben werden. Für das Institut ist ein fachlicher Leiter zu bestellen, der Vertreter der Pflegewissenschaften ist.
- (2) Das Institut wird zu Fragen von grundsätzlicher Bedeutung für die Qualität und Qualitätssicherung der im Rahmen der gesetzlichen Pflegeversicherung erbrachten Leistungen der sozialen Pflegeversicherung insbesondere auf folgenden Gebieten tätig: [...]
 1. Entwicklung von Instrumenten für die Prüfung der Qualität der von den stationären Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und für die Qualitätsberichterstattung in der stationären Pflege unter Berücksichtigung der 2011 vorgelegten Ergebnisse des vom Bundesministerium für Gesundheit und vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderten Projektes *Ent-*

wicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe (Indikatorenmodell) und der Ergebnisse der dazu durchgeführten Umsetzungsprojekte;

2. Entwicklung eines bundesweiten Datenerhebungsinstruments auf der Grundlage des Indikatorenmodells nach Nummer 1 unter Beachtung des Prinzips der Datensparsamkeit sowie bundesweiter Verfahren für die Übermittlung und Auswertung der Daten einschließlich einer Bewertungssystematik sowie für die von Externen durchzuführende Plausibilitätsprüfung der Daten;
 3. Entwicklung von Instrumenten für die Prüfung der Qualität der von den ambulanten Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und für die Qualitätsberichterstattung in der ambulanten Pflege und von Empfehlungen für eine anschließende Pilotphase zur Erprobung;
 4. wissenschaftliche Evaluierung der Umsetzung der nach den Nummern 1 bis 3 entwickelten Verfahren zur Qualitätsmessung und -darstellung und Entwicklung von Vorschlägen zur Anpassung der Verfahren an den neuesten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse;
 5. Weiterentwicklung einer praxistauglichen, den Pflegeprozess unterstützenden und die Pflegequalität fördernden Pflegedokumentation auf der Grundlage vorhandener Strukturmodelle;
 6. Recherche, Darstellung und Bewertung des aktuellen medizinischen-pflegerischen Wissensstandes zu Maßnahmen der Pflege und Betreuung, sowie
 7. Entwicklung und Aktualisierung wissenschaftlich fundierter und fachlich abgestimmter Expertenstandards;
 8. Entwicklung von Konzepten für die Qualitätssicherung in neuen Wohnformen.
- (3) ¹Das Institut wird im Auftrag des Pflegequalitätsausschusses tätig. Das Bundesministerium für Gesundheit kann das Institut beauftragen, soweit es die Finanzierung der Bearbeitung des Auftrags übernimmt.

²Im Übrigen werden die Kosten des Instituts von dem Pflegequalitätsausschuss getragen.

- (4) ¹Das Institut hat bei Tätigkeiten nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 bis 4 geeigneten Sachverständigen der Pflegewissenschaft Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. ²Es kann, soweit ein Auftrag nach Absatz 3 erteilt wurde, wissenschaftliche Forschungsaufträge an externe Sachverständige vergeben.
- (5) ¹Das Institut leitet die Arbeitsergebnisse der Aufträge nach Absatz 2 dem Pflegequalitätsausschuss als Empfehlungen zu. ²Der Pflegequalitätsausschuss hat die Empfehlungen im Rahmen seiner Aufgabengestaltung zu berücksichtigen. ³Die Kompetenzen des Pflegequalitätsausschusses nach diesem Gesetz bleiben im Übrigen unberührt.
- (6) Das Institut hat in regelmäßigen Abständen über die Arbeitsprozesse und -ergebnisse öffentlich zu berichten.

Begründung:

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

Das Institut ist fachlich unabhängig und selbst rechtsfähig, auch wenn es in Trägerschaft des Qualitätsausschusses errichtet wird. Idealerweise

wird es in der Rechtsform einer Stiftung betrieben, wie dies u.a. auch von der Buko-QS vorgeschlagen wurde.

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

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

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

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

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