Lebenshilfe

Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V.

Bundesgeschäftsstelle
Leipziger Platz 15
10117 Berlin

Bundesvereinigung@Lebenshilfe.de
www.lebenshilfe.de

Stellungnahme

der Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V.

11. Oktober 2016

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0204(10)
gel. VB zur öAnhörung am 17.10.2016_PSGIII
11.10.2016

zum

a) Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III), BT-Drs. 18/9518

sowie

Stellungnahme des Bundesrates vom 23.09.2016 zum PSG III, BR-Drs. 410/16

b) Antrag der Fraktion DIE LINKE., BT-Drs. 18/8725

und zum

c) Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, BT-Drs. 18/9668

Die Bundesvereinigung Lebenshilfe setzt sich als Selbsthilfevereinigung mit ca. 130.000 Mitgliedern seit über 50 Jahren für die Belange von Menschen mit geistiger Behinderung und ihren Familien ein und verfolgt dabei die Leitlinien von Teilhabe und Inklusion, wie sie auch durch das Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK) seit 2009 in Deutschland gesetzlich festgeschrieben sind.

I. Vorbemerkung

Im Anschluss an das Zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II), mit dem der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff mit Wirkung vom 1. Januar 2017 in die soziale Pflegeversicherung eingeführt wurde, soll dies mit dem PSG III auch für die Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII umgesetzt werden. Dies unterstützt die Bundesvereinigung Lebenshilfe als richtig und konsequent.

Nicht akzeptabel sind jedoch die Regelungen zum Zusammenspiel von Leistungen der Teilhabe und Leistungen der Pflege. Hier muss es dringend noch zu Verbesserungen kommen. Ansonsten sind Rückschritte gegenüber dem derzeitigen Stand des Rechts für Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf zu befürchten.

Die nachfolgenden Vorschläge sind geeignet, die Schnittstelle klar und eindeutig zu regeln und Verschlechterungen für die betroffenen Menschen mit Behinderung zu vermeiden, ohne dass es dadurch ausgehend von dem bisherigen Stand der Rechtspraxis zu Kostenverschiebungen zwischen den Leistungssystemen käme.

II. Zu Art. 1 Nr. 6 a) bb) RegE (§ 13 Abs. 3 Satz 3 SGB XI)

1. Bestehende Regelung

Die Ziele der Eingliederungshilfe sind nicht deckungsgleich mit denen der Pflegeversicherung. Vielmehr unterscheiden sie sich von diesen grundlegend. Leistungen der Eingliederungshilfe sollen eine Behinderung abwenden oder deren Folgen mildern (§ 4 SGB IX-E). Die Eingliederungshilfe soll die Selbstbestimmung und die volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft fördern (§ 1 SGB IX-E). Sie ist im Verhältnis zur Pflege umfassender und zugleich grundsätzlich vorgelagert (§ 9 Abs. 3 SGB IX-E). Daraus folgt, dass die Eingliederungshilfe im Verhältnis zu Leistungen der Pflegeversicherung nicht nachrangig sein kann (§ 13 Abs. 3 S. 3 SGB XI).

Deshalb gilt seit Einführung der Pflegeversicherung, § 13 Abs. 3 Satz 3 SGB XI: ***„Die Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen … sind im Verhältnis zur Pflegeversicherung nicht nachrangig.“***

Daran ändert sich auch durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff nichts Grundlegendes. Die Behauptung, der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff enthalte Teilhabe-Elemente (BT-Drs. 18/9518, Seite 41) ist insofern irreführend. Leistungsrechtlich verfolgen die Eingliederungshilfe und die Pflege auch nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs weiterhin verschiedene Ziele: Nur die Eingliederungshilfe stellt eine Teilhabeleistung dar, die Pflege (nach SGB XI und SGB XII) aber nicht. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff ist am Grad der Selbstständigkeit ausgerichtet, was mit Selbstbestimmung und Teilhabe nicht gleichzusetzen ist. Die positiven Auswirkungen, die gute Pflege im konkreten Fall auf die Teilhabe haben kann, sind im Rahmen der umfassenden Bedarfsermittlung und Teilhabeplanung der individuell zu bemessenden Eingliederungshilfe zu berücksichtigen. Doppelleistungen kann es dadurch nicht geben.

Im Rahmen der Teilhabeplanung kann im Übrigen – wie bisher – sichergestellt werden, dass eventuell bestehende Ansprüche gegenüber der Pflegeversicherung auch realisiert werden. § 22 Abs. 2 SGB IX-RegE (BTHG) befördert dies zusätzlich. Für die leistungsberechtigten Menschen haben die Pflegeversicherungsleistungen den großen Vorteil, dass sie unabhängig von Einkommen und Vermögen gewährt werden. In der Praxis werden sie daher ohnehin bevorzugt in Anspruch genommen. Um dies sicherzustellen, braucht es keine Neuregelung des § 13 Abs. 3 SGB XI.

Die Lebenshilfe ist überzeugt, Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf brauchen beides: Eingliederungshilfe und Pflegeversicherungsleistungen. **Deshalb muss die bestehende Regelung des § 13 Abs. 3 Satz 3 SGB XI unverändert weiter gelten.**

2. Regelungsentwurf im PSG III - RegE

Die im PSG III RegE enthaltene Regelung, wonach die Leistungen der Pflegeversicherung im häuslichen Umfeld nun denen der Eingliederungshilfe vorgehen sollen, es sei denn bei der Leistungserbringung steht die Erfüllung der Aufgaben der Eingliederungshilfe im Vordergrund, wird keine bestehenden oder neu erwachsenden Abgrenzungsstreitigkeiten klären. Man wird sich vielmehr weiter darum streiten, welche Aufgaben im Vordergrund erbracht werden.

3. Regelungsentwurf im PSG III - Bundesrat

Der Bundesrat sieht vor (BR-Drs. 410/16, S. 14 Nr. 10 zu § 13 Abs. 3 S. 3 SGB XI), dass die Leistungen der Pflegeversicherung den Leistungen der Eingliederungshilfe sogar insgesamt vorgehen sollen. Auch diese noch weitergehenden, verschärfenden Vorschläge des Bundesrates lehnt die Lebenshilfe ab.

4. Bewertung

Beide vorgeschlagenen Änderungen des bestehenden § 13 Abs. 3 S. 3 SGB XI von der Bundesregierung und vom Bundesrat zum Vorrang der Pflegeversicherungsleistungen werden in der Praxis nicht zu der angestrebten Klärung, sondern vielmehr zu Fehlanreizen zu Lasten der Teilhabe führen. Sie könnten für Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf erhebliche Verschlechterungen im Verhältnis zum aktuellen Stand nach sich ziehen. Leistungen mit unterschiedlicher Zielrichtung in ein Vorrang-/Nachrang-Verhältnis zu setzen, birgt ein hohes Konfliktpotential, weil die inhaltlichen Fragen dadurch nicht gelöst werden.

Zweierlei stünde zu befürchten: Zum einen, dass Leistungen der Eingliederungshilfe nicht mehr im erforderlichen Umfang bewilligt werden, wenn der Eingliederungshilfeträger die in Anspruch genommenen Leistungen der Pflegeversicherung „eins zu eins“ auf den festgestellten Eingliederungshilfebedarf anrechnet, obwohl beide Leistungen in ihrer Zielrichtung gerade **nicht** identisch sind. Zum anderen werden neue Abgrenzungsfragen und eine Flut von Einzelfallstreitigkeiten die Folge sein, da die inhaltlichen Abgrenzungsfragen durch ein Vorrang-/Nachrang-Verhältnis eben gerade nicht geklärt sind.

Der Erhalt der Leistungen der Eingliederungshilfe als eigenständige Leistungsart ist für Menschen mit Behinderung – insbesondere im jüngeren Lebensalter – von zentraler Bedeutung, wie oben dargelegt. Jede Einschränkung verringert ihre Möglichkeiten, sich ihren Wohnort möglichst frei wählen zu können, wie andere Menschen auch.

Vor diesem Hintergrund ist der Vorschlag des Bundesrates nach einem Vorrang der Pflegeversicherungsleistungen sowie die damit im Zusammenhang zu lesende neue vorgeschlagene Regelung des § 63c Abs. 3 SGB XII-E abzulehnen. Demnach soll zusätzlich zum Vorrang der Pflegeversicherungsleistungen „der Bedarf von Personen für anerkannte vollstationäre Pflegeeinrichtungen“ ungeachtet des Lebensalters vorrangig durch Leistungen der Hilfe zur Pflege gedeckt werden. Bei einer Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen wäre der Eingliederungshilfeträger somit vollständig aus der Finanzierungsverantwortung entlassen.

Die Versorgung behinderter Menschen in vollstationären Pflegeeinrichtungen wäre für die Eingliederungshilfeträger damit die finanziell attraktivste Variante. Auf der Basis des vorgeschlagenen Vorrangs der Pflegeversicherungsleistungen, zu denen gleichermaßen die vollstationären Leistungen nach § 43 SGB XI gehören, ist zu erwarten, dass dann ein wesentlich höherer Anteil von Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf in stationäre Pflegeeinrichtungen gedrängt werden würde. In der Folge würden dann die Eingliederungshilfeträger ihre Anstrengungen zum Erhalt und Aufbau von Wohnangeboten der Eingliederungshilfe reduzieren. Insbesondere Menschen mit hohen Unterstützungsbedarfen hätten auf absehbare Zeit keine anderen Alternativen mehr, was vor allem für jüngere Menschen inakzeptabel wäre. Dies würde insgesamt eine Entwicklung in die falsche Richtung bedeuten. Vielmehr muss es darum gehen, die Vielfalt der Unterstützungsangebote zu erhalten und weiterzuentwickeln, damit Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf ihren Wohnort möglichst frei wählen können, wie alle anderen Menschen auch.

5. Forderung der Lebenshilfe

Die Lebenshilfe fordert daher die bisherige Formulierung des § 13 Abs. 3 Satz 3 SGB XI beizubehalten, um deutlich zu machen, dass sich keiner der beiden Leistungsträger zu Lasten des anderen seiner Leistungspflicht entziehen kann und darf.

In § 13 Abs. 3 Satz 3 SGB XI muss es daher weiterhin heißen: *„Die Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen … bleiben unberührt, sie sind im Verhältnis zur Pflegeversicherung nicht nachrangig;“*.

Diese Beibehaltung der bestehenden Regelung hat keine neuen Kostenfolgen, weder für die Pflegeversicherung noch für die Träger der Eingliederungshilfe. Sie verhindert jedoch, dass sich die Eingliederungshilfeträger zu Lasten der Pflegeversicherung aus ihrer Leistungsverantwortung entziehen.

III. Zu Art. 1 Nr. 12, 15 RegE (§ 43a i. V. m. § 71 Abs. 4 Nr. 3 SGB XI): Keine Ausweitung der pauschalen Abgeltung der Pflegeversicherungsleistungen!

Die Lebenshilfe weist seit vielen Jahren darauf hin, dass der § 43a SGB XI reformiert werden muss, da er in seiner gegenwärtigen Fassung Menschen mit Behinderungen und hohen Pflegebedarfen benachteiligt.

1. Regelungsentwurf im PSG III - RegE

Es war daher bereits eine große Enttäuschung, dass nach den Referentenentwürfen zum Bundesteilhabegesetz (BTHG) und zum PSG III Menschen mit Behinderung, die in Einrichtungen der Behindertenhilfe leben, weiterhin von Pflegeversicherungsleistungen ausgeschlossen bleiben sollen. Dass die Bundesregierung diese Diskriminierung durch Anknüpfung an das Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WBVG) nun noch auf eine Vielzahl von ambulant betreuten Wohngemeinschaften ausweiten will, ist absolut inakzeptabel.

Das WBVG ist ein zivilrechtliches Verbraucherschutzgesetz. Es gilt für Vertragsgestaltungen, bei denen Miet- und Betreuungsverträge miteinander gekoppelt sind. Dies trifft aktuell auf viele ambulant betreute Wohngemeinschaften zu, da in vielen Regionen Deutschlands für ambulant betreute Wohngruppen geeigneter Wohnraum nicht ohne weiteres zur Verfügung steht. Daher ist häufig eine Nutzung von durch Leistungserbringer bereitgestelltem Wohnraum unumgänglich, was häufig die Anwendung des WBVG auslöst.

Dass die Inanspruchnahme der ambulanten Pflegeversicherungsleistungen von der zivilrechtlichen Vertragsgestaltung zwischen Unternehmer/Anbieter und Verbraucher/Bewohner abhängig gemacht werden soll, steht offensichtlich in keinerlei inhaltlichem Zusammenhang. Dies offenbart auch die zu diesem Punkt absolut dürftige Gesetzesbegründung.

Die Gestaltung der Verträge obliegt der Privatautonomie der Vertragsparteien. Daran die Gewährung von Sozialversicherungsleistungen zu koppeln, lädt zu abweichenden Vertragsgestaltungen ein. Dies ist auch aus Verbraucherschutzsicht äußerst fragwürdig, weil damit ein Anreiz zu zivilrechtlichen Vertragsgestaltungen geschaffen wird, die die Anwendbarkeit der verbraucherschützenden Regelungen des WBVG vermeiden.

Für Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf, die ab 2020 in Wohnformen ziehen wollen, die dem WBVG unterliegen, wäre eine solche Regelung eine Katastrophe. Sie hätten dann zur Finanzierung ihres ambulanten Wohnsettings je nach Pflegegrad mindestens 423 Euro bis 1729 Euro monatlich weniger zur Verfügung (Beträge nach § 36 SGB XI minus 266 Euro ohne Berücksichtigung weiterer ambulanter Pflegeversicherungsleistungen). Dadurch würden diese Menschen von notwendigen Versicherungsleistungen abgeschnitten, obwohl sie Beitragszahler in der Pflegeversicherung sind, wie alle anderen auch. Die Pflegeversicherung käme damit ihrem Versorgungsauftrag gegenüber diesen Menschen nicht mehr nach.

Die wegbrechende SGB XI-Finanzierung müsste dann durch die Eingliederungshilfe aufgefangen werden, was die Eingliederungshilfe entgegen der Zielsetzung des BTHG mit zusätzlichen Kosten belasten würde. Die Begründung des Gesetzentwurfs zu den finanziellen Folgen führt dies erstaunlicherweise nicht auf. Es drängt sich daher die Frage auf, wie durchdacht dieser Vorschlag tatsächlich ist und welche konzeptionelle Überlegung dahinter steht.

Es muss verhindert werden, dass Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf, die derzeit und zukünftig in ambulant betreuten Wohnformen leben, aus Kostengründen vom zukünftigen Eingliederungshilfeträger auf das Wohnen in größeren gruppenbezogenen Wohnsettings, einschließlich Pflegeeinrichtungen, verwiesen werden (§ 104 bzw. § 116 Abs. 2 SGB IX RegE). Damit würden bereits erreichte Inklusionserfolge gefährdet. Dies träfe insbesondere Menschen mit einem besonders hohen Unterstützungsbedarf und würde dem bisher geltenden zentralen pflege- und behindertenpolitischen Grundsatz „ambulant vor stationär“ widersprechen.

2. Forderung der Lebenshilfe

Die Regelung des § 43a SGB XI (in Verbindung mit § 103 Abs. 1 SGB IX RegE) muss zugunsten der vollen Inanspruchnahme der ambulanten Pflegeversicherungsleistungen zumindest perspektivisch aufgehoben werden, da sie einer vollständig personenzentrierten Leistungsgestaltung im Weg steht. Auf jeden Fall darf der Anwendungsbereich der Regelung nicht erweitert werden.

Die diesbezügliche Forderung des Bundesrates (BR-Drs. 410/16, Nr. 12 S. 19) wird daher unterstützt.

Um eine praktikable Gestaltung des Übergangs zu gewährleisten wird vorgeschlagen, dass § 43a SGB XI ab 2020 nur noch für die Einrichtungen gilt, die diesen Status am 31.12.2019 innehaben. Im Sinne eines befristeten Bestandsschutzes sollte diese Übergangsregelung nur bis zum 31.12.2024 gelten. Ab 01.01.2025 würde § 43a SGB XI vollständig entfallen. Dadurch würde ein Ausschleichen der Regelung in absehbarer Frist erreicht.

IV. Zu Art. 2 Nr. 5 RegE (§ 63b Abs. 1 SGB XII und § 63c Abs. 1 und 2 SGB XII der Bundesratsstellungnahme)

1. Regelungsentwurf im PSG III - RegE

Den im **Gesetzentwurf der Bundesregierung** vorgesehenen **Vorrang der Leistungen der Hilfe zur Pflege vor Leistungen der Eingliederungshilfe im häuslichen Umfeld** lehnt die Bundesvereinigung Lebenshilfe entschieden ab. Dies würde der grundlegenden Zielrichtung im Rahmen des BTHG zuwiderlaufen, die Leistungen für Menschen mit Behinderungen aus dem Fürsorgesystem herauszuführen.

Nach der im Regierungsentwurf vorgelegten Fassung des § 63b Abs. 1 Satz 1 SGB XII wären im Bereich des häuslichen Umfelds erhebliche, rein fiskalisch motivierte Verschiebungen von Teilhabeleistungen in die Hilfe zur Pflege und eine damit zusammenhängende Flut von Einzelfallstreitigkeiten zu befürchten. Dies muss dringend vermieden werden.

Die Schnittstelle zwischen Eingliederungshilfe und Hilfe zur Pflege spielt für Menschen mit Behinderung eine zentrale Rolle. Für sie geht es an dieser Stelle darum, „Leistungen aus einer Hand“ zu erhalten, um vor zwangsläufig immensen Abgrenzungsstreitigkeiten zwischen dem Träger der Eingliederungshilfe und der Sozialhilfe (Hilfe zur Pflege) geschützt zu werden und weiterhin Zugang zu Teilhabe-Leistungen zu erhalten, die ihren Bedarfen entsprechen.

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff des PSG II und III könnte dazu führen, dass im Alltag gerade bei Menschen mit komplexer Behinderung und hohem Unterstützungsbedarf wegen einer falsch verstandenen bzw. vermeintlichen Identität der Leistungen das Pflegeregime dominant wird und die soziale, beziehungsorientierte Teilhabeleistung zurückdrängt. Eingliederungshilfe ist auch im häuslichen Kontext, etwa einer Wohngruppe von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen und Pflegebedarf, immer mit pflegerischen Aktivitäten verbunden, zielt aber auf eine selbstbestimmte Lebensführung und ein gelingendes soziales Miteinander, um gleichberechtigte Teilhabe zu ermöglichen. Es stünde eine deutliche Milieuveränderung ins Haus, die von Menschen mit Behinderung, die sehr langfristig, nicht selten lebenslang begleitet werden, und ihren Angehörigen und Vertrauenspersonen nicht hingenommen werden kann.

Menschen mit Behinderung sind auf die fachlich anderen, umfassenderen und pädagogisch geprägten Leistungen der Eingliederungshilfe angewiesen.

Darüber hinaus würde die im Regierungsentwurf vorgesehene Regelung dazu führen, dass die von Pflegebedarf und Behinderung ohnehin stark betroffenen Menschen gezwungen würden, einen Nachweis über den Schwerpunkt der Leistung anzubringen und in einer für sie prekären Situation in Einzelfallstreitigkeiten mit den beiden potentiellen Leistungsträgern einzutreten. Dies muss auf alle Fälle vermieden werden.

Für die eingliederungshilfeberechtigten Personen dürfen daher die Leistungen der Hilfe zur Pflege auch im häuslichen Umfeld keinen Vorrang vor Leistungen der Eingliederungshilfe haben.

2. Regelungsentwurf im PSG III - Bundesrat

Die vom **Bundesrat** in seiner Stellungnahme zum Verhältnis von Leistungen der Eingliederungshilfe zu Leistungen der Hilfe zur Pflege vorgeschlagene Unterscheidung auf der Basis der Regelaltersgrenze (§ 63c Abs. 1 und 2 SGB XII-E) – **Lebenslagenmodell – ist ein guter Vorschlag**. **Allerdings muss die damit verbundene Vorrang-/Nachrang-Regelung zugunsten einer eindeutigen Zuordnung modifiziert werden**, denn Vorrang-/Nachrang-Regelungen lösen die inhaltlichen Fragen gerade nicht – wie bereits oben ausgeführt.

3. Forderung der Lebenshilfe

Insofern regt die Lebenshilfe an, den vom Bundesrat vorgeschlagenen § 63c SGB XII-E praxisorientiert weiterzuentwickeln. Das Lebenslagenmodell ist dann sinnvoll, wenn es konsequent angewandt wird. Das bedeutet, wenn basierend auf der Regelaltersgrenze allen Personen, die erstmals vor Erreichen der Regelaltersgrenze einen Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe haben, dieser die Hilfe zur Pflege umfasst und auf der anderen Seite für Personen, die erstmals nach Erreichen der Regelaltersgrenze einen Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe haben, dieser von der Hilfe zur Pflege umfasst wird. So kann die Schnittstelle tatsächlich streitfrei und einfach gelöst werden.

§ 63b Abs. 1 Satz 1 und 2 SGB XII RegE müsste daher durch folgende Fassung ersetzt werden:

"Bei Personen, die erstmals vor Erreichen der Regelaltersgrenze nach § 35 Satz 2 in Verbindung mit § 235 Absatz 2 Sechstes Buch Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe nach Teil 2 des Neunten Buches haben, umfassen diese auch die erforderlichen Leistungen nach dem Siebten Kapitel des Zwölften Buches. Für diese Personen gilt dies zeitlich unbegrenzt über das Erreichen der Regelaltersgrenze hinaus. Bei Personen, die erstmals nach Erreichen der Regelaltersgrenze nach § 35 Satz 2 in Verbindung mit § 235 Absatz 2 Sechstes Buch Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe haben, werden diese von den Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem Siebten Kapitel des Zwölften Buches umfasst."

So ergibt sich dann tatsächlich eine eindeutige leistungsrechtliche Trennung. Dies reduziert die Anzahl der leistungsrechtlichen Schnittstellen und vereinfacht somit die Teilhabe- bzw. Gesamtplanung. Schließlich wird auf diese Weise erreicht, dass nur noch ein Beitrag aus Einkommen und Vermögen erbracht werden muss – je nachdem ob der Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe erstmals vor oder nach Erreichen der Regelaltersgrenze entstanden ist – entweder nach den für Eingliederungshilfe oder nach den für die Hilfe zur Pflege geltenden Vorschriften. Dadurch wird auf Basis der aktuellen Rechtspraxis sichergestellt, dass es keine Kostenverschiebungen oder Leistungsaufwüchse gibt.

Zugleich erfolgen die bedarfsentsprechenden Leistungen dann ungeachtet des Alters aus einer Hand, wobei für Personen, die erstmals nach Erreichen der Regelaltersgrenze einen Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe haben, die strengeren Vorschriften zur Anrechnung von Einkommen und Vermögen entsprechend den Regelungen der Hilfe zur Pflege gelten.

Auch im Übrigen wird diese Modifikation des Bundesratsvorschlags „umfassende Leistung" statt eines „Vorrang-/Nachrang-Verhältnis" keine gravierenden Kostenfolgen oder Verschiebungen mit sich bringen, da es durch die Kombination mit dem Lebenslagenmodell abgefedert wird. Dieses führt dazu, dass nicht zu befürchten steht, dass nun neue Personengruppen aus der Pflege in die Eingliederungshilfe drängen.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0204(14)
gel. VB zur öAnhörung am 17.10. 2016_PSGIII
12.10.2016

Stellungnahme der Bundesärztekammer

zum Regierungsentwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III; Bundestagsdrucksache 18/9518)

sowie zu den dazugehörigen Änderungsanträgen (Ausschussdrucksache 18(14)0206.1) der Fraktionen CDU/CSU und SPD

Berlin, 12.10.2016

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

1. Grundlegende Bewertung des Gesetzesentwurfs

Das Dritte Pflegestärkungsgesetz hat das Ziel, die pflegerische Versorgung auf kommunaler Ebene zu stärken. So soll die Vernetzung durch die Einrichtung von sektorenübergreifenden Landespflegeausschüssen gefördert werden. Dies ist zu begrüßen. Die Kompetenz der Landesärztekammern sollte aber dabei einbezogen werden.

Mit den Änderungsanträgen der Fraktionen CDU/CSU und SPD (Änderungsanträge Nr. 29 bis 32) wurde die Verlängerung der Modellvorhaben gemäß der Modellklausel zur Akademisierung der genannten Berufe eingebracht. Diese Vorschläge sowie die geplanten Ergänzungen hinsichtlich ihrer Evaluation werden von der Bundesärztekammer befürwortet. Die Aufnahme einer Qualifizierung in osteopathischen Behandlungstechniken in die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung der Physiotherapeuten im vorgesehenen Umfang wird ebenfalls begrüßt (Änderungsantrag Nr. 33).

2. Vorbemerkung

Die Bundesärztekammer nimmt zu den sektorenübergreifenden Landespflegeausschüssen und zu den Änderungsanträgen der Fraktionen CDU/CSU und SPD Nr. 29 bis 33, d. h. zu den Berufsgesetzen der Ergotherapeuten, der Hebammen, der Logopäden sowie der Masseure und der Physiotherapeuten sowie zu der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeuten, Stellung.

3. Stellungnahme im Einzelnen

Drittes Pflegestärkungsgesetz
Artikel 1 – Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 4 Sektorenübergreifende Landespflegeausschüsse

A) Beabsichtigte Neuregelung

Neben den gemäß § 8a SGB XI bestehenden Landespflegeausschüssen sollen die Länder die Möglichkeit erhalten, sektorenübergreifende Landespflegeausschüsse (§ 8a Absatz 2 neu) sowie regionale Pflegeausschüsse (§ 8a Absatz 3 neu) einzurichten. Diese Ausschüsse werden über landesrechtliche Vorschriften eingeführt und haben die Aufgabe, Empfehlungen zur Weiterentwicklung der pflegerischen Infrastruktur abzugeben.

Als Zweck der sektorenübergreifenden Landespflegeausschüsse wird der Austausch über Versorgungsfragen, die die sektorenübergreifende Zusammenarbeit verbessern, genannt. Beispielhaft werden in der Gesetzesbegründung Fragen zum Überleitungsmanagement unter anderem vom Krankenhaus in die ambulante oder stationäre Pflege, zu integrierten Versorgungsverträgen, zur ärztlichen Versorgung in Pflegeeinrichtungen und zur geriatrischen Rehabilitation genannt. Dabei obliegt es den Ländern, den sektorenübergreifenden Landespflegeausschuss mit dem gemeinsamen Landesgremium nach § 90a SGB V zusammenzuführen oder lediglich den Austausch zu übergreifenden Fragen sicherzustellen.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer spricht sich für eine Beteiligung der (Landes-)Ärztekammern in den sektorenübergreifenden Landespflegeausschüssen aufgrund ihrer sektorenübergreifenden Ausrichtung aus. Die Ärztekammern können ihre Neutralität in Bezug auf die spezifischen,

auch finanziellen Interessen der einzelnen Sektoren in die Beratungen einbringen. Ihre sektorenübergreifenden Kenntnisse helfen bei der Analyse der Versorgungsituation und der Weiterentwicklung der medizinischen sowie der pflegerischen Versorgung Pflegebedürftiger.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Aufnahme der (Landes-)Ärztekammern in § 8a Abs. 2 S. 1 als zu Beteiligende an den sektorenübergreifenden Landesausschüssen.

Änderungsanträge 29 bis 32 der Fraktionen CDU/CSU und SPD

Artikel 17a, b, c, d neu – Änderung des Ergotherapeutengesetzes, des Hebammengesetzes, des Gesetzes über den Beruf des Logopäden und des Masseur- und Physiotherapeutengesetzes

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit gleichem Wortlaut soll in die vier genannten Berufsgesetze eine ergänzende Bestimmung eingefügt werden, wonach im Rahmen wissenschaftlicher Begleitung und Auswertung der Modellvorhaben zur akademischen Ausbildung Erweiterungen vorzusehen sind, mit deren Hilfe sich Erkenntnisse über ihre Nachhaltigkeit, den Nutzen der Akademisierung und die damit verbundenen Kostenfolgen für das deutsche Gesundheitswesen gewinnen lassen. Auch die Auswirkungen einer Beschränkung des Zugangs zu den Berufen soll untersucht werden. Die Frist für das Auslaufen der Modellversuche wird ebenso gleichlautend in allen vier Berufsgesetzen von 2017 auf 2022 verlängert.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer begrüßt die vorgesehene Ausweitung der Evaluation in vollem Umfang. Auch wenn der erste Evaluationsbericht des Bundesministeriums für Gesundheit vom 17.08.2016 (Bundestagsdrucksache 18/9004) die Ergebnisse der Modellvorhaben positiv bewertet, können doch hieraus noch keine Rückschlüsse hinsichtlich der Reichweite und langfristigen Konsequenzen einer (teilweisen) Umstellung des bisherigen fachschulischen Systems der Ausbildung in den Gesundheitsberufen auf ein akademisches System gezogen werden. Bereits in ihrer Stellungnahme zum damaligen Gesetzentwurf vom 20.05.2009 hatte die Bundesärztekammer moniert, dass hinsichtlich einer Akademisierung der Gesundheitsfachberufe keine Folgenabschätzung hinsichtlich der Finanzierung bzw. Finanzierbarkeit mit Blick auf das Gesamtsystem bei weiterhin begrenzten Ressourcen vorgesehen ist. Auch der Nutzen zumindest einer Vollakademisierung für das Versorgungssystem im Vergleich zum bisherigen Fachschulsystem wurde hinsichtlich des Outcomes skeptisch beurteilt. Eine erweiterte Evaluation zu diesen Aspekten würde im Falle positiver Ergebnisse zu einer weiteren Erhöhung der Akzeptanz einer akademischen Regelausbildung bei den Gesundheitsfachberufen beitragen. Es würden auch die langfristigen Konsequenzen einer Anhebung der schulischen Zugangsvoraussetzungen in Anbetracht des prognostizierten Fachkräftemangels auch bei Therapieberufen verdeutlicht. Im Hinblick auf diesen Mehrwert der Evaluation erscheint uns eine Verlängerung der Modellvorhaben um fünf Jahre als sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Kein konkreter Änderungsvorschlag.

Änderungsantrag 33 der Fraktionen CDU/CSU und SPD

Artikel 17e neu – Änderung der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeuten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Änderungen in Nr. 3 zu den Anlagen 1-3 des Physiotherapeutengesetzes wird die „Osteopathie“ ausdrücklich in den Katalog der krankengymnastischen Behandlungstechniken aufgenommen, die Pflichtgegenstand der Ausbildung gemäß Ausbildungs- und Prüfungsverordnung sind. Der Stundenumfang des Fachs Krankengymnastische Behandlungstechniken wird zu diesem Zweck um 60 Stunden zu Lasten anderer Fächer erhöht. Im praktischen Teil der staatlichen Prüfung wird die neue Behandlungstechnik ebenfalls berücksichtigt.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer begrüßt die Aufnahme osteopathischer therapeutischer Techniken in den Ausbildungskatalog von Physiotherapeuten. Dies trägt zur Qualitätssicherung der Berufsausübung der Physiotherapeuten bei und erhöht die Patientensicherheit angesichts vielfältiger ungeprüfter Angebote in diesem Bereich. Eine eventuell bestehende Unsicherheit, ob Osteopathie zu den zulässigen Behandlungstechniken von Physiotherapeuten zählt, wäre damit beseitigt. Eine Qualifizierung im Umfang von 60 Stunden bietet eine angemessene orientierende Grundlegung für die Anwendung osteopathischer therapeutischer Techniken.

Der verwendete Begriff „Osteopathie“ sollte aber durch den Begriff „Osteopathische Therapie“ ersetzt werden. Der allgemeine Begriff „Osteopathie“ ist inhaltlich und hinsichtlich seiner ideologisch-philosophischen Verwendung zu unscharf und viel zu weit gefasst. Hierzu wird auf das Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats bei der Bundesärztekammer „Wissenschaftliche Bewertung osteopathischer Verfahren“ aus dem Jahr 2009 verwiesen. Durch den Fachbegriff „Osteopathische Therapie“ würde deutlich, dass es um die Anwendung im engeren Sinne osteopathischer Techniken geht, für die die Ausbildung zum Physiotherapeuten qualifizieren soll. Es würde auch eine sprachliche Analogie zur bereits in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung vorgesehenen Manuellen Therapie erfolgen. Gleichzeitig würde eine begriffliche Abgrenzung zur Tätigkeit des Arztes hergestellt: Durch die (Muster-)Weiterbildungsordnung für Ärzte ist der Begriff „Osteopathische Verfahren“ für diesen Tätigkeitsbereich bereits eingeführt, und es existiert eine gleichnamige strukturierte curriculäre Fortbildung der Bundesärztekammer hierzu. Die Verwendung des Begriffs „Osteopathische Therapie“ für den physiotherapeutischen Zuständigkeitsbereich ist seit längerem mit den Berufsverbänden der Physiotherapeuten für einen noch genauer zu definierenden Tätigkeitsbereich konsentiert. Dieser Bereich dürfte vor allem keine Manipulationstechniken an der Wirbelsäule umfassen, die wegen des besonderen Risikos der Qualifikation des Arztes und einer Aufklärung durch den Arzt bedürfen und die ggf. erhebliche Haftungsfragen nach sich ziehen.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Ersetzen des Begriffs „Osteopathie“ durch den Begriff „Osteopathische Therapie“.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0204(16.1)
gel. VB zur öAnhörung am 17.10.2016_PSGIII
12.10.2016

Spitzenverband

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.10.2016

zum Gesetzentwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III) BT-Drs. 18/9518

GKV-Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288-0
Fax 030 206288-88
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de

Inhaltsverzeichnis

I. Vorbemerkung 4

II. Stellungnahme zum Gesetz 7

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch) 7

§ 7b Beratungsgutscheine 7
§ 7c Pflegestützpunkte 9
§ 8a Gemeinsame Empfehlungen der pflegerischen Versorgung 12
§ 10 Abs. 2 SGB XI – Berichtspflichten des Bundes und der Länder 15
§ 13 Verhältnis der Leistungen der Pflegeversicherung zu anderen Sozialleistungen 16
§ 28a Leistungen bei Pflegegrad 1 18
§ 37 Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen 19
§ 43a Inhalt der Leistung 21
§ 45b Entlastungsbetrag 22
§ 45c Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und des Ehrenamts, Verordnungsermächtigung 24
§ 71 Pflegeeinrichtungen 26
§ 75 Rahmenverträge, Bundesempfehlungen und -vereinbarungen über die pflegerische Versorgung 27
§ 79 Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen 33
§ 109 Pflegestatistiken 35
§ 113b Qualitätsausschuss 36
§ 114 Qualitätsprüfungen 38
§ 118 Beteiligung von Interessenvertretungen 39
§ 123 Durchführung der Modellvorhaben zur kommunalen Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen, Verordnungsermächtigung 40
§ 124 Befristung, Widerruf und Begleitung der Modellvorhaben zur kommunalen Beratung; Beirat 40
§ 141 Besitzstandsschutz und Übergangsrecht zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen 42
§ 144 Überleitungs- und Übergangsregelungen, Verordnungsermächtigung 45
§ 145 Besitzstandsschutz für pflegebedürftige Menschen mit Behinderung in häuslicher Pflege 47

Artikel 5 (Änderung der Bundesärzteordnung) 48

Artikel 6 (Änderung des Psychotherapeutengesetzes) 49

Artikel 7 (Änderung des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde) 50

Artikel 13 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) 51

§ 37 Häusliche Krankenpflege 51
§ 39c Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit 52

§ 132a Versorgung mit häuslicher Krankenpflege 53
§ 275b Durchführung und Umfang von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege durch den Medizinischen Dienst 55
§ 281 Finanzierung und Aufsicht 58
§ 302 Abrechnung der sonstigen Leistungserbringer 59
Artikel 15 (Änderung der Pflegestatistik-Verordnung) 62
§ 2 Absatz 1 62
§ 3 bzw. § 7 64
III. Ergänzender Änderungsbedarf 65
Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch) 65
§ 17 Richtlinien der Pflegekassen 65
§ 18 Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit 66
§ 45a Abs. 4 Angebote zur Unterstützung im Alltag, Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags (Umwandlungsanspruch), Verordnungsermächtigung 67
§ 72 Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag 68
§ 79a Abrechnungsprüfungen 69
§ 97 Absatz 3 Satz 2 – neu 71
§ 105 Abrechnung pflegerischer Leistungen 73
§ 113a Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege 75
§ 115a Übergangsregelungen für Pflege-Transparenzvereinbarungen und Qualitätsprüfungs-Richtlinien 76
Artikel 13 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) 78
§ 38 Haushaltshilfen 78
§ 276 Absatz 2 Satz 5 – neu 80

I. Vorbemerkung

Mit dem Dritten Pflegestärkungsgesetz – PSG III wird der Geltungsbereich des neu definierten Pflegebedürftigkeitsbegriffs sowie des neuen Begutachtungsinstrumentes zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit in das SGB XII (Sozialhilfe) übertragen. Der GKV-Spitzenverband begrüßt grundsätzlich diese Überführung als sachgerechte Folgeregelung der Pflegestärkungsgesetze I und II. Das Gesetz sieht außerdem die Einführung eines systematischen Prüfrechts vor, das künftig regelmäßige Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) auch von Pflegediensten erlaubt, die ausschließlich Leistungen der häuslichen Krankenpflege im Auftrag der Krankenkassen erbringen. Die Regelungen sind sachgerecht und werden aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes befürwortet.

Abgelehnt wird jedoch die Ausweitung der kommunalen Steuerungs- und Planungskompetenz in der Pflege auf Basis der Beschlüsse der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege. Zur Frage der Rolle der Kommunen in der Pflege vertritt der GKV-Spitzenverband grundsätzlich die Auffassung, dass bereits heute auf der Grundlage des geltenden Rechts die Länder, Kommunen, Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen gemeinsam darauf hinzuwirken haben, eine leistungsfähige, regional gegliederte, ortsnahe und aufeinander abgestimmte ambulante und stationäre pflegerische Versorgung zu gewährleisten. Häufig mangelt es jedoch auf kommunaler Ebene an der konsequenten Umsetzung der Regelungsverantwortung auch aufgrund fehlender finanzieller Förderung seitens der Länder.

Der Weg für eine sinnvolle Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege liegt nicht wie im Gesetzentwurf vorgesehen in der Verlagerung von Kompetenzen der Kranken- und Pflegekassen auf die Kommunen bei gleichzeitiger Finanzierung durch die Pflegekassen. Vielmehr ist ein gemeinsames Handeln im Rahmen der jeweiligen bereits gegenwärtig ausreichend geregelten Zuständigkeiten notwendig und möglich. Der Aufbau von Doppelstrukturen und Insellösungen ist nicht zielführend, unnötig Ressourcen bindend, schafft Bruchstellen und ist daher zu vermeiden.

Zu den vorgeschlagenen Änderungen sieht der GKV-Spitzenverband besonders in folgenden Punkten Anpassungsbedarf:

- Die vorgesehenen Regelungen zu den **Modellvorhaben zur kommunalen Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen** werden abgelehnt. Es ist nicht erkennbar, dass sich die Versorgungssituation der Versicherten dadurch verbessern wird. Dass im Rahmen der

Modellvorhaben neue Beratungsstrukturen aufgebaut werden sollen, obwohl diese Strukturen bei den Pflegekassen bereits bestehen, ist ordnungspolitisch verfehlt. Es wird eine Trennung von Finanzierungs- und Durchführungsverantwortung vorgenommen, die Haftungsfragen aufwirft und zu aufwendigen vertraglichen Regelungen ohne erkennbare Vorteile für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen führen wird.

- **Beratungsgutscheine** der Pflegekassen sollen künftig auch bei kommunalen Beratungsstellen eingelöst werden können. Allerdings soll der Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen zur Einhaltung der Anforderungen an die Pflegeberatung durch die Beratungsstellen bei den kommunalen Beratungsstellen entfallen. Diese Abweichung von der geltenden Regelung ist nicht nachvollziehbar. Es werden gleiche Rechte und Pflichten für die Beratungsstellen gefordert.
- Die **Einrichtung eines Pflegestützpunktes auf Initiative einer kommunalen Stelle** sollte nur gemeinsam mit den Pflege- und Krankenkassen erfolgen. Nur so kann sichergestellt werden, dass kostenintensive (z. B. wegen bereits vorhandener Beratungsstrukturen) Doppelstrukturen vermieden werden.
- Im häuslichen Umfeld sollen künftig die Leistungen der Pflegeversicherung grundsätzlich den Leistungen der Eingliederungshilfe vorgehen, es sei denn, bei der Leistungserbringung steht die Erfüllung der Aufgaben der Eingliederungshilfe im Vordergrund. Außerhalb des häuslichen Umfelds sollen die Leistungen der Eingliederungshilfe vorgehen. Diese Regelung wird abgelehnt, da sie die Schnittstellenprobleme nicht löst und keinen Vorteil für die Versicherten bietet. Eine trennscharfe Zuordnung der Leistungserbringung ist aufgrund der gesetzlichen Formulierung nicht möglich und wird erhebliche Zuständigkeitsdiskussionen auslösen. An der bisherigen Regelung des **Gleichrangs von Eingliederungshilfe und Pflegeleistungen**, die erprobt ist und sich etabliert hat, ist festzuhalten.
- Grundsätzlich begrüßt wird, dass **weitere Möglichkeiten der Abrechnungsprüfung** vorgesehen werden. Abgelehnt wird jedoch die geplante Regelung der gemeinsamen Vereinbarung mit den Trägerverbänden der Pflegeeinrichtungen auf Landesebene im Rahmen der Landesrahmenverträge nach § 75. Es ist nicht nachvollziehbar, dass diejenigen, deren Abrechnungen zu Lasten der Solidargemeinschaft geprüft werden sollen, über die Kriterien und Verfahrensgrundsätze mitentscheiden sollen. Eine solche Entscheidungsfindung steht in keiner Weise im Einklang mit dem Vorhaben zur Bekämpfung des Abrechnungsbetruges. Zu Recht untersteht die in der Gesetzesbegründung zitierte Abrechnungsprüfung für eine bundeseinheitliche Vorgehensweise der Richtlinienkompetenz des GKV-Spitzenverbandes. Auch für die neue Regelung ist eine vergleichbare bundeseinheitliche Vorgehensweise vorzusehen.
- Dritten soll erstmals ein **Datenzugang zu Daten aus den Qualitätsprüfungen** eröffnet werden. Diese Regelung im Sozialgesetzbuch XI wird abgelehnt. Das Informationsfreiheitsge-

setz und das Informationsweiterverwendungsgesetz regeln bereits die Weitergabe und Weiterverwendung von Daten im Allgemeinen, so dass ein gesonderter Regelungsbedarf nicht erforderlich ist.

Eine detaillierte Stellungnahme zu dem Gesetzentwurf ist als Anlage beigefügt.

II. Stellungnahme zum Gesetz

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 7b Beratungsgutscheine

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Einführung des Abs. 2a werden die Beratungsstellen, die der Versicherte mit einem von der Pflegekasse ausgestellten Beratungsgutschein in Anspruch nehmen kann, um kommunale Gebietskörperschaften, von diesen geschlossene Zweckgemeinschaften oder nach Landesrecht zu bestimmende Stellen für die wohnortnahe Betreuung im Rahmen der örtlichen Altenhilfe und für die Gewährung der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII erweitert. Auch diese haben die Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes zur erforderlichen Anzahl, Qualifikation und Fortbildung von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern zu berücksichtigen und die Beratungs-Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zu beachten. Jedoch wird der Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen zur Einhaltung der Anforderungen an die Beratung nach § 7a SGB XI explizit ausgeschlossen. Darüber hinaus werden ausschließlich Vereinbarungen über die Vergütung zwischen den Pflegekassen und den kommunalen Beratungsstellen vorgegeben. Dies steht im Gegensatz zu den verpflichtenden Vereinbarungen der Pflegekassen mit anderen Beratungsstellen, bei denen die Beratungsgutscheine eingelöst werden können. Diese haben zusätzlich Regelungen über die Anforderungen an die Beratungsleistungen und die Haftung für Schäden, die der Pflegekasse für fehlerhafte Beratung entstehen, zu enthalten.

B) Stellungnahme

Es ist nicht nachvollziehbar, dass das Gestaltungsrecht und der Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen im Gegensatz zu den nichtkommunalen Beratungsstellen keine Anwendung finden soll. Die Pflegeberatung ist als leistungsrechtlicher Anspruch von Versicherten ausgestaltet und unterliegt damit den Rahmenbedingungen der Sozialen Pflegeversicherung, die für die Leistungserbringung Qualitätsanforderung vorsieht. Diese werden entweder durch die Vertragsparteien oder durch den GKV-Spitzenverband konkretisiert. Für die Pflegeberatung erfolgt dies durch die Pflegeberatungsrichtlinien des GKV-Spitzenverbands nach § 17 Abs. 1a SGB XI. Zwar kann die Pflegeberatung von den Pflegekassen auf Dritte durch die Ausstellung von Beratungsgutscheinen delegiert werden, aber, anders als für die Modellvorhaben zur kommunalen Beratung nach § 123 – neu, gelten hier die Qualitätsanforderungen an die Pfle-

geberatung und der Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen. Dies gilt umso mehr als keineswegs nur Kommunen diese Aufgabe wahrnehmen dürfen, weil nicht gesetzlich ausgeschlossen wird, dass sie diese Aufgabe weiter an Dritte übertragen bzw. sich Dritter bedienen dürfen.

Insbesondere auch weil die Pflegeberatungs-Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes erst zum 31.07.2018 erlassen werden, ist bei der vorgesehenen Regelung fraglich, wie sichergestellt werden soll, dass die kommunalen Beratungsstellen die Anforderungen an die Beratung nach § 7a erfüllen.

In jedem Fall sollten dieselben umfänglichen Regelungen wie für die bisherigen Beratungsstellen nach § 7b auch für die neuen kommunalen Beratungsstellen gelten.

Damit die Pflegekassen ihrem Sicherstellungauftrag nachkommen können, ist der Ausschluss der Aufgabenübertragung durch die kommunalen Beratungsstellen auf Dritte erforderlich.

Zur Klarstellung der unmittelbaren Verbindlichkeit der Pflegeberatungsrichtlinien sollten im Übrigen die hier genannten Beratungsstellen nach § 7b Abs. 2a in § 17 Abs. 1a Satz 1, wo u.a. geregelt wird, für wen die Richtlinien verbindlich sind, aufgeführt werden.

C) Änderungsvorschlag

Absatz 2a ist wie folgt zu fassen:

(2a) Sofern kommunale Gebietskörperschaften, von diesen geschlossenen Zweckgemeinschaften oder nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen

1. für die wohnortnahe Betreuung im Rahmen der örtlichen Altenhilfe oder

2. für die Gewährung der Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch

Pflegeberatung im Sinne von § 7a erbringen, sind sie Beratungsstellen~~, bei denen Pflegebedürftige~~ nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 ~~Beratungsgutscheine einlösen können; sie haben die Empfehlungen nach § 7a Absatz 3 Satz 3 zu berücksichtigen und die Pflegeberatungs-Richtlinien nach § 17 Absatz 1a zu beachten. Absatz 2 Satz 1 findet keine Anwendung. Die Pflegekasse schließt hierzu allein oder gemeinsam mit anderen Pflegekassen mit den in Satz 1 genannten Stellen vertragliche Vereinbarungen über die Vergütung. Für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Sozialdaten gilt § 7a Abs. 6 entsprechend.~~ Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 sowie § 7a Absatz 6 gelten entsprechend. Die in Satz 1 genannten Stellen dürfen sich zur Erfüllung der Aufgaben nicht Dritter bedienen"

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3

§ 7c Pflegestützpunkte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die beabsichtigte Einfügung des Abs. 1a erhalten die für die Hilfe zur Pflege zuständigen Sozialhilfeträger ein auf fünf Jahre befristetes Initiativrecht zur Einrichtung eines Pflegestützpunktes in ihrem Einzugsgebiet. In Abs. 2 wird klargestellt, dass die Pflegeberatung nach § 7a zu den Aufgaben der Pflegestützpunkte zählt.

In Abs. 6 wird die Beteiligung der kommunalen Spitzenverbände an den Rahmenverträgen über Pflegestützpunkte und zugleich eine Verpflichtung der Rahmenvertragspartner zum Abschluss einer Rahmenvereinbarung geregelt. Nach Abs. 7 sollen die Länder ermächtigt werden, Schiedsstellen einzurichten, für den Fall, dass es zu keiner Rahmenvereinbarung nach Abs. 6 kommt. Abweichend soll den Rahmenvertragspartnern in Abs. 8 die Möglichkeit eingeräumt werden einvernehmlich eine unparteiische Schiedsperson und zwei unparteiische Mitglieder zu bestellen, die den Inhalt des Rahmenvertrages festhalten.

B) Stellungnahme

Die Einrichtung eines Pflegestützpunktes auf Initiative einer kommunalen Stelle sollte gemeinsam mit den Pflege und Krankenkassen erfolgen (Kann-Regelung). Damit kann sichergestellt werden, dass in besonderen Fällen (z. B. wegen bereits vorhandener Beratungsstrukturen) Doppelstrukturen vermieden werden. Der Fünf-Jahres-Zeitraum zur Erprobung des Initiativrechts führt darüber hinaus zu Unsicherheiten hinsichtlich des Investments der Kranken- und Pflegekassen in den weiteren Auf- und Ausbau der Pflegeberatung. Eine zweijährige Begrenzung dieser Regelung ist ausreichend, um das Initiativrecht seitens der Kommunen ausüben zu können. Der Zwei-Jahres-Zeitraum sollte beginnen mit Inkrafttreten der Pflegeberatungs-Richtlinien nach § 17 Abs. 1a.

Bereits nach geltendem Recht ist nach § 7a Abs. 1 SGB XI sicherzustellen, dass Beratung nach § 7a in Pflegestützpunkten in Anspruch genommen werden kann und die Unabhängigkeit der Beratung gewährleistet ist. Es sollte in diesem Zusammenhang vielmehr klargestellt werden, dass auch die Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes zur erforderlichen Anzahl, Qualifikation und Fortbildung von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern nach § 7a Abs. 3 Satz 3 SGB XI zu berücksichtigen sind.

Mit der Beteiligung der kommunalen Spitzenverbände an den Rahmenverträgen über Pflegestützpunkte wird zugleich eine Verpflichtung der Rahmenvertragspartner zum Abschluss einer Rahmenvereinbarung implementiert. Die bisherige Praxis hat jedoch gezeigt, dass die Kann-Regelung zum Abschluss von Rahmenverträgen ausreichend ist. Darüber hinaus würden mit einer Verpflichtung zum Abschluss von Rahmenverträgen in Verbindung mit der verpflichtenden Berücksichtigung von landesrechtlichen Bestimmungen zur Einrichtung von Pflegestützpunkten und mit dem Initiativrecht der Landesregierung, Schiedsstellen einzurichten (vgl. Absatz 7), kein ausgewogenes partnerschaftliches Verhältnis zwischen Gebietskörperschaften und Kranken- und Pflegekassen mehr bestehen. Deshalb ist klarzustellen, dass bisherige Rahmenverträge fortgelten.

Für die Einrichtung einer Schiedsstelle besteht keine Notwendigkeit, weil die o. a. Rahmenverträge in der Vergangenheit auch ohne Zutun einer solchen zustande gekommen sind. Bisher oblag dem Land die Rolle als Moderator bei dissenten Fragestellungen. Mit der Implementierung der Schiedsstellenregelung wird das Land aus seiner bisherigen Verpflichtung genommen, was in der Konsequenz zu einer erheblichen Ressourcenbindung bei Schiedsstellenmitgliedern führen würde. Darüber hinaus ist nicht nachvollziehbar, warum die Entscheidung, ob die den Inhalt des Rahmenvertrages zu bestimmen Schiedsstellen eingerichtet werden und deren Besetzung, allein Aufgabe der Landesregierungen sein soll. Üblich wäre die gemeinsame Bildung und Besetzung der Schiedsstellen mit den Landesverbänden der Pflegekassen (vgl. § 76 Abs. 1 und 2). Die hier geplante gesetzliche Regelung dagegen führt zu einem Ungleichgewicht zu Ungunsten der Pflegekassen per Gesetz, welches das ausgewogene vertragspartnerschaftliche Verhältnis zwischen Gebietskörperschaften und Kranken- und Pflegekassen zunichtemacht.

C) Änderungsvorschlag

Abs. 1a Satz 1 wird wie folgt geändert:

„(1a) Die für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch können aufgrund landesrechtlicher Vorschriften vom 1. August 2018 bis zum 31. Juli 2020 ~~bis zum 31. Dezember 2021~~ im Einvernehmen mit ~~von~~ den Pflegekassen und Krankenkassen einen Pflegestützpunkt einrichten. ~~den Abschluss einer Vereinbarung zur Einrichtung eines Pflegestützpunktes verlangen~~."

Abs. 2 Satz 1 Nr.1 wird wie folgt gefasst:

"Aufgaben der Pflegestützpunkte sind

1. umfassende sowie unabhängige Auskunft und Beratung zu den Rechten und Pflichten nach dem Sozialgesetzbuch und zur Auswahl und Inanspruchnahme der bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen und sonstigen Hilfsangebote, einschließlich der Pflegeberatung nach § 7a in Verbindung mit den Richtlinien nach § 17 Absatz 1a unter Berücksichtigung der Empfehlungen nach § 7a Absatz 3 Satz 3 SGB XI."

Absatz 6 ist wird wie folgt gefasst:

"(6) ~~Sofern die zuständige oberste Landesbehörde die Einrichtung von Pflegestützpunkten bestimmt hat, vereinbaren die d~~ Die Landesverbände der Pflegekassen können mit den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen und den zuständigen Trägern der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch sowie den kommunalen Spitzenverbänden auf Landesebene Rahmenverträge zur Arbeit und zur Finanzierung der Pflegestützpunkte vereinbaren. Bestandskräftige Rahmenverträge gelten bis zum Inkrafttreten von Rahmenverträgen nach Satz 1 fort. ~~Die von der zuständigen obersten Landesbehörde getroffene Bestimmung zur Einrichtung von Pflegestützpunkten sowie die Empfehlungen nach Absatz 8 sind hierbei zu berücksichtigen.~~ In den Rahmenverträgen nach Satz 1 ist die Zuständigkeit insbesondere für die Koordinierung der Arbeit, die Qualitätssicherung und die Auskunftspflicht gegenüber den Trägern, den Ländern und dem Bundesversicherungsamt zu bestimmen. Ferner sollen Regelungen zur Aufteilung der Kosten unter Berücksichtigung der Vorschriften nach Absatz 4 getroffen werden; diese gelten unmittelbar für die Pflegestützpunkte, soweit in den Verträgen zur Errichtung der Pflegestützpunkte nach Absatz 1 nichts anderes vereinbart ist."

Abs. 7 und 8 werden gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

§ 8a Gemeinsame Empfehlungen der pflegerischen Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die bisherigen Regelungen in § 8a zu Landespflegeausschüssen werden um Regelungen zu weiteren Ausschüssen auf Landesebene bzw. regionaler Ebene ergänzt. Hierzu werden die Absätze 2 bis 5 angefügt; die Überschrift wird entsprechend geändert.

(a) Sektorenübergreifende Landespflegeausschüsse

In Absatz 2 werden unter anderen die Landesverbände der Pflegekassen und der Krankenkassen verpflichtet, in sektorenübergreifenden Landespflegeausschüssen mitzuarbeiten, soweit diese durch landesrechtliche Vorschriften eingerichtet werden. Der Ausschuss soll insbesondere Fragen der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit in der pflegerischen und medizinischen Versorgung beraten und Schnittstellenprobleme lösen.

(b) Regionale Pflegeausschüsse

Durch Absatz 3 werden die Landesverbände der Pflegekassen verpflichtet, in regionalen Pflegeausschüssen mitzuarbeiten, soweit diese durch landesrechtliche Vorschriften eingerichtet werden. Die regionalen Pflegeausschüsse sollen insbesondere Empfehlungen zur Beratung über Fragen der Pflegeversicherung in Landkreisen und kreisfreien Städten abgeben.

(c) Datenübermittlung

Durch die Regelungen in Absatz 4 werden unter anderem die Pflegekassen und die Landesverbände der Pflegekassen verpflichtet, an der Erstellung von Empfehlungen zur Sicherstellung der pflegerischen Infrastruktur mitzuarbeiten (Pflegestrukturplanungsempfehlungen). Hierbei werden sie auch verpflichtet, Daten zu übermitteln, die ihnen bei der Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben verfügbar sind.

(d) Umsetzung der Ausschussempfehlungen

Nach Absatz 5 haben die Landesverbände der Pflegekassen die Empfehlungen der Ausschüsse zur Weiterentwicklung der Versorgung beim Abschluss der Versorgungs-, der Rahmen- und der Vergütungsverträge in der Regel einzubeziehen.

B) Stellungnahme

(a) Sektorenübergreifende Landespflegeausschüsse

Eine Mitwirkung der Landesverbände der Pflegekassen und der Krankenkassen in sektorenübergreifenden Landespflegeausschüssen ist sachgerecht und wird unterstützt.

(b) **Regionale Pflegeausschüsse**

Die Koordinierung der örtlichen pflegerischen Versorgung sollte nicht – wie in Absatz 3 vorgesehen – auf der Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte erfolgen, sondern in größeren regionalen Einheiten. Dies kann beispielsweise durch die Zusammenfassung von Landkreisen erfolgen. Eine Infrastrukturplanung sollte überregional angelegt sein.

(c) **Datenübermittlung**

Es ist zutreffend, dass die Ausschüsse für eine Erstellung und Fortschreibung von Pflegestrukturplänen auf eine solide Datengrundlage angewiesen sind. Diese Datengrundlage muss aber alle vorhandenen Daten zur Beschreibung der jeweiligen Versorgungsstruktur umfassen, folglich auch solche, die allein den Ländern vorliegen. Dies sind insbesondere Daten zu den Angeboten zur Entlastung im Alltag und den neuen Wohnformen. Sowohl die Anerkennung der Angebote zur Entlastung im Alltag als auch die teilweise vorhandene Anzeigepflicht nach den Landesheimgesetzen für neue Wohnformen liegt im Zuständigkeitsbereich der Länder. Daher ist für alle Mitglieder der Ausschüsse eine Verpflichtung zur Datenübermittlung gesetzlich zu verankern.

(d) **Umsetzung der Ausschussempfehlungen**

Da die Länder (Kommunen) verantwortlich für die Vorhaltung einer zahlenmäßig ausreichenden pflegerischen Versorgungsstruktur sind, kommt ihnen auch die Aufgabe zu, bei festgestellten Defiziten (Unterversorgung) durch Instrumente der Pflegeinfrastrukturförderung Angebote zu steuern. Die hierzu erforderlichen gesetzlichen Möglichkeiten der Förderung (§ 9) bestehen bereits und sind konsequent umzusetzen. Aufgabe der Länder ist es, die hierfür erforderlichen Mittel zur Verfügung stellen. Es wird als sinnvoll erachtet, dass die Länder hierbei die Empfehlungen der Ausschüsse berücksichtigen. Eine wesentliche Aufgabe der Pflegekassen ist die Erfüllung des Sicherstellungsauftrags nach § 69 und dessen Finanzierung im Rahmen der Leistungspflicht. Dem werden die Pflegekassen insbesondere durch die Zulassung von ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen zur pflegerischen Versorgung der Versicherten gerecht. Die Zulassung einer Pflegeeinrichtung erfolgt durch Abschluss eines Versorgungsvertrages zwischen dem Träger der Pflegeeinrichtung und den Landesverbänden der Pflegekassen im Einvernehmen mit den Trägern der Sozialhilfe. Jede Pflegeeinrichtung, die die gesetzlichen und vertraglichen Voraussetzungen erfüllt, hat weiterhin Anspruch auf Abschluss eines Versorgungsvertrages; die entsprechenden Regelungen in §§ 72ff. bleiben unverändert. Darüber hinaus wäre eine Gewährung von eventuellen Vergütungszuschlägen zur Behebung von regional identifizierten quantitativen Versorgungsdefiziten nicht mit den Bemessungsgrundsätzen nach §§ 84 ff. vereinbar.

Die Pflegesätze stationärer Pflegeeinrichtungen und die Vergütungen für ambulante Leistungen müssen leistungsgerecht sein und sind für alle Pflegebedürftigen nach einheitli-

chen Grundsätzen zu vereinbaren. Vor dem Hintergrund des marktwirtschaftlichen Prinzips der Sozialen Pflegeversicherung ist es fraglich, inwieweit Empfehlungen der Ausschüsse realisiert werden können. Eine Berücksichtigung dieser Empfehlungen im Vertragsgeschehen würde zu Rechtsunsicherheit führen. Vermeidbare Rechtsstreite wären die Folge.

C) Änderungsvorschlag

(a) Sektorenübergreifende Landespflegeausschüsse

Keiner.

(b) Regionale Pflegeausschüsse

In Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter “in Landkreisen und kreisfreien Städten“ gestrichen.

(c) Datenübermittlung

In Absatz 4 Satz 1 werden die Wörter "Pflegekassen, Landesverbände der Pflegekassen sowie die sonstigen in Absatz 2 genannten Mitglieder" durch das Wort "Mitglieder" ersetzt.

(d) Umsetzung der Ausschussempfehlungen

Absatz 5 wird wie folgt gefasst:

"Empfehlungen der Ausschüsse nach den Absätzen 1 bis 3 ~~zur Weiterentwicklung der Versorgung~~ sollen von den ~~Vertragsparteien nach dem Siebten Kapitel beim Abschluss von der Versorgungs- und Rahmenverträge und von den Vertragsparteien nach dem Achten Kapitel beim Abschluss der Vergütungsverträge einbezogen werden.~~ <u>Ländern bei der Förderung der Pflegeinfrastruktur berücksichtigt werden.</u>“

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5

§ 10 Abs. 2 SGB XI – Berichtspflichten des Bundes und der Länder

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es wird eine jährliche Berichtspflicht der Länder zu Art und Umfang der Förderung der Pflegeeinrichtungen gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) verankert. Diese umfasst auch Angaben zu den durchschnittlichen Investitionskosten der Pflegebedürftigen.

B) Stellungnahme

Die Förderung der Pflegeeinrichtungen durch die Länder ist wesentlicher Bestandteil der Pflegeinfrastrukturgestaltung. Im Hinblick auf die gemeinsamen Empfehlungen nach § 8a ist es für die Vertragspartner des siebten Kapitels von grundlegender Bedeutung, Informationen über die Förderung der Pflegeeinrichtungen und die damit verbundenen finanziellen Auswirkungen auf den Investitionskostenanteil der Pflegebedürftigen zu erhalten. Die Neuregelung wird daher ausdrücklich begrüßt. Die Informationen an das Bundesministerium für Gesundheit sind entsprechend auf Landkreisebene auszuweisen und zu veröffentlichen.

C) Änderungsvorschlag

Absatz 2 ist wie folgt zu fassen:

"Die Länder berichten dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. Juni über Art und Umfang der finanziellen Förderung der Pflegeeinrichtungen im vorausgegangenen Kalenderjahr sowie über die mit dieser Förderung verbundenen durchschnittlichen Investitionskosten für die Pflegebedürftigen auf Ebene der Landkreise bzw. kreisfreien Städte. Der Bericht ist vom Bundesministerium für Gesundheit zu veröffentlichen."

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6 a bb)

§ 13 Verhältnis der Leistungen der Pflegeversicherung zu anderen Sozialleistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die vorgesehenen Änderungen sollen der besseren Abgrenzung von Leistungen der Pflegeversicherung von denen der Eingliederungshilfe dienen, da sich insbesondere bei den pflegerischen Betreuungsmaßnahmen im häuslichen Umfeld künftig vermehrt Überschneidungen zwischen beiden Leistungsbereichen ergeben werden. Geregelt wird, dass die Leistungen der Pflegeversicherung gegenüber den Leistungen der Eingliederungshilfe im häuslichen Umfeld im Sinne des § 36 SGB XI grundsätzlich vorrangig sind, es sei denn, dass bei der Leistungserbringung die Erfüllung der Aufgaben der Eingliederungshilfe im Vordergrund steht. Außerhalb des häuslichen Umfelds sollen die Leistungen der Eingliederungshilfe den Leistungen der Pflegeversicherung vorgehen.

B) Stellungnahme

Die Schnittstelle zur Pflegeversicherung wird als Vorrang-/Nachrangverhältnis formuliert, ohne dass die Abgrenzung der Leistungen nachvollziehbar und eindeutig ist. So ist die Definition des häuslichen Umfelds nicht frei von Interpretationen und lässt nicht zweifelsfrei erkennen, in welchen Konstellationen von einer Leistungserbringung innerhalb des häuslichen Umfelds auszugehen ist. Soweit maßgeblich sein soll, ob bei der Leistungserbringung die Erfüllung der Aufgaben der Eingliederungshilfe oder die der Pflegeversicherung im Vordergrund stehen, ist auch hier eine trennscharfe Zuordnung nur schwer möglich, da sich die Bedarfe bei einer Vielzahl von Menschen mit Behinderungen überlagern dürften, insbesondere vor dem Hintergrund des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Bereich der Betreuungsleistungen. Des Weiteren ist fraglich, wer über den Schwerpunkt der Leistungserbringung entscheidet (Pflegekasse oder Träger der Eingliederungshilfe). In der Konsequenz führt das Nachrangigkeitsverhältnis der Eingliederungshilfe gegenüber der sozialen Pflegeversicherung zu größeren Schnittstellen zwischen sozialer Pflegeversicherung und der Eingliederungshilfe und wird zwangsläufig zu einer Leistungsverlagerung in die soziale Pflegeversicherung führen. Durch die bisherige Regelung des Gleichrangs von Eingliederungshilfe und Pflegeleistungen sind die Strukturen gewachsen. Die Einführung eines Vorrang-/Nachrangverhältnisses ohne eindeutige Leistungsabgrenzungen bricht diese gewachsenen Strukturen auf, es ist mit erheblichen Zuständigkeitsfragen zwischen Pflegekassen und Trägern der Eingliederungshilfe zu rechnen. Insofern sollte es bei der bisherigen Regelung des Gleichrangs von Eingliede-

rungshilfe und Pflegeleistungen bleiben. Da die Regelung inhaltsgleich der vorgesehenen Regelung in Artikel 2 Nr. 5 zu § 63b SGB XII entspricht, ist ein Gleichrangverhältnis ebenso in § 63b SGB XII (neu) vorzusehen.

C) Änderungsvorschlag

Die Regelung ist zu streichen. An der bisherigen Regelung des Gleichrangs von Eingliederungshilfe und Pflegeleistungen ist festzuhalten.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 7

§ 28a Leistungen bei Pflegegrad 1

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Pflegekassen gewährt bei Pflegegrad 1 zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung nach § 44a. Für den Anspruch auf den Wohngruppenzuschlag nach § 38a SGB XI ist nicht erforderlich, dass der Entlastungsbetrag oder Angebote zur Unterstützung im Alltag bezogen werden.

B) Stellungnahme

Die klarstellende Ergänzung, dass bei Pflegegrad 1 zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung nach § 44a gewährt werden und für den Anspruch auf den Wohngruppenzuschlag nach § 38a kein Bezug des Entlastungsbetrages nach § 45b oder die Inanspruchnahme von Angeboten zur Unterstützung im Alltag erforderlich ist, wird begrüßt. Es handelt sich bei § 28a zwar um eine Übersicht der Leistungen der Pflegeversicherung, ohne selbst eine anspruchsbegründende Bestimmung zu sein. Aus Transparenzgründen wird die klarstellende Ergänzung der Übersicht um die Gewährung von zusätzlichen Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung nach § 44a begrüßt. Dies gilt insbesondere für die Klarstellung, dass für einen Anspruch auf den Wohngruppenzuschlag nach § 38a der Bezug des Entlastungsbetrages oder der Angebote zur Unterstützung im Alltag nicht erforderlich ist. Andernfalls führt die Regelung des § 38a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1, die keine oder nicht regelmäßig Leistungen nach §§ 45a, 45b beziehen, der Anspruch auf den Wohngruppenzuschlag ausgeschlossen ist bzw. eine Ansparung des Entlastungsbetrages nach § 45b faktisch ausgeschlossen ist, da für den Anspruch auf Wohngruppenzuschlag der Entlastungsbetrag in jedem Fall bezogen werden müsste. Dies würde zu einer Einschränkung des Wahlrechts dieser Pflegebedürftigen führen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10

§ 37 Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Während des Beratungsbesuchs nach § 37 Abs. 3 sind die Pflegebedürftigen und die häuslich Pflegenden auf die Auskunfts-, Beratungs- und Unterstützungsangebote des zuständigen Pflegestützpunktes sowie die Pflegeberatung nach § 7a hinzuweisen.

Des Weiteren sollen die Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 künftig auch von anerkannten Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften durchgeführt werden können. Diese müssen die erforderliche pflegefachliche Kompetenz aufweisen. Der Absatz 4 findet entsprechend Anwendung. Die Anerkennung der Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften erfolgt durch die Landesverbände der Pflegekassen nach Maßgabe des Absatzes 7. Bei einem Beratungsbesuch durch eine anerkannte Beratungsperson der kommunalen Gebietskörperschaft erfolgt keine Vergütung des Beratungsbesuches.

B) Stellungnahme

Es ist folgerichtig, dass an anerkannte Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften dieselben Anforderungen und Vorgaben wie an die bereits in § 37 Abs. 3 Satz 1 und Abs. 8 genannten Beratungsstellen gestellt werden. Die pflegefachliche Qualität muss auch bei Beratungsbesuchen durch anerkannte Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften gesichert sein.

Folgerichtig ist auch der Ausschluss der Vergütung der Beratungsbesuche von anerkannten Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften zur Vermeidung einer Misch- und Doppelfinanzierung. Pflegeberater nach § 7a SGB XI werden bereits über den Verwaltungshaushalt der Pflegekassen finanziert. Die in die Pflegestützpunkte entsandten Beratungspersonen werden von der jeweils entsendenden Stelle finanziert. Zugleich ist nicht auszuschließen, dass Gegenstand des Beratungsbesuches auch Fragen zur Altenhilfe sein kann und damit über die Zielsetzung des Beratungseinsatzes hinausgeht. Im Falle einer Vergütung des Beratungsbesuches durch eine anerkannte Beratungsperson der kommunalen Gebietskörperschaft würde diese durch die Pflegekasse finanziert und damit eine Beteiligung der Pflegekasse an der Finanzierung erfolgen, was eine Mischfinanzierung zur Folge hätte.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 12

§ 43a Inhalt der Leistung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die bisherige Regelung, dass die Pflegekasse für pflegebedürftige Menschen der Pflegegrade 2 bis 5 mit Behinderungen in vollstationären Einrichtungen Aufwendungen in Höhe von höchstens 266,00 €/Monat übernimmt, bezieht sich ab dem 01.01.2020 auf selbigen Personenkreis in „stationären Einrichtungen", da durch das Bundesteilhabegesetz die Differenzierung nach ambulanten, teilstationären und vollstationären Leistungen aufgegeben wurde.

B) Stellungnahme

Der Gesetzgeber definiert Räumlichkeiten, die den bisherigen vollstationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe entsprechen sollen. Die Neuformulierung des Gesetzestextes kann zu einer Ausweitung des Anwendungsbereichs des § 43a führen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 13

§ 45b Entlastungsbetrag

A) Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 2 Satz 1 stellt klar, dass der Anspruch auf den Entlastungsbetrag bereits mit Feststellung der Pflegebedürftigkeit i. S. d. §§ 14, 15 SGB XI und bei häuslicher Pflege entsteht. Einer gesonderten Antragsstellung vor der erstmaligen Inanspruchnahme des Entlastungsbetrages bedarf es nicht. An der Kostenerstattung gegen Vorlage entsprechender Nachweise über entstandene Eigenbelastungen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von der in Absatz 1 Satz 3 genannten Leistungen.

Zudem findet der Entlastungsbetrag bei den Fürsorgeleistungen zur Pflege nach § 13 Abs. 3 Satz 1 grundsätzlich keine Berücksichtigung. Eine Ausnahme hiervon bilden die Leistungsansprüche nach §§ 64i und 66 SGB XII (Entlastungsbetrag bei Pflegegrad 1 und bei Pflegegrad 2 bis 5), soweit nach diesen Vorschriften Leistungen vorgesehen sind, die inhaltlich den Leistungen nach § 45b Abs. 1 Satz 3 deckungsgleich entsprechen.

B) Stellungnahme

Die klarstellende Neuregelung des Abs. 2 Satz 1 wird ausdrücklich befürwortet und entspricht einer Forderung des GKV-Spitzenverbandes. Mit der beabsichtigten Regelung werden Auslegungsfragen hinsichtlich des Antragserfordernisses vor einer erstmaligen Inanspruchnahme des Entlastungsbetrages geklärt. Mit der Regelung des § 45b SGB XI wurde seinerzeit die Möglichkeit einer flexiblen Inanspruchnahme der Leistungen nach § 45b SGB XI geschaffen. Dabei ist die Verwendung des Leistungsbetrages nach § 45b SGB XI beispielsweise für Leistungen der Kurzzeitpflege für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen in der Regel nicht voraussehbar. Mit der vorgesehenen Regelung wird klargestellt, dass der Pflegebedürftige den Entlastungsbetrag flexibel und bedarfsgerecht in Anspruch nehmen kann, ohne hierfür zuvor einen gesonderten Antrag gestellt zu haben. Dieses von vielen Pflegekassen bereits praktizierte Verwaltungshandeln wird nunmehr auf eine klare Rechtsgrundlage gestellt.

Die in Absatz 3 beabsichtigte Neuregelung entspricht der bisherigen Regelung des § 13 Abs. 3a. Es wird auch weiterhin sichergestellt, dass der insbesondere für die Entlastung von Pflegepersonen separat zur Verfügung stehende Betrag auch bei Empfängern von Fürsorgeleistungen in vollem Umfang zur Verfügung steht. Aufgrund der Einführung eines Entlastungsbetrags nach §§ 64i und 66 SGB XI bei Pflegegrad 1 und Pflegegrad 2 bis 5, ist die in Satz 3

vorgesehene Ausnahmeregelung zur Berücksichtigung des Entlastungsbetrages bei diesen Leistungen, folgerichtig. Soweit Leistungen nach §§ 64i oder 66 SGB XI in Anspruch genommen werden und diese inhaltlich deckungsgleich mit den Leistungen nach § 45b Abs. 1 Satz 3 sind, würde der Pflegebedürftige diese Leistungen doppelt beziehen, würde der Entlastungsbetrag in diesen Fällen keine Berücksichtigung finden.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 14

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die kommunalen Gebietskörperschaften sollen ihren Zuschuss künftig auch in Form von Personal- und Sachmitteln einbringen können. Diese Mittel müssen nachweislich ausschließlich und unmittelbar dazu dienen, den jeweiligen Förderzweck zu erreichen. Zudem wird das Einvernehmen mit allen Fördergebern vorausgesetzt. In den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes und des Verbandes der Privaten Krankenkasse e. V. über die Voraussetzungen, Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Förderung sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel sind die Anforderungen an die Einbringung der Zuschüsse der kommunalen Gebietskörperschaften in Form von Personal- und Sachmittel festzulegen.

In Absatz 6 wird die bisherige Übertragungsregelung nicht verwendeter Fördermittel in das nachfolgende Kalenderjahr ausgeweitet. Fördermittel, die bereits in das nachfolgende Kalenderjahr übertragen wurden und in diesem erneut nicht ausgeschöpft werden, können für weitere Fördermaßnahmen von Ländern verwendet werden, die ihre Fördermittel zu mindestens 80 Prozent ausgegeben haben. Aus den übertragenen und nicht verwendeten Fördermitteln wird ein Gesamtbudget gebildet. Die Anträge der Länder auf weitere Fördermittel werden bis zum 30.04. des Folgejahres durch den Ausgleichsfond gesammelt und ausgezahlt. Ist die Summe der beantragten Fördermittel zum 30.04. höher als das zur Verfügung stehende Gesamtbudget, erfolgt die Verteilung der Fördermittel nach dem Königsteiner Schlüssel. Nach dem 30.04. eingehende Anträge werden in der Reihenfolge des Antragseingangs bis zum Verbrauch der Fördermittel bearbeitet. Eine weitere Übertragung dieser Fördermittel in das Folgejahr ist ausgeschlossen.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Regelung der Herstellung des Einvernehmens mit allen im Einzelfall beteiligten Fördergebern über die kommunalen Anteile in Form von Personal- und Sachmitteln und über die Feststellung, dass diese ausschließlich der unmittelbaren Erreichung des Förderzwecks dienen, ist erforderlich. Für die an der Förderung beteiligten Fördergeber, insbesondere die Pflegekassen, müssen die einzelnen Anteile der kommunalen Gebietskörperschaft transparent und nachvollziehbar dargelegt werden. Dies betrifft insbesondere auch die Höhe des Förderanteils, da die Förderung nach § 45c als Kofinanzierung zwischen den Ländern und

den Pflegekassen ausgestaltet ist. Zugleich muss sichergestellt werden, dass die von der kommunalen Gebietskörperschaft zur Verfügung gestellten Personal- und Sachmittel im Einzelfall der Erreichung des Förderzwecks tatsächlich dient und die Nutzung der vorhandenen Personal- und Sachmittel nicht vielmehr der finanziellen Entlastung ohnehin überschüssiger Ressourcen der kommunalen Gebietskörperschaft dient. Insofern ist es zu begrüßen, dass die Anforderungen an die Einbringung von Zuschüssen der kommunalen Gebietskörperschaften als Personal- und Sachmittel in den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes und des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. nach Abs. 7 aufzunehmen sind.

Es ist zu erwarten, dass es aufgrund des Abstimmungsverfahrens zu einer Verzögerung des Förderverfahrens kommt. Auch ist fraglich, ob in den Rechtsverordnungen der Länder ein Wahlrecht für die antragsstellenden Förderprojekte beabsichtigt ist, andernfalls ist deren Förderung davon abhängig, dass sie sich mit den Personal- und Sachmitteln einverstanden erklären.

Die Erweiterung der Übertragbarkeit nicht verwendeter Fördermittel verbessert vor allem die Fördermöglichkeiten der Länder, die bereits umfangreich von den bisherigen Fördermöglichkeiten Gebrauch machen und die zur Verfügung stehenden Fördermittel verwenden.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 15

§ 71 Pflegeeinrichtungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung betrifft die Definition von Pflegeeinrichtungen. Sie bestimmt, dass Räumlichkeiten, in denen der Zweck des Wohnens von Menschen mit Behinderung und der Erbringung der Leistungen der Eingliederungshilfe im Vordergrund stehen und für die das Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz Anwendung findet, nicht als Pflegeeinrichtungen im Sinne von § 71 Absatz 2 gelten.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine Umformulierung bzw. Anpassung aufgrund der Änderung durch das Bundesteilhabegesetz, mit der die Differenzierung zwischen ambulanten, teilstationären und vollstationären Leistungen der Eingliederungshilfe aufgegeben wird. Die Anpassung ist erforderlich, um die gleichen Rechtswirkungen wie bisher zu erzielen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 16 a)

§ 75 Rahmenverträge, Bundesempfehlungen und -vereinbarungen über die pflegerische Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

In den landesweit einheitlichen Rahmenverträgen nach § 75 Absatz 1 sollen künftig zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen mit den Vereinigungen der Träger der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen im Land unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherungen und des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. im Land auch die Vertragsvoraussetzungen und die Vertragserfüllung für eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung festgelegt werden. Dabei zielt die neue Vorschrift auf die Zulassungsvoraussetzung nach § 72 Absatz 3 Satz 1, wonach die Pflegeeinrichtungen jederzeit die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung bieten müsse. Dabei soll den Vertragspartnern nach § 75 die Möglichkeit gegeben werden, nähere Kriterien für eine ordnungsgemäße Vertragserfüllung, sowie auch zur Geeignetheit und Zuverlässigkeit des Inhabers, Gesellschafters oder ähnliches festzulegen. Die Grundsätze sollen landesweit einheitlich für bereits bestehende wie auch für Neuzulassungen gelten.

B) Stellungnahme

Die geplanten Neureglungen sind zu begrüßen. Es ist notwendig, Regelungen zu treffen, die vor allem die Geeignetheit und Zuverlässigkeit der Geschäftsführer, Gesellschafter, Inhaber und auch verantwortliche Pflegefachkraft umfassen, um die in der Praxis vielfach zu beobachtende Methode der Neueröffnung unter einem anderen Namen bei Firmenpleiten, Vertragskündigungen wegen Vertragsverstößen oder ähnlichem zu vermeiden. Das Prüfungsrecht der Landesverbände der Pflegekassen über die Zulassungsvoraussetzungen bei einem Zulassungsantrag ist daher zu erweitern, um Möglichkeiten gegen die Methode von „Strohmännern“ zu finden. Obwohl die Praxis auf Landesebene bereits in der Vergangenheit gezeigt hat, dass es schwierig ist, eine solche für Leistungserbringer erhebliche Regelung in einer Vereinbarungslösung zu finden, wird es bei dieser Regelung ebenfalls für sachgemäß erachtet, die Regelungen mit den Trägern der Pflegeeinrichtungen zu vereinbaren, da es zum einen bereits auf Landesebene Ansätze solcher Regelungen gibt und zum anderen es eine Erweiterung der Zulassungsvoraussetzungen nach § 72 ist. Diese ist bereits jetzt vertraglich, also als Vereinbarung geregelt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 16 b)
§ 75 Rahmenverträge, Bundesempfehlungen und -vereinbarungen über die pflegerische Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

In den landesweit einheitlichen Rahmenverträgen nach § 75 Abs.1 sollen künftig zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen mit den Vereinigungen der Träger der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen im Land auch die Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze für Abrechnungsprüfungen festgelegt werden. Die Änderung steht im Zusammenhang mit der Neuregelung in § 79 und soll eine Ergänzung zu den regelhaft durchzuführenden Abrechnungsprüfungen im Rahmen einer Qualitätsprüfung darstellen.

B) Stellungnahme

Grundsätzlich wird begrüßt, dass weitere Möglichkeiten der Abrechnungsprüfungen vorgesehen sind.

Es wird jedoch abgelehnt, dass die geplante Regelung in Form einer gemeinsamen Vereinbarung mit den Trägerverbänden der Pflegeeinrichtungen auf Landesebene im Rahmen des § 75 Absatz 2 ausgestaltet werden soll. Die in der Gesetzesbegründung zitierte Abrechnungsprüfungen im Rahmen der Regelprüfungen nach §§ 114 unterstehen zu Recht der Kompetenz des GKV-Spitzenverbandes, der bundesweit einheitliche Regelungen unter umfassender Beteiligung der Verbände der Pflegeeinrichtungen und der Betroffenenverbände festlegt. Es ist nicht nachvollziehbar, dass diejenigen, deren Abrechnungen zulasten der Solidargemeinschaft geprüft werden sollen, über die Kriterien und Verfahrensgrundsätze mitentscheiden sollen. Eine solche Entscheidungsfindung steht in keiner Weise im Einklang mit dem Vorhaben zur Bekämpfung des Abrechnungsbetruges.. Auch eine Verbindung mit der Wirtschaftlichkeitsprüfung des bisherigen § 79 sowie des bisherigen § 75 Absatz 2 Satz 1 Nr. 7 ist nicht zielführend. Geht es bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung in erster Linie um die Pflicht der Pflegeeinrichtung, ihren Betrieb im Sinne der Solidargemeinschaft wirtschaftlich und unter Vermeidung unnötiger Kosten zu führen, dient die Abrechnungsprüfung – wie sowohl aus der Gesetzbegründung zum 2. Pflegestärkungsgesetz als auch aus der vorliegenden ersichtlich – dem aktiven Vorgehen gegen Abrechnungsmanipulationen und Betrugsfälle. Während ein gemeinsames Wirtschaftlichkeitsverständnis nachvollziehbar einer Vereinbarung unterfallen sollte, kann dies bei der Abrechnungsprüfung nicht der Fall sein.

Um dem berechtigten Interesse nach einer zusätzlichen Überprüfungsmöglichkeit gegen fehlerhaftes Abrechnungsverhalten nachzukommen und gleichzeitig die oben benannten Befürchtungen auszuräumen, sollte der GKV-Spitzenverband eine bundesweit einheitliche Vorgehensweise unter der Berücksichtigung länderspezifischer Gegebenheiten entwickeln (siehe ergänzender Änderungsbedarf zu § 79a).

C) Änderungsvorschlag

Siehe ergänzender Änderungsbedarf zu § 79a.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 16 c) und d)
§ 75 Rahmenverträge, Bundesempfehlungen und -vereinbarungen über die pflegerische Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Zusätzlich soll in den landesweit einheitlichen Rahmenverträgen nach § 75 Abs.1 auch die Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze für die Zahlung einer ortsüblichen Arbeitsvergütung nach § 72 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 festgelegt werden.

B) Stellungnahme

Die geplante Neuregelung wird abgelehnt. Grundsätzlich ist zu begrüßen, dass Regelungen zu schaffen sind, die eine angemessene Vergütung für in der Pflege Beschäftigte gewährleisten, jedoch ist die vom Gesetzgeber geplante Regelung der falsche Ansatz. Es ist zu befürchten, dass die Regelung zu praktischen Umsetzungsschwierigkeiten führen wird, da sie erhebliche Probleme bei der Ermittlung der ortsüblichen Arbeitsvergütung nach § 72 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 mit sich bringen wird. Unabhängig vom Weg der Entscheidungsfindung (Festlegung oder Vereinbarung) ist zu beachten, dass unterschiedliche Parameter zu berücksichtigen wären. Beginnend bei der Abgrenzung des „Ortes" der Ortsüblichkeit verlangt die Anwendung des § 612 BGB beispielsweise, dass Differenzierungen vorgenommen und somit unterschiedliche ortsübliche Vergütungen festgelegt werden müssen (Alter, Berufserfahrung, Dauer der Tätigkeit. Dienstalter, Familienstand und Kinderzahl). Darüber hinaus kann sich die Ortsüblichkeit fast täglich ändern. Ein rechtssicheres Zulassungsverfahren auf dieser Grundlage erscheint unwahrscheinlich.

Ungeachtet der Ermittlungsprobleme hält der GKV-Spitzenverband die Diskussion für überholt. Die gesetzliche Zielrichtung des § 72 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 ist es, Lohndumping in der Pflege zu verhindern. Diese Zielrichtung wurde bereits durch die zwischenzeitliche Einführung des Pflege-Mindestlohns, der alle Beschäftigten in der unmittelbaren Pflege und Betreuung betrifft und des allgemeinen Mindestlohns, der die übrigen Beschäftigten (Verwaltungsmitarbeiter, Geschäftsführung, Hausmeister u. ä.) mit einem Anteil von 22,9 % im ambulanten Bereich und 25,9 % im stationären Bereich betrifft, erreicht. Eine Prüfung der ortsüblichen Vergütung nach § 72 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 ist daher nicht mehr notwendig. Es wird sich daher sowohl für die Streichung der geplanten Neuregelung als auch für die Streichung der Prüfungspflicht des § 72 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 – soweit es sich um die ortsübliche Vergütung handelt – ausgesprochen (siehe auch unter Ergänzende Anmerkungen zum

§ 72). Sofern von der Prüfungspflicht durch die Pflegekassen vom Gesetzgeber nicht abgesehen wird und in diesem Zusammenhang Pflegeeinrichtungen zur Einreichung von Unterlagen verpflichtet werden sollen, ist eine konkrete gesetzliche Übermittlungspflicht notwendig. Bei einer Ermittlung der Ortsüblichkeit sind umfassende Daten von den Pflegeeinrichtungen zur Verfügung zu stellen, um den gesetzlichen Anforderungen und der Zielrichtung Genüge zu tun. Gleichzeitig ist gesetzlich zu bestimmen, wie die Berechnung auf der Grundlage verfügbarer Daten durchzuführen ist und wer für die eigentliche Berechnung verantwortlich ist.

Eine Vereinbarungslösung ist dabei nicht zielführend, da die Vergangenheit gezeigt hat, dass die Pflegeeinrichtungen sich auf dem Verhandlungsweg gegen eine umfassende Offenlegung von relevanten Daten gewehrt haben. Ferner ist davon auszugehen, dass bei einer Umsetzung der Neuregelung im Ergebnis verschiedene – landesbezogene – Definitionen bzw. Verfahren zur Ermittlung einer ortsüblichen Vergütung existieren werden. Die erforderliche Rechtssicherheit kann damit keineswegs gewährleistet werden.

C) Änderungsvorschlag

Die geplante Neuregelung wird gestrichen. Es wird zudem eine Teilstreichung des § 72 vorgeschlagen (siehe Ergänzender Änderungsbedarf zu § 72)

.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 17 b)

§ 79 Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Vorgaben zu den landesweit einheitlichen Rahmenverträgen nach § 75 Abs.1 werden künftig um einen weiteren Absatz zu Regelungen der Abrechnungsprüfung erweitert. Danach können die Landesverbände der Pflegekassen bei Verdachtsfällen eine Abrechnungsprüfung in Pflegeeinrichtungen durchführen oder veranlassen. Die Regelung konzentriert sich dabei auf sämtliche Leistungen der Pflegeversicherung, die nach dem Sachleistungsprinzip erbracht und abgerechnet werden und im Wege der Erstattung zu Lasten der Pflegeversicherung geltend gemacht worden sind.

B) Stellungnahme

Wie bereits unter Nr. 16b ausgeführt, ist grundsätzlich zu begrüßen, dass eine Ausweitung der Möglichkeiten von Abrechnungsprüfungen geschaffen wird. Die Verankerung der Neuregelung im § 75 über die Aufnahme der Vereinbarungsvorgabe für Abrechnungsprüfungen wird jedoch abgelehnt.

Zielführender ist eine bundesweit einheitliche Entwicklung der Grundsätze unter Berücksichtigung länderspezifischer Besonderheiten durch den GKV-Spitzenverband (siehe ergänzenden Änderungsbedarf zu § 79a). Sollte an der Regelung festgehalten werden, ist eine Regelung zum Verhältnis dieser Strukturen zueinander notwendig. Begrüßt wird grundsätzlich, dass sich die künftige Prüfung auf alle Leistungen bezieht, die zu Lasten der Pflegeversicherung erbracht oder erstattet werden.

Während die geplante Analogie zum § 79 Abs. 1 Satz 4 und des § 79 Abs. 2 grundsätzlich zu begrüßen ist, auch bei einer Kompetenzzuweisung zur Aufstellung von Grundsätzen zu Gunsten des GKV-Spitzenverbandes (siehe ergänzenden Änderungsbedarf zu § 79a), ist sie bei § 79 Abs. 1 Satz 3 und des § 79 Abs. 3 nicht gegeben. Eine analoge Anwendung des § 79 Abs. 1 Satz 3 geht zum einen ins Leere, zum anderen widerspricht sie dem Sinn der Abrechnungsprüfung. Nach der geplanten Regelung sind der Pflegeeinrichtung die Anhaltspunkte, die zu einer Abrechnungsprüfung führen, rechtzeitig vor der Anhörung mitzuteilen. Eine vorherige Anhörung ist aber – im Gegensatz zum § 79 Abs. 1 – bei der geplanten Regelung aus gutem Grund nicht vorgesehen. Zudem würde eine vorherige Mitteilung der Anhaltspunkte dem Sinn einer Abrechnungsprüfung, bei der unter Umständen auch Beweise ge-

sichert werden müssen, widersprechen. Die Analogie des § 79 Abs. 3 geht ebenfalls ins Leere, da sie den Anwendungsbereich der Abrechnungsprüfung verfehlt. Dient die Wirtschaftlichkeitsprüfung der Kostenstruktur der Pflegeeinrichtung, soll bei der Abrechnungsprüfung die korrekte Abrechnung auf Grundlage einer Vergütungsvereinbarung geprüft werden.

C) Änderungsvorschlag

Die Neuregelung wird gestrichen. (s. a. ergänzender Änderungsbedarf zu § 79a)

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 19

§ 109 Pflegestatistiken

A) Beabsichtigte Neuregelung

Für die bundeseinheitliche Pflegestatistik wird zusätzlich das Merkmal Postleitzahl des Wohnortes pflegebedürftiger Menschen vor dem Einzug in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung erhoben.

B) Stellungnahme

Durch die Ergänzung der Pflegestatistik nach § 109 SGB XI um die Erfassung der Postleitzahl des Wohnorts pflegebedürftiger Menschen vor dem Einzug in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung wird die Pflegestatistik um ein wichtiges Merkmal optimiert. Durch die Information des vorherigen Wohnorts kann die regionale Verteilung der Antragssteller auf stationäre Pflege ermittelt werden. Die Kommunen werden so bei der Steuerung der sozialräumlichen Versorgungsstruktur und der Weiterentwicklung einer bedarfsgerechten Versorgung pflegebedürftiger Menschen befähigt. Diese Ergänzung folgt eine Empfehlung der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 20 a) und c)

§ 113b Qualitätsausschuss

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Beteiligungsrechte der auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen (Verbände nach § 118) werden hinsichtlich der Mitwirkung im Qualitätsausschuss durch Änderung des § 118 erweitert. Die Verbände erhalten ein Antragsrecht und ehrenamtlich Tätige einen Anspruch auf Erstattung von Reisekosten, die ihnen im Zusammenhang mit der Mitwirkung im Qualitätsausschuss und in seinen Gremien entstanden sind. Das Nähere hierzu regeln die Vereinbarungspartner der Geschäftsordnung des Qualitätsausschusses nach § 113b Absatz 7 SGB XI; die bestehende Geschäftsordnung ist dementsprechend anzupassen.

B) Stellungnahme

Bei den Neuregelungen handelt es sich um Folgeänderungen aufgrund der Änderung des § 118.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 20 b)
§ 113b Absatz 4 Satz 2 Nr. 6 Qualitätsausschuss

A) Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 4 Satz 2 Nr. 6 sieht vor, dass durch die Vertragsparteien nach § 113 ein Auftrag an unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige vergeben wird, in dem bis zum 31. März 2018 ein Konzept für die Qualitätssicherung in neuen Wohnformen zu entwickeln und zu erproben ist. Insbesondere sollen Instrumente zur internen und externen Qualitätssicherung sowie für eine angepasste Qualitätsberichterstattung entwickelt und erprobt werden.

B) Stellungnahme

Die beabsichtigte Neuregelung wird grundsätzlich begrüßt. Der vorgesehene Zeitraum zur Entwicklung und Erprobung des Konzeptes und der Instrumente für eine Qualitätssicherung in neuen Wohnformen wird allerdings als zu knapp bemessen angesehen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 21

§ 114 Qualitätsprüfungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung legt fest, dass die nach § 37 SGB V erbrachten Leistungen der häuslichen Krankenpflege (HKP-Leistungen) zukünftig auch dann bei einer Qualitätsprüfung nach § 114 in einem Pflegedienst einzubeziehen sind, wenn diese Leistungen bei Personen erbracht werden, die zugleich Pflegegeld nach § 37 SGB XI oder keine Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen.

B) Stellungnahme

Qualitätsprüfungen umfassten bislang bereits HKP-Leistungen. Nach den bestehenden Qualitätsprüfungs-Richtlinien sind jedoch Versicherte, die HKP-Leistungen erhalten, nur dann in die Qualitätsprüfung einzubeziehen, wenn sie zugleich auch Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI erhalten. Die Neuregelung ist geeignet, dem weiteren Schutz vor unlauteren Anbietern auf dem Pflegemarkt, vor allem im Bereich der Intensivpflege, zu dienen und wird daher begrüßt. Der Gesetzgeber vergisst jedoch, dass zu einer sofortigen Umsetzung der Neureglung die Qualitätsprüfungs-Richtlinien erneut unverzüglich anzupassen sind. Dafür fehlt jedoch die Rechtsgrundlage. Es muss daher die Kompetenz im § 115a erweitert werden, die QPR an die gesetzlichen Regelungen in der Fassung nach Einführung des PSG III anzupassen, da Richtlinien zur Durchführung der Prüfung der in Pflegeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114a Absatz 7 kurzfristig nicht zu erwarten sind. Der Absatz 4 ist daher entsprechend zu ändern.

Ergänzend zur beabsichtigten Neuregelung sind die Mitwirkungspflichten der Pflegeeinrichtungen dahingehend zu konkretisieren, dass die Prüfer Transparenz über den versorgten Personenkreis erhalten, um die entsprechende Personenstichprobe für die Prüfung zusammenstellen zu können (s. Stellungnahme zum Änderungsantrag Nr. 17).

C) Änderungsvorschlag

Siehe Stellungnahme zum Änderungsantrag Nr. 17.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 22

§ 118 Beteiligung von Interessenvertretungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Beteiligungsrechte der auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen (Verbände nach § 118) werden hinsichtlich der Mitwirkung im Qualitätsausschuss erweitert. Die Verbände erhalten ein Antragsrecht, das über das bislang vorgesehene Mitberatungs- und Anwesenheitsrecht bei den Sitzungen des Qualitätsausschusses und der von ihm eingesetzten Gremien hinausgeht. Darüber hinaus erhalten ehrenamtlich Tätige, die von den Verbänden nach § 118 in die jeweiligen Gremien entsandt werden, einen Anspruch auf Erstattung der Reisekosten, die ihnen in diesem Zusammenhang entstanden sind.

B) Stellungnahme

Mit der beabsichtigten Neuregelung erfolgt eine Angleichung der Beteiligungsrechte der Verbände nach § 118 an die Beteiligungsrechte der Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten (Patientenvertretung) des SGB V.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 23, 24

§ 123 Durchführung der Modellvorhaben zur kommunalen Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen, Verordnungsermächtigung

§ 124 Befristung, Widerruf und Begleitung der Modellvorhaben zur kommunalen Beratung; Beirat

A) Beabsichtigte Neuregelung

Entsprechend den Empfehlungen der Bund-Länder-AG zur Stärkung der Rolle der Kommunen soll es kommunalen Stellen im Rahmen von Modellvorhaben ermöglicht werden, die Pflegeberatung nach §§ 7a bis 7c SGB XI, die Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Abs. 3 SGB XI und die Pflegekurse nach § 45 SGB XI in eigener Zuständig bei Finanzierung durch die Pflegekassen zu erbringen. Die Modellvorhaben zielen auf eine Verbesserung der Beratung, indem sie zusammengeführt oder verzahnt wird mit Beratungsangeboten zu Leistungen der Altenhilfe nach dem SGB XII, der Hilfe zur Pflege, der Eingliederungshilfe, der öffentlichen Nahverkehrs, zur rechtlichen Betreuung, zu behindertengerechten Wohnangeboten, zum öffentlichen Nachverkehr und zur Förderung des bürgerlichen Engagements. Insgesamt sollen höchsten 60 Modellkommunen gefördert werden. Die Finanzierung der von den Pflegekassen auf die Kommunen übergehenden Aufgaben darf den Aufwand nicht übersteigen, der entstehen würde, wenn sie die Aufgaben selbst übernehmen würden. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen veranlasst eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung aller Modellvorhaben durch unabhängige Sachverständige. Die Kosten der wissenschaftlichen Begleitung und der Auswertung der Modellvorhaben tragen je zur Hälfte die obersten Landesbehörden und der Spitzenverband Bund der Pflegekassen. Der Abschlussbericht soll spätestens am 31.12.2025 veröffentlicht werden.

B) Stellungnahme

Die vorgesehenen Modellvorhaben zielen darauf ab, die insgesamt von den Versicherten positiv wahrgenommene Pflegeberatung durch die Pflegekassen auf Beratungsstellen der Kommunen oder auf von Kommunen beauftragte Dritte zu verlagern. Mit der vorgesehenen Neuregelung wird eine Verbesserung der Versorgungssituation der Versicherten nicht erreicht. Dass bei den Modellkommunen bisher nicht vorhandene Beratungsstrukturen bei den Kommunen mit Geldern der Pflegeversicherung aufgebaut werden sollen, obwohl diese Strukturen bei den Pflegekassen vorhanden sind, ist ordnungspolitisch falsch. Doppelstrukturen und Mehrkosten sind die Folge, zumal sich die Modellkommunen regional unterschiedlich organisieren werden und daneben auch weiterhin die Beratungsstrukturen bei den Kassen bestehen

bleiben müssen. Es wird eine nicht sinnvolle Trennung zwischen Finanzierungs- und Durchführungsverantwortung vorgenommen. Haftungsfragen entstehen, die im Rahmen der Modellvorhaben zu aufwendigen vertraglichen Regelungen führen.

Die Diskrepanz zwischen 7a Abs. 1 und § 123 Abs. 6 SGB XI wird zu erheblichen Problemen in der Praxis führen. Nach § 123 Abs. 6 soll die Verantwortung für die Pflegeberatung mit Aufnahme der Beratungstätigkeit im Rahmen eines Modellvorhabens auf die antragstellenden Träger der Sozialhilfe übergehen. Der Versicherte hat jedoch nach § 7a Abs. 1 SGB XI einen Anspruch auf Pflegeberatung gegenüber der Pflegekasse (z. B. Benennung des zuständigen Pflegeberaters). Dieser gesetzliche Auftrag wäre mit der Neuregelung nicht mehr erbringbar.

Die einseitige Kompetenzverlagerung auf die Kommunen wird das angestrebte Ziel der „Beratung aus einer Hand“ verfehlen. Dies gilt erst recht für die im Beschluss des Bundesrates vorgesehene Möglichkeit der selektiven Übernahme von Beratungsaufgaben durch die Kommune. Und mit einem Verzicht auf Bundesempfehlungen ginge Einheitlichkeit und Vergleichbarkeit verloren. Zielführend ist somit ausschließlich ein gemeinsames und gleichberechtigtes Handeln von Ländern, Kommunen und Kassen. Konkret bedeutet dies die Durchführung eines Modellvorhabens aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung bei gemeinsamer Antragstellung von Kommunen und Kassen. Hierbei müssen die Beratungs- und Versorgungssituation der betroffenen Menschen sowie die dazu notwendigen Kooperationsstrukturen der Kostenträger im Mittelpunkt stehen und nicht von vornherein die Finanzierung der Kommunen aus Beiträgen der Pflegeversicherung.

C) Änderungsvorschlag

Die vorgesehenen Neuregelungen der §§ 123, 124 sind zu streichen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 25a

§ 141 Besitzstandsschutz und Übergangsrecht zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Besitzstandsschutz wird für Bezieher von Hilfen zur Pflege nach dem SGB XII erweitert, denen ein Betreuungs- und Entlastungsbetrag in Höhe von 208 Euro nach der bis zum 31.12.2016 geltenden Fassung des § 45b zustand. Die Regelung des § 45b Abs. 3 (neu) findet entsprechend Anwendung für Bezieher von Hilfen zur Pflege, die keinen Anspruch auf einen Zuschlag in Höhe von 83 Euro nach Absatz 2 Satz 1 haben. Zur Sicherstellung des Besitzstandsschutzes werden Leistungen der Pflegeversicherung in Höhe von bis zu 83 Euro nicht auf Fürsorgeleistungen zur Pflege angerechnet.

B) Stellungnahme

Die Absenkung des Betreuungs- und Entlastungsbetrages nach der bis zum 31.12.2016 geltenden Fassung des § 45b wird in der Regel durch höhere Leistungen ab dem 01.01.2017 kompensiert. Sofern dennoch ein Anspruch auf den Zuschlag in Höhe von 83 Euro besteht, ist die Anwendung des § 45b Abs. 3 (neu) folgerichtig, da andernfalls der Zuschlag bei den Fürsorgeleistungen anzurechnen wäre und der Besitzstandsschutz bei Beziehern von Fürsorgeleistungen damit ins Leere liefe. Dasselbe gilt, wenn Bezieher von Fürsorgeleistungen aufgrund der Leistungserhöhungen keinen Zuschuss erhalten. Eine volle Anrechnung der Leistungen der Pflegeversicherung auf die Fürsorgeleistungen würde faktisch zu einer Absenkung des Leistungsniveaus und damit zu einer Schlechterstellung der Bezieher von Fürsorgeleistungen führen. Der bis zum 31.12.2016 geltende erhöhte Leistungsbetrag würde ohne eine entsprechende Kompensation abgesenkt werden.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 25b

§ 141 Besitzstandsschutz und Übergangsrecht zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Für Pflegebedürftige, die während des Jahreswechsels 2016/2017 Leistungen der Kurzzeitpflege beziehen und im Anschluss vollstationäre Dauerpflege in Anspruch nehmen, wird durch die vorgesehene Ergänzung in Absatz 3 eine Bestandsschutzregelung festgelegt.

B) Stellungnahme

Die Neuregelung folgt der politischen Vorgabe, dass keine Versicherte und kein Versicherter durch die Regelungen zum neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff (Zweites Pflegestärkungsgesetz) im Vergleich zum Stichtag 31. Dezember 2016 eine finanzielle Mehrbelastung erfahren soll.

Vor dem Hintergrund des Gleichbehandlungsgrundsatzes muss zudem auch Versicherten, die aus einer solitären Kurzzeitpflege direkt in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung wechseln, der Besitzstandsschutz gewährt werden.

C) Änderungsvorschlag

Absatz 3 Satz 2 ist wie folgt zu ändern:

„Nehmen Pflegebedürftige am 31. Dezember 2016 Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 und nach dem Ende der Kurzeitpflege ohne Unterbrechung des Heimaufenthalts auch Sachleistungen der vollstationären Pflege nach § 43 in derselben Einrichtung in Anspruch, so ermittelt sich der von der Pflegekasse an die Pflegeeinrichtung nach Satz 1 von Amts wegen ab dem Zeitpunkt der Inanspruchnahme von vollstationärer Pflege nach § 43 zu zahlende Zuschlag aus der Differenz zwischen dem einrichtungseinheitlichen Eigenanteil nach § 92e oder nach § 84 Abs. 2 Satz 3 und dem individuellen Eigenanteil, den die Pflegebedürftigen im Monat Dezember 2016, in der Einrichtung, in der sie die vollstationäre Pflege nach § 43 in Anspruch nehmen, zu tragen gehabt hätten.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 25c

§ 141 Besitzstandsschutz und Übergangsrecht zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Einführung von Absatz 3a wird der Bestandschutz für Versicherte geregelt, die nach dem 1. Januar 2017 die Pflegeeinrichtung wechseln. Die Regelung wird auf fünf Jahre begrenzt.

B) Stellungnahme

Entsprechend den Regelungen des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes bestand für Versicherte, die nach dem 1. Januar 2017 die Pflegeeinrichtung wechseln, kein Bestandsschutz. Mit der Neuregelung wird diese Lücke geschlossen. Aus Gründen der Rechtssicherheit sollte eine Klarstellung erfolgen, dass es sich bei dem in Satz 1 genannten Begriff „Pflegeheim“ um eine Einrichtung der Dauerpflege – in Abgrenzung zur Kurzzeitpflege – handelt.

C) Änderungsvorschlag

In Absatz 3a Satz 1 werden die Wörter „das Pflegeheim“ durch die Wörter „die vollstationäre Einrichtung nach § 43“ ersetzt.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 26

§ 144 Überleitungs- und Übergangsregelungen, Verordnungsermächtigung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Übertragung von nicht verwendeten Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach § 45b in der bis zum 31.12.2016 geltenden Fassung wird von einem halben Jahr auf ein volles Kalenderjahr ausgeweitet. Soweit Anspruchsberechtigte im Zeitraum vom 01.01.2015 bis zum 31.12.2016 dem Grunde nach die Anspruchsvoraussetzungen nach § 45b Abs. 1 oder Abs. 1a SGB XI in der bis zum 31.12.2016 geltenden Fassung erfüllt haben, aber die Leistungen in diesem Zeitraum nicht oder nicht vollständig ausgeschöpft haben, können sie die nicht verwendeten Leistungsbeträge bis zum 31.12.2017 übertragen. Die Leistungsbeträge können zum einen nachträglich für bezogene Leistungen im Zeitraum vom 01.01.2015 bis zum 31.12.2016 geltend gemacht werden. In diesem Fall muss der Antrag auf nachträgliche Kostenerstattung spätestens bis zum 31.12.2017 gegen Vorlage entsprechender Belege über entstandene Eigenbelastungen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der jeweils bezogenen Leistungen gestellt werden. Zum anderen können die nicht ausgeschöpften Leistungsbeträge für den Bezug von Leistungen nach der ab dem 01.01.2017 geltenden Fassung des § 45b geltend gemacht werden. Dies gilt jedoch nur, sofern und solange der Versicherte ab 01.01.2017 die Anspruchsvoraussetzung des in der Fassung ab diesem Zeitpunkt geltenden § 45b Abs. 1 Satz erfüllt (Vorliegen der Pflegebedürftigkeit, häusliche Pflege).

B) Stellungnahme

Vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Auslegung des Erfordernisses einer Antragsstellung (vgl. Stellungnahme zu § 45b) und der noch nicht flächendeckenden Anerkennung von Entlastungsangeboten durch die Rechtsverordnungen, ist eine einmalige Ausweitung der Übertragbarkeit von nicht in Anspruch genommenen zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen grundsätzlich nachvollziehbar. Die Ausweitung der Übertragbarkeit kann sich dabei jedoch nur auf die Leistungsansprüche im Zeitraum vom 01.01.2016 bis 31.12.2016 beschränken. Leistungsansprüche aus dem Zeitraum vom 01.01.2015 bis zum 31.12.2015 konnten gemäß § 45b Abs. 2 Satz 2 bis zum 30.06.2016 übertragen werden. Danach sind nicht verwendete Leistungsbeträge aus dem Jahr 2015 verfallen. Intention des Gesetzgebers ist die zeitliche Ausweitung der bisherigen Regelung des § 45b Abs. 2 Satz 2 um ein weiteres halbes Jahr. Die Regelung der Übertragbarkeit stellt dabei auf im Zeitpunkt der Übertragbarkeit bestehende Leistungen ab. Insoweit läuft die Ausweitung der Übertrag-

barkeit von Leistungsansprüchen nach § 45b in der bis zum 31.12.2016 geltenden Fassung für das Jahr 2015 ins Leere.

C) Änderungsvorschlag

Absatz 3 ist wie folgt zu fassen:

„(3) Soweit Versicherte im Zeitraum vom 1. Januar 2016 ~~2015~~ bis zum 31. Dezember 2016 die Anspruchsvoraussetzungen nach § 45b Absatz 1 und 1a in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung erfüllt haben und ab dem 1. Januar 2017 die Anspruchsvoraussetzungen nach § 45b Absatz 1 Satz 1 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung erfüllen, können sie Leistungsbeträge nach § 45b, die sie in der Zeit vom 1. Januar 2016 ~~2015~~ bis zum 31. Dezember 2016 nicht zum Bezug von Leistungen nach § 45b Absatz 1 Satz 6 in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung genutzt haben, bis zum 31. Dezember 2017 zum Bezug von Leistungen nach § 45b Absatz 1 Satz 3 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung einsetzen. Die in Satz 1 genannten Mittel können ebenfalls zur nachträglichen Kostenerstattung für Leistungen nach § 45b Absatz 1 Satz 6 in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung genutzt werden, die von den Anspruchsberechtigten in der Zeit vom 1. Januar 2016 ~~2015~~ bis zum 31. Dezember 2016 bezogen worden sind. Die Kostenerstattung nach Satz 2 ist bis zum Ablauf des 31. Dezember 2017 zu beantragen. Dem Antrag sind entsprechende Belege über entstandene Eigenbelastungen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der bezogenen Leistungen beizufügen.“

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 29

§ 145 Besitzstandsschutz für pflegebedürftige Menschen mit Behinderung in häuslicher Pflege

A) Beabsichtigte Neuregelung

Pflegebedürftige Menschen mit Behinderung, die am Stichtag des 01.01.2017 nicht unter die heutige Regelung des § 43a SGB XI (Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe) fallen, sondern den vollen Anspruch auf Leistungen bei häuslicher Pflege nach §§ 36 ff. haben, sollen diesen auch mit Inkrafttreten der neuen Regelung des § 43a zum 01.01.2020 behalten.

B) Stellungnahme

Die Regelung verschafft den Betroffenen Rechtsicherheit und wird befürwortet.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 5 (Änderung der Bundesärzteordnung)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Bundesärzteordnung wird hinsichtlich der Ausstellung eines Europäischen Berufsausweises ergänzt.

Nach § 12 Absatz 3 Satz 1 der Bundesärzteordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. April 1987 (BGBl. I S. 1218) wird hierfür folgender Satz eingefügt:

„Für das Verfahren zur Ausstellung eines Europäischen Berufsausweises ist die Behörde des Landes zuständig, in dem der ärztliche Beruf ausgeübt wird oder ausgeübt werden soll."

B) Stellungnahme

Die Änderung erscheint sachgerecht. Sie dient der erforderlichen Festlegung der Zuständigkeit für die Erteilung des Europäischen Berufsausweises und trägt dem Umstand Rechnung, dass das Gesetz auch das Verfahren zur Ausstellung des Europäischen Berufsausweises umfasst.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 6 (Änderung des Psychotherapeutengesetzes)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Das Psychotherapeutengesetz wird hinsichtlich der Ausstellung eines Europäischen Berufsausweises ergänzt.

Dem § 10 Absatz 1 des Psychotherapeutengesetzes vom 16. Juni 1998 (BGBl. I S. 1311) wird folgender Satz angefügt:

„Für das Verfahren zur Ausstellung eines Europäischen Berufsausweises ist die Behörde des Landes zuständig, in dem der Beruf ausgeübt wird oder ausgeübt werden soll."

B) Stellungnahme

Die Änderung erscheint sachgerecht. Sie dient der erforderlichen Festlegung der Zuständigkeit für die Erteilung des Europäischen Berufsausweises und trägt dem Umstand Rechnung, dass das Gesetz auch das Verfahren zur Ausstellung des Europäischen Berufsausweises umfasst.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 7 (Änderung des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Das Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde wird hinsichtlich der Ausstellung eines Europäischen Berufsausweises ergänzt.

Dem § 16 Absatz 1 des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. April 1987 (BGBl. I S. 1225) wird folgender Satz angefügt:

„Für das Verfahren zur Ausstellung eines Europäischen Berufsausweises ist die Behörde des Landes zuständig, in dem der Beruf des Zahnarztes ausgeübt wird oder ausgeübt werden soll."

B) Stellungnahme

Die Änderung erscheint sachgerecht. Sie dient der erforderlichen Festlegung der Zuständigkeit für die Erteilung des Europäischen Berufsausweises und trägt dem Umstand Rechnung, dass das Gesetz auch das Verfahren zur Ausstellung des Europäischen Berufsausweises umfasst.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 13 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 37 Häusliche Krankenpflege

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a SGB V, der nach aktueller Rechtslage für Versicherte ausgeschlossen ist, die pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind, soll zukünftig nur für pflegebedürftige Versicherte ab dem Pflegegrad 2 ausgeschlossen sein.

B) Stellungnahme

Pflegebedürftige mit dem Pflegegrad 1 haben ab 01.01.2017 einen Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung, der insbesondere auf Beratung, Unterstützung in betreuten Wohngruppen, Pflegehilfsmittel, wohnumfeldverbessernde Maßnahmen und zweckgebundene Leistungen zur Entlastung beschränkt ist (§ 28a SGB XI n. F.). Ein Anspruch auf häusliche Pflegehilfe nach § 36 SGB XI besteht nicht. Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a SGB V umfasst hingegen die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung, sodass bei Versicherten mit Pflegegrad 1 insoweit keine Überschneidungen von gleichwertigen Leistungsansprüchen entstehen. Von daher kann nachvollzogen werden, dass der in § 37 Abs. 1a SGB V verankerte Grundsatz der Nachrangigkeit des Anspruchs auf häusliche Krankenpflege gegenüber den Leistungen der Pflegeversicherung erst ab dem Pflegegrad 2 gelten soll.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 13 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3

§ 39c Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Anspruch auf Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V, der nach aktueller Rechtslage für Versicherte ausgeschlossen ist, die pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind, soll zukünftig nur für pflegebedürftige Versicherte ab dem Pflegegrad 2 ausgeschlossen sein.

B) Stellungnahme

Pflegebedürftige mit dem Pflegegrad 1 haben ab 01.01.2017 einen Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung, der insbesondere auf Beratung, Unterstützung in betreuten Wohngruppen, Pflegehilfsmittel, wohnumfeldverbessernde Maßnahmen und zweckgebundene Leistungen zur Entlastung beschränkt ist (§ 28a SGB XI n. F.). Ein Anspruch auf Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI besteht nicht, sodass bei Versicherten mit Pflegegrad 1, die die Voraussetzungen für einen Anspruch auf Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V erfüllen, keine Überschneidung von gleichwertigen Leistungsansprüchen vorliegt. Von daher kann nachvollzogen werden, dass der in § 39c SGB V verankerte Grundsatz der Nachrangigkeit des Anspruchs auf Kurzzeitpflege aus dem SGB V gegenüber den Leistungen der Pflegeversicherung erst ab dem Pflegegrad 2 gelten soll.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 13 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

§ 132a Versorgung mit häuslicher Krankenpflege

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die vertragsrechtlichen Regelungen zur häuslichen Krankenpflege in § 132a Abs. 2 SGB V sollen um Festlegungen ergänzt werden, nach denen die Leistungserbringer zur Teilnahme an Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) verpflichtet sind. Ferner sollen sie gegenüber der Krankenkasse zur Anzeige der Versorgung von (mindestens zwei) Versicherten in einer durch den Leistungserbringer oder einen Dritten organisierten Wohneinheit (z. B. Wohngemeinschaft für Beatmungspatienten) verpflichtet werden, wenn aufgrund eines erhöhten Pflegeaufwands oder einer Bedrohung von Vitalfunktionen die ununterbrochene Anwesenheit einer Pflegefachkraft erforderlich ist.

B) Stellungnahme

Die Regelungen stehen im Zusammenhang mit der Erweiterung der Prüfaufgaben des MDK durch § 275b SGB V (n. F.) und sollen mit entsprechend angepassten Regelungen in § 114 SGB XI n. F. (s. Artikel 1, Nr. 21) insgesamt sicherstellen, dass Leistungserbringer der häuslichen Krankenpflege unabhängig von den jeweiligen Vertragsbeziehungen und dem jeweiligen Versorgungssetting in Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen einbezogen werden. Damit sollen Prüflücken geschlossen werden, auch um Unregelmäßigkeiten in der Abrechnung von Pflegeleistungen besser entgegentreten zu können. Dies wird begrüßt.

Die vorgesehene Regelung in § 132a Abs. 2 Satz 10 2. Halbsatz SGB V n. F., wonach die Vorschriften zur Regelprüfung nach § 114 Abs. 2 SGB XI unberührt bleiben, folgt der Systematik, dass nur für Leistungserbringer mit Verträgen nach § 132a SGB V, die keiner Regelprüfung nach § 114 Abs. 2 SGB XI unterliegen, Prüfungen nach § 275b Abs. 1 SGB V n. F. veranlasst werden können. Für Leistungserbringer, die nach ihren vertraglichen Regelungen sowohl Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V als auch Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI erbringen, gelten somit die Vorschriften für Regelprüfungen nach § 114 Abs. 2 SGB XI. Die Eingrenzung, dass (nur) die Vorschriften zur Regelprüfung nach § 114 Abs. 2 SGB XI unberührt bleiben, kann zu der Rechtsauslegung führen, dass bei Anlass- oder Wiederholungsprüfungen nach dem SGB XI Leistungen der häuslichen Krankenpflege nicht Prüfgegenstand sind. Dies ist erkennbar nicht die Zielsetzung und wäre nicht sachgerecht. Deshalb sollte ohne weitere Eingrenzungen klargestellt werden, dass § 114 SGB XI unberührt

bleibt. Mit den Regelungen des § 275b Abs. 1 Satz 2 und 3 SGB V n. F. wird ausreichend sichergestellt, dass anlassbezogene Doppelprüfungen eines Pflegedienstes vermieden werden.

§ 132a Abs. 2 Satz 11 SGB V n. F. sieht in bestimmten Fallgestaltungen der Erbringung von behandlungspflegerischen Leistungen für mindestens zwei Versicherte in organisierten Wohneinheiten eine Anzeigepflicht des Leistungserbringers gegenüber der Krankenkasse vor. Dies führt zu mehr Transparenz und wird begrüßt. Damit die erwünschte Transparenz hergestellt wird, sollte klargestellt werden, dass die Anzeige versichertenbezogen zu erfolgen und bei einer durch Dritte organisierten Wohneinheit Angaben zu dem Träger zu enthalten hat. Darüber hinaus sollte bei der gesetzlichen Definition der für die Anzeigepflicht relevanten Fallgestaltungen die Formulierung „einer Bedrohung der Vitalfunktionen“ ersetzt werden durch „einer drohenden Störung der Vitalfunktionen“.

C) Änderungsvorschläge

§ 132a Abs. 2 Satz 10 2. Halbsatz SGB V n. F. wird wie folgt gefasst:

„§ 114 des Elften Buches bleibt unberührt.“

In § 132a Abs. 2 Satz 11 SGB V n. F. werden hinter dem Wort „Krankenkasse“ das Wort „versichertenbezogen“ eingefügt und die Worte „einer Bedrohung der Vitalfunktionen“ durch die Worte „einer drohenden Störung der Vitalfunktionen“ ersetzt.

Nach § 132a Abs. 2 Satz 11 SGB V n. F. wird folgender Satz eingefügt:

„Bei einer durch Dritte organisierten Wohneinheit umfasst die Anzeige auch die Angabe des Namens und der Adresse des Dritten.“

Artikel 13 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5

§ 275b Durchführung und Umfang von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege durch den Medizinischen Dienst

A) Beabsichtigte Neuregelung

Für Leistungserbringer der häuslichen Krankenpflege, die keiner Regelprüfung nach § 114 Abs. 2 SGB XI unterliegen, weil sie nur Leistungen der häuslichen Krankenpflege und keine Pflegesachleistungen nach dem SGB XI erbringen, sollen im Auftrag der Landesverbände der Krankenkassen Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen als Regelprüfungen durch die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) in Anlehnung an entsprechende Prüfungen nach §§ 114 SGB XI eingeführt werden. Darüber hinaus sollen die Krankenkassen und die Landesverbände der Krankenkassen berechtigt werden, auch anlassbezogene Prüfungen durch den MDK durchführen zu lassen. Das Prüfrecht in Form der Anlassprüfungen ist nicht auf Leistungserbringer beschränkt, die ausschließlich Leistungen der häuslichen Krankenpflege erbringen. Gegenstand der Prüfungen sind die Beurteilungen, ob die Leistungs- und Qualitätsanforderungen nach dem SGB V und nach den abgeschlossenen vertraglichen Vereinbarungen für Leistungen nach § 37 SGB V erfüllt sind und ob die Abrechnung ordnungsgemäß erfolgt ist. Das Nähere zu den Prüfungen soll der GKV-Spitzenverband in Richtlinien regeln.

Darüber hinaus werden die Prüf- und Zutrittsrechte der MDK sowie die Mitwirkungspflicht der Leistungserbringer geregelt. Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen hat die Erfahrungen und Ergebnisse dieser neuen Prüfaufgaben in den Prüfbericht nach § 114a Abs. 6 SGB XI einzubeziehen.

B) Stellungnahme

Mit der Erweiterung der Prüfrechte und -pflichten sowie entsprechend angepassten Regelungen in § 114 SGB XI n. F. (s. Artikel 1, Nr. 21) sollen Regelungslücken geschlossen werden, die es einzelnen Leistungserbringern ermöglicht haben, sich Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen zu entziehen. Die dazu vorgesehenen Regelungen sind insgesamt sachgerecht und geeignet, um notwendige Prüfroutinen und für alle Leistungserbringer vergleichbare Rahmenbedingungen zu entwickeln. Ungeachtet dessen sollten nachfolgende Änderungen bzw. Klarstellungen im Gesetzeswortlauf vorgenommen werden.

In Bezug auf die Richtlinie, die der GKV-Spitzenverband nach § 282 SGB V zur Regelung des Näheren der Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen zu erlassen hat, sind die Regelungen zu den Beteiligungsrechten bestimmter Organisationen unklar. Es wird ausgeführt, dass insoweit § 114a Abs. 7 Satz 5 bis 8 und 11 SGB XI mit der Maßgabe entsprechend gilt, dass auch den für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben ist. Nach dem Gesetzeswortlaut wären damit u. a. der Verband der privaten Krankenversicherung e.V., die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene zu beteiligen. Lediglich in der Begründung zum Gesetzentwurf werden die Beteiligungsrecht zutreffend auf Organisationen beschränkt, die von der Erbringung von HKP-Leistungen für Krankenkassen betroffen sind und explizit ausgeführt, dass die Richtlinie für den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. nicht gilt. Zur Vermeidung von Rechtsunsicherheit sollten die Beteiligungsrechte eindeutig im Gesetzeswortlaut festgelegt werden.

Zudem ist zu berücksichtigen, dass ein Verweis auf § 114a Abs. 7 Satz 11 SGB XI zur Regelung der Verbindlichkeit der Richtlinie für den MDK nicht erforderlich ist; diese ergibt sich bereits aus dem gesetzlichen Auftrag in § 282 Abs. 2 Satz 3 SGB V, Richtlinien zur Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung zu erlassen. Ein Verweis auf § 114a Abs. 7 Satz 11 SGB XI könnte deshalb in der Rechtsinterpretation – in Bezug auf andere Richtlinien nach § 282 Abs. 2 Satz 3 SGB V – zu erkennbar nicht beabsichtigten Zweifeln über die generelle Verbindlichkeit von Richtlinien nach § 282 SGB V für die MDK führen.

In § 275b Abs. 2 SGB V n. F. werden insbesondere die Prüf- und Zutrittsrechte der MDK sowie die Mitwirkungspflicht der Leistungserbringer geregelt. In Bezug auf die Mitwirkungspflicht sollten vor dem Hintergrund der bekannt gewordenen Praxis einzelner Pflegedienste, Einfluss auf betroffene Versicherte durch standardisiert formulierte Ablehnungen der Einwilligung in Inaugenscheinnahmen und Befragungen zu nehmen, ergänzende Regelungen zur gebotenen Neutralität sowie zur Unterstützung einer ordnungsgemäßen Prüfung von Seiten des Leistungserbringers ergänzt werden. So sollte dem MDK durch eine Pflicht des Leistungserbringers zur vollständigen Offenlegung von Namen und Kontaktdaten der betroffenen Versicherten die Möglichkeit eröffnet werden, mögliche Einflussnahmen der Leistungserbringer zu überprüfen und die Versicherten aufzuklären.

Da in § 275b Abs. 2 Satz 1 SGB V n. F. bereits ein allgemeiner Verweis auf die entsprechende Anwendung des § 114a Abs. 1 bis 3a SGB XI erfolgt, ist die Regelung in § 275b Abs. 2 Satz 7 SGB V n. F., wonach für die Einwilligung der Betroffenen § 114a Abs. 3 Satz 5 SGB XI gilt, als Doppelung zumindest missverständlich. Eine erneute Regelung zur Geltung des § 114a Abs. 3 SGB XI wäre sachgerecht, wenn sich diese Aussage unmittelbar auf die Regelung in § 275b

Abs. 2 Satz 6 SGB V n. F. zur Gewährung von Einsicht in personenbezogene Daten beziehen würde. Um einen solchen Bezug herzustellen sollte § 275b Abs. 2 Satz 7 SGB V n. F. als 2. Halbsatz in § 275b Abs. 2 Satz 6 SGB V n. F. integriert werden.

C) Änderungsvorschläge

§ 275b Abs. 1 Satz 4 SGB V n. F. wird wie folgt gefasst:

„§ 114a Absatz 7 Satz 5 und 8 des Elften Buches gilt entsprechend."

Nach § 275b Abs. 1 Satz 4 SGB V n. F. wird folgender Satz eingefügt:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene und die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene zu beteiligen; für die Beteiligung gilt § 114a Absatz 7 Satz 7 des Elften Buches entsprechend."

§ 275b Abs. 1 Satz 5 SGB V n. F. wird § 275b Abs. 1 Satz 6 SGB V n. F.

§ 275b Abs. 2 Satz 5 SGB V n. F. wird wie folgt gefasst:

„Der Leistungserbringer, mit dem die Krankenkassen Verträge nach § 132a Absatz 2 abgeschlossen haben, ist zur Mitwirkung bei den Prüfungen nach Absatz 1 <u>und zur Neutralität im Hinblick auf die Einholung der Einwilligungen der Betroffenen nach § 114 Absatz 3 Satz 5 des Elften Buches verpflichtet</u>; er hat dem Medizinischen Dienst <u>vollständigen</u> Zugang zu <u>den Namen und Kontaktdaten der Betroffenen</u>, zu den Räumen und den Unterlagen zu verschaffen sowie die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass der Medizinische Dienst die Prüfungen nach Absatz 1 ordnungsgemäß durchführen kann."

In § 275b Abs. 2 Satz 6 SGB V n. F. ist der Punkt am Ende des Satzes durch ein Semikolon zu ersetzen. In § 275b Abs. 2 Satz 7 SGB V n. F. wird das Wort „Für" durch das Wort „für" ersetzt und dieser Satz als 2. Halbsatz an Satz 6 angefügt. Satz 8 wird zu Satz 7.

Artikel 13 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6

§ 281 Finanzierung und Aufsicht

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die bei den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung (MDK) entstehenden Aufwendungen für Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen nach § 275b SGB V sollen in die Umlagefinanzierung der MDK einbezogen werden.

B) Stellungnahme

Der Einbezug der MDK-Aufwendungen für Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen nach § 275b SGB V in die Umlagefinanzierung der MDK ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 13 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 7

§ 302 Abrechnung der sonstigen Leistungserbringer

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bei der Abrechnung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege (HKP) nach § 37 SGB V soll zukünftig zusätzlich zu den Angaben nach § 302 Abs. 1 Satz 1 SGB V auch die „Zeit der Leistungserbringung" angegeben werden.

B) Stellungnahme

Nach der geltenden Fassung des § 302 Abs. 1 SGB V sind in der Abrechnung von Leistungen der HKP insbesondere die erbrachten Leistungen nach Art, Menge und Preis zu bezeichnen und der Tag der Leistungserbringung sowie die Arztnummer des verordnenden Arztes und bestimmte Angaben der Verordnung anzugeben. Die Angabe lediglich des Tages der Leistungserbringung ohne die konkrete Zeit, in der die Leistungen der HKP erbracht wurden, ist als zahlungsbegründende Unterlage, die eine Plausibilisierung abgerechneter Leistungen ermöglichen muss, nicht ausreichend. So ist z. B. im Zusammenhang mit der Abrechnung von Leistungen, für die Zeitvergütungen oder unterschiedliche Vergütungen zu verschiedenen Tages-/Nachtzeiten vertraglich vereinbart sind, die konkrete Angabe der Zeit der Leistungserbringung erforderlich. Vor diesem Hintergrund ist die vorgesehene Ergänzung der verpflichtenden Angabe der Zeit der Leistungserbringung zu begrüßen. Die Regelung ist jedoch nicht ausreichend bestimmt und bedarf zur Vermeidung von Rechtsunsicherheit der Konkretisierung, dass die tatsächlichen Anfangs- und Endzeiten der Leistungserbringung anzugeben sind. Anderenfalls wird es weiterhin unterschiedliche Rechtsinterpretationen geben, bis hin zu der Fehlinterpretation, dass die Zeit der Leistungserbringung mit der Dauer der Leistungserbringung oder der Tageszeit (morgens, mittags, abends) gleichgesetzt wird.

In der Begründung zum Gesetzentwurf wird ausgeführt, dass die vorgesehene Regelung der Regelung für die Abrechnung ambulanter Pflegeleistungen mit den Pflegekassen nach § 105 SGB XI entspricht. Entsprechend sieht die Technische Anlage zur Regelung des Datenträgeraustausches gemäß § 105 Absatz 2 SGB XI (DTA) bereits vor, dass bei den Einzelbelegen zur Zeitvergütung die Uhrzeit von Beginn und Ende der Leistungserbringung anzugeben ist. Bei den Einzelbelegen zur Leistungskomplexvergütung ist im DTA die Eingabe der Uhrzeit des Beginns der Leistungserbringung eingestellt. Technisch ist zwar im DTA hinterlegt, dass auch bei den Einzelbelegen zur Leistungskomplexvergütung die Uhrzeit von Beginn und Ende der Leistungserbringung eingegeben werden kann, aber nur, sofern die entsprechenden Ver-

einbarungen getroffen worden sind. Die Parteien der Rahmenverträge nach § 75 SGB XI auf Landesebene konnten das Weitere zur Abrechnung der Entgelte für die Pflege bislang aber aufgrund der Weigerung von Leistungserbringerorganisationen, im Rahmen der Abrechnung einsatzbezogene Anfangs- und Endzeiten anzugeben, nicht einvernehmlich regeln. Hieran wird deutlich, dass ein Abstellen im Gesetzeswortlaut auf die „Zeit der Leistungserbringung" nicht ausreichend konkret ist.

In der Begründung zum Gesetzentwurf wird weiterhin ausgeführt, dass nicht die Anfangs- und Endzeiten jeder einzelnen Leistung, sondern die Zeit der Leistungserbringung bezogen auf alle in einem zeitlichen Zusammenhang bei einem Versicherten erbrachten Leistungen des Pflegedienstes anzugeben sind. Dies ist nachvollziehbar. Dieser Aspekt sollte jedoch nicht dazu führen, dass im Gesetzeswortlaut auf die Konkretisierung der Zeit der Leistungserbringung durch Anfangs- und Endzeit verzichtet wird. Hinweise in der Gesetzesbegründung, dass bei Erbringung unterschiedlicher Leistungen der häuslichen Krankenpflege innerhalb eines Pflegeeinsatzes die Anfangs- und Endzeit des Pflegeeinsatzes und nicht jeder einzelnen Leistung innerhalb des Pflegeeinsatzes anzugeben ist, sind insoweit ausreichend. Diese Interpretation entspricht im Übrigen bereits der heutigen Technischen Anlage zur Richtlinie nach § 302 SGB V, indem bezogen auf den Hausbesuch/den Einsatz der Beginn und das Ende des Einsatzes z. B. als Echtzeit anzugeben ist (der beispielhafte Hinweis auf die Echtzeit ist Ausdruck unterschiedlicher vertraglicher Regelungen).

Auch um Unregelmäßigkeiten in der Abrechnung von Pflegeleistungen noch besser entgegentreten zu können, ist nicht lediglich die Zeit der Leistungserbringung insgesamt, sondern vielmehr die Anfangs- und Endzeit der vereinbarten Leistungserbringung bezogen auf alle bei einem Versicherten erbrachten Leistungen des Pflegedienstes anzugeben. Nur die zusätzliche Angabe der Anfangs- und Endzeiten des Einsatzes eines Pflegedienstes ermöglicht es, bei der zur Klärung von Auffälligkeiten im Einzelfall notwendigen Zusammenführung der Abrechnungsdaten von mehreren Versicherten verschiedener Krankenkassen festzustellen, ob die abgerechneten Leistungen in der angegebenen Zeit des Einsatzes plausibel erbracht werden können. Fehlerhafte Abrechnungen können daher schneller identifiziert werden.

Die einsatzbezogene Aufzeichnung der Anfangs- und Endzeiten ist die unabdingbare Grundlage um nachzuvollziehen, in welchem Umfang tatsächlich Leistungen von einer Pflegekraft erbracht werden. Nur wenn auch Beginn und Ende der Leistungserbringung fixiert werden, kann Fehlverhalten wie Leistungsmissbrauch oder Abrechnungsbetrug mittels Erstellung von Tagesprofilen letztlich auch gerichtsfest nachgewiesen werden. Diese Aufzeichnungspflicht ist zudem für die notwendige Sanktionierung von Vertragsverstößen unabdingbar.

C) Änderungsvorschlag

§ 302 Abs. 1 Satz 2 SGB V n. F. wird wie folgt gefasst:

„Bei der Abrechnung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 ist zusätzlich zu den Angaben nach Satz 1 die Anfangs- und Endzeit der Leistungserbringung anzugeben."

Artikel 15 (Änderung der Pflegestatistik-Verordnung)

Nr. 1 a)

§ 2 Absatz 1

A) Beabsichtigte Neuregelung

aa) Der mit gleichem Gesetz vorgesehenen Änderung des § 109 SGB XI wird auch in der daraus resultierenden Verordnung Rechnung getragen.

Zur verbesserten regionalen Bedarfsplanung soll zukünftig auch der Wohnort des Pflegebedürftigen vor dem Einzug in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung durch die Einrichtung übermittelt werden.

bb) Aus dem mit dem Pflegestärkungsgesetz II beschrittenen Übergang von Pflegestufen zu Pflegegraden ergibt sich gleichsam eine Änderung für die Darstellung in der Pflegestatistik.

B) Stellungnahme

aa) Die vorgesehene Erweiterung der Meldeverpflichtung widmet sich ausschließlich der Verpflichtung der Pflegeeinrichtungen. Von den Darstellungen sind die Träger der sozialen Pflegeversicherung insofern nicht direkt betroffen.

bb) Die vorgesehene folgerichtige Anpassung der Meldeverpflichtung widmet sich ausschließlich der Verpflichtung der Pflegeeinrichtungen. Von den Darstellungen sind die Träger der sozialen Pflegeversicherung insofern nicht direkt betroffen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 15 (Änderung der Pflegestatistik-Verordnung)

Nr. 1 b)

§ 2 Absatz 2

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die mit dem Pflegestärkungsgesetz II erfolgte Streichung des § 123 SGB XI und der damit einhergehende Wegfall der gesonderten Betrachtung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz führt zu einer entsprechenden Anpassung der Erhebungsmerkmale.

B) Stellungnahme

Die Reduzierung der Erhebungsmerkmale entspricht dem aktuellen Stand des SGB XI und ist somit folgerichtig.

C) Änderungsvorschlag:

Keiner.

Artikel 15 (Änderung der Pflegestatistik-Verordnung)

Nr. 2 und Nr. 3

§ 3 bzw. § 7

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die statistischen Ämter sind darauf angewiesen, unter Nutzung aller Kommunikationswege mit der Ansprechperson in der Pflegeeinrichtung in Kontakt zu treten. Die Angaben zu den für Rückfragen zur Verfügung stehenden Personen sollen unter Berücksichtigung einschlägiger Kommunikationsmedien nicht nur deren Namen und Telefonnummern, sondern auch weitere Angaben wie E-Mail-Adressen vorsehen.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Erweiterung der Meldeverpflichtung widmet sich ausschließlich der Verpflichtung der Pflegeeinrichtungen. Von den Darstellungen sind die Träger der sozialen Pflegeversicherung insofern nicht direkt betroffen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

III. Ergänzender Änderungsbedarf

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 17 Richtlinien der Pflegekassen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Im Rahmen des PSG II wurde in § 17 Abs. 1a die Richtlinienkompetenz des GKV-Spitzenverbandes bzgl. der Pflegeberatungs-Richtlinien und die unmittelbare Verbindlichkeit dieser Richtlinien für sämtliche bis dahin mit der Pflegeberatung nach § 7a SGB X betrauten Pflegeberatungsstellen geregelt. Mit diesem Gesetz werden in § 7b weitere kommunale Beratungsstellen benannt, bei denen der Versicherte die Pflegeberatung in Anspruch nehmen kann. Gemäß § 7b Abs. 2a Satz1 – neu – haben diese kommunalen Beratungsstellen die Pflegeberatungsrichtlinien nach § 17 Abs. 1a ebenfalls zu beachten.

B) Stellungnahme

Zur Klarstellung der Verbindlichkeit der Pflegeberatungsrichtlinien und der Gleichwertigkeit mit den weiteren Beratungsstellen, bei denen der Versicherte eine Pflegeberatung zulasten der Pflegekasse in Anspruch nehmen kann, sollten die kommunalen Beratungsstellen hier neben den bisherigen Beratungsstellen ausdrücklich aufgeführt werden.

C) Änderungsvorschlag

Abs. 1a Satz 1 wird wie folgt ergänzt:

Nach den Wörtern und Ziffern: „der Beratungsstellen nach § 7b Absatz 1 Satz 1„ wird ein Komma und anschließend das Wort und die Ziffern „Absatz 2a“ eingefügt.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 18 Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

A) Beabsichtigte Neuregelung

Abs. 1 Satz 1 regelt, dass der MDK der Pflegekasse das Ergebnis seiner Prüfung unverzüglich zu übermitteln hat. Hiermit kann schon nach der heutigen Formulierung nur das Gutachten selbst gemeint sein. Dies sollte gesetzlich klargestellt werden.

B) Stellungnahme

Bei der vorgeschlagenen Änderung handelt es sich um eine Klarstellung, dass das Ergebnis der Prüfung durch die Übersendung des Gutachtens an die Pflegekasse zu übermitteln ist. Denn gerade das Gutachten stellt das Ergebnis der gutachterlichen Arbeit dar, welches die Pflegekasse benötigt, um ihrem gesetzlichen Auftrag nachzukommen, eigenverantwortlich über den Antrag auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit und alle weiteren Anträge auf Pflegeleistungen zu entscheiden, diese Entscheidung zu begründen und ggf. in einem Rechtsstreit durchzusetzen. Die Ermittlungen des Gutachters dienen der Pflegekasse hierbei als Entscheidungsgrundlage und der am Ende des Gutachtens festgestellte Pflegegrad als Empfehlung, welcher die Pflegekasse in der Regel folgt.

Die Klarstellung harmoniert auch mit der Regelung des § 18 Abs. 6a SGB XI, nach welcher der MDK gegenüber der Pflegekasse in seinem Gutachten konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung abzugeben hat, die dann als Antrag gelten, sofern der Versicherte zustimmt. Die Zustimmung erfolgt gegenüber dem Gutachter im Rahmen der Begutachtung und wird im Begutachtungsformular schriftlich dokumentiert. Der Wortlaut der Regelung, die der Vereinfachung im Antragsverfahren zwischen Versicherten und den Kranken- und Pflegekassen dient, lässt keinen Zweifel daran, dass die Pflegekassen das Gutachten zu erhalten haben, um den Antrag zu bearbeiten.

C) Änderungsvorschlag

Abs. 1 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter haben der Pflegekasse das Ergebnis seiner oder ihrer Prüfung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit unverzüglich durch Übersendung des Gutachtens zu übermitteln.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 45a Abs. 4 Angebote zur Unterstützung im Alltag, Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags (Umwandlungsanspruch), Verordnungsermächtigung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Pflegebedürftige mit mindestens Pflegegrad 2, die bis zu 40 % des Pflegesachleistungsbetrags nach § 36 Abs. 3 für Angebote zur Unterstützung im Alltag umwandeln, können nach der Maßgabe des § 37 Abs. 3 bis 5 und 7 und 8 einen Beratungsbesuch in Anspruch nehmen. Ein verpflichtender Beratungseinsatz entfällt.

B) Stellungnahme

Eine Pflicht zur Durchführung eines Beratungseinsatzes beim Umwandlungsanspruch ist entbehrlich. Es ist nicht nachvollziehbar, dass bei dem Bezug von Pflegegeld Pflegesachleistungsbezieher zwar einen Anspruch auf einen Beratungsanspruch haben, aber keine Pflicht hierzu besteht, zugleich aber eine Pflicht zu einem Beratungstermin beim Umwandlungsanspruch besteht. In beiden Fällen wird der Pflegesachleistungsbetrag in Anspruch genommen, nur bei einem Umwandlungsanspruch soll die Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege nachgewiesen werden. Vor dem Hintergrund, dass mit Einführung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs die Betreuungsleistungen als gleichwertige Leistungen neben den pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung gelten, ist die Pflicht eines Beratungseinsatzes noch weniger nachvollziehbar. Um dennoch dem Pflegebedürftigen eine Hilfestellung bei der häuslichen Pflege und der Kombinationsmöglichkeiten der unterschiedlichen Leistungen zu ermöglichen, wird ein Anspruch auf einen Beratungseinsatz nach Maßgabe des § 37 Abs. 3 bis 5 und 7 und 8 eingeräumt.

C) Änderungsvorschlag

Abs. 4 Satz 6 wird wie folgt geändert:

„Beziehen Anspruchsberechtigte die Leistungen nach Satz 1, <u>können sie halbjährlich einmal einen Beratungsbesuch in Anspruch nehmen. Die Durchführung des Beratungseinsatzes findet unter der Maßgabe des § 37 Abs. 3 bis 5 und 7 und 8 statt.</u>“

Abs. 4 Satz 6, 2 Halbsatz ist zu streichen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 72 Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Voraussetzung zum Abschluss von Versorgungsverträgen mit Pflegeeinrichtungen nach § 72 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 über die Gewähr für die Zahlung einer in Pflegeeinrichtungen ortsüblichen Arbeitsvergütung an ihre Beschäftigten, soweit diese nicht von einer Verordnung über Mindestentgeltsätze erfasst sind, wird gestrichen.

B) Stellungnahme

Die gesetzliche Zielsetzung der Zulassungsvoraussetzung der ortsüblichen Arbeitsvergütung konnte weitgehend durch die zwischenzeitliche Einführung des Pflege-Mindestlohns und des allgemeinen Mindestlohns erreicht werden. (Siehe auch unter Nr.16 c und d)

C) Änderungsvorschlag

Im § 72 Absatz 3 Satz 1 Nr. 3 werden die Wörter „sowie eine in Pflegeeinrichtungen ortsübliche Arbeitsvergütung an ihre Beschäftigten zahlen, soweit diese nicht von einer Verordnung über Mindestentgeltsätze aufgrund des Gesetzes über zwingende Arbeitsbedingungen für grenzüberschreitend entsandte und für regelmäßig im Inland beschäftigte Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen (Arbeitnehmer-Entsendegesetz) erfasst sind“ gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 79a Abrechnungsprüfungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es wird im Abschnitt Wirtschaftlichkeitsprüfungen eine neue Vorschrift eingefügt, die es den Landesverbänden der Pflegekassen erlaubt, bei tatsächlichen Anhaltspunkten eine anlassbezogene Abrechnungsprüfung durchzuführen. dabei hat der GKV-Spitzenverband unter Beteiligung der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, der kommunalen Spitzenverbände, der Vereinigungen der Träger von Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene und der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen die Verfahrensgrundsätze zu beschließen.

B) Stellungnahme

Wie bereits unter Nr. 16b und 17 zu den §§ 75, 79 ausgeführt wird grundsätzlich begrüßt, dass der Gesetzgeber eine zusätzliche anlassbezogene Prüfung von fehlerhaften Abrechnungen von pflegerischer Leistung schaffen will und diese Möglichkeit ferner nun auch auf Erstattungsleistungen zu Lasten der Pflegeversicherung und auf Leistungen für Unterkunft und Verpflegung im stationären Bereich ausweitet. Um der Gefahr einer weichen Kompromisslösung unter den Vertragsparteien auf Landesebene zu entgehen, ist die Schaffung von bundesweit einheitlichen Verfahrensgrundsätzen unter Berücksichtigung von landesspezifischen Gegebenheiten vorzuziehen. Der GKV-Spitzenverband ist daher zu beauftragen, die Verfahrensgrundsätze zu schaffen. Gleichzeitig ist gesetzlich analog der Wirtschaftlichkeitsprüfungen (§ 79 Abs. 2) eine Regelung zu schaffen, die die Träger der Pflegeeinrichtungen unter Androhung der Kündigung des Versorgungsvertrages verpflichtet, die erforderlichen Unterlagen und Auskünfte zu erteilen. (siehe zum Ganzen auch Nr. 16b und 17)

C) Änderungsvorschlag

Die Überschrift des Vierten Abschnittes wird geändert in:

„Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen“

Es wird ein § 79a eingefügt:

„(1) Die Landesverbände der Pflegekassen können eine Abrechnungsprüfung selbst oder durch von ihnen bestellte Sachverständige durchführen lassen, wenn tatsächliche Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die Pflegeeinrichtung fehlerhaft abrechnet. Die Abrechnungsprüfung bezieht sich

1. auf die Abrechnung von Leistungen, die zu Lasten der Pflegeversicherung erbracht oder erstattet werden, sowie

2. auf die Abrechnung der Leistungen für Unterkunft und Verpflegung (§ 87).

(2) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt unter Beteiligung der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, der kommunalen Spitzenverbände, der Vereinigungen der Träger von Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene und der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze für Abrechnungsprüfungen nach Absatz 1. Dabei sind länderspezifische Gegebenheiten zu berücksichtigen. Die Grundsätze sind durch das Bundesministerium für Gesundheit zu genehmigen. Sie sind für die Landesverbände der Pflegekassen oder die von ihnen bestellten Sachverständigen verbindlich.

(3) Die Pflegeeinrichtungen haben die ordnungsgemäße Durchführung der Prüfung zu ermöglichen. Sie sind insbesondere verpflichtet, dem Sachverständigen auf Verlangen die für die Wahrnehmung seiner Aufgaben notwendigen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen.

(4) Die Regelungen der Anlassprüfung nach § 114a bleiben unberührt.“

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 97 Absatz 3 Satz 2 – neu

A) Vorgeschlagene Neuregelung

Aktuelle Erkenntnisse über Betrugspraktiken ambulanter Pflegedienste belegen, dass die gesetzlichen Rahmenbedingungen ergänzt werden müssen, um Abrechnungsbetrug in der Pflege effektiver bekämpfen zu können. Es muss klargestellt werden, dass auch der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) befugt ist, personenbezogene Daten, die von ihm im Rahmen seiner Zuständigkeit erhoben wurden, direkt an die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen der gesetzlichen Pflegekassen zu übermitteln, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen beim Empfänger erforderlich ist.

B) Stellungnahme

Der Deutsche Bundestag hat mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz die Aufhebung der Ankündigungspflicht von Anlassprüfungen des MDK in ambulanten Pflegeeinrichtungen beschlossen (BT-Drs. 18/6688). Nach § 114a Abs. 1 S. 3 SGB XI sollen Anlassprüfungen bei ambulanten Pflegeeinrichtungen zukünftig unangemeldet durchgeführt werden. Insbesondere wenn konkrete Hinweise auf Fehlverhalten im Gesundheitswesen gem. §§ 197a Abs. 2 SGB V, 47a SGB XI vorliegen, sei die Durchführung von unangemeldeten Anlassprüfungen angezeigt. Zum Schutz der Pflegebedürftigen müsse bei konkreten Anhaltspunkten ein unverzügliches Handeln der Pflegekassen möglich sein, um Verdachtsfälle schnell aufklären zu können.

Die aufgedeckten Verdachtsfälle müssen für die Bekämpfung von Fehlverhalten in der gesetzlichen Pflegeversicherung aber auch nutzbar gemacht werden können. Konkrete Hinweise aus Prüfungen des MDK werden bislang häufig nicht unmittelbar an die zuständigen Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen weitergeleitet, weil Rechtsunsicherheiten bestehen, ob dafür bereits über § 97 Abs. 2 SGB XI eine Übermittlungsbefugnis der personenbezogenen Daten hergeleitet werden kann. Dies führt zu der paradoxen Situation, dass MDK-Prüfer zukünftig einen Hinweis auf Fehlverhalten aufdecken, dann aber datenschutzrechtlich gehindert sind, diesen an die zuständige Stelle weiterzuleiten.

Die Notwendigkeit der gesetzlichen Klarstellung der Übermittlungsbefugnis ergibt sich ferner daraus, dass §§ 197a Abs. 3a SGB V, 47a SGB XI bislang keine entsprechende Rechtsgrundlage für den MDK enthalten.

C) Änderungsvorschlag

In § 97 Abs. 3 Satz 2 wird zusätzlich „§ 47a Absatz 2 Satz 1“ eingefügt.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 105 Abrechnung pflegerischer Leistungen

A) Vorgeschlagene Neuregelung

Entsprechend den Ausführungen zu Artikel 13 Nr. 7 müssen auch in § 105 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB XI nach dem Wort „Zeit" die Wörter, „, bei ambulanter Pflege der Anfangs- und Endzeit," eingefügt werden.

B) Stellungnahme

Eine solche Neuregelung hat der Bundesrat bereits im Rahmen seiner Stellungnahme zum Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) gefordert (vgl. BT-Drs. 18/6182, Seite 9) und mit seinen Empfehlungen zum PSG III erneuert (vgl. BR-Drs. 410/1/16).

Die einsatzbezogene Aufzeichnung der Anfangs- und Endzeiten ist in der ambulanten Pflege die unabdingbare Grundlage, um nachzuvollziehen, in welchem Umfang tatsächlich Pflege- und Betreuungsleistungen von einer Pflegekraft erbracht wurden. Nur wenn Beginn und Ende der Leistungserbringung fixiert werden, kann Leistungsmissbrauch oder Abrechnungsbetrug überhaupt gerichtsfest nachgewiesen werden. Diese Aufzeichnungspflicht ist zudem für die gezielte Überprüfung von Vertragsverstößen unabdingbar.

Die Technische Anlage zur Regelung des Datenträgeraustausches gemäß § 105 Absatz 2 SGB XI (DTA) sieht bereits vor, dass bei den Einzelbelegen zur Zeitvergütung die Uhrzeit von Beginn und Ende der Leistungserbringung anzugeben ist. Bei den Einzelbelegen zur Leistungskomplexvergütung ist im DTA die Eingabe der Uhrzeit des Beginns der Leistungserbringung eingestellt. Technisch ist zwar im DTA hinterlegt, dass auch bei den Einzelbelegen zur Leistungskomplexvergütung die Uhrzeit von Beginn und Ende der Leistungserbringung eingegeben werden kann, aber nur, sofern die entsprechenden Vereinbarungen getroffen worden sind. Die Parteien der Rahmenverträge nach § 75 SGB XI auf Landesebene konnten das Weitere zur Abrechnung der Entgelte für die Pflege bislang aber nicht einvernehmlich regeln. Aufgrund der Weigerung von Leistungserbringerorganisationen, im Rahmen der Abrechnung einsatzbezogene Anfangs- und Endzeiten anzugeben, ist ein gesetzlicher Klarstellungsdarf unumgänglich, um Falschabrechnungen kassenseitig identifizieren zu können.

C) Gesetzesvorschlag

In § 105 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB XI werden nach dem Wort „Zeit" die Wörter „, bei ambulanter Pflege der Anfangs- und Endzeit," eingefügt.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es erfolgt eine Klarstellung hinsichtlich der Finanzierungszuordnung der Kosten, die im Zusammenhang mit der Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards entstehen.

B) Stellungnahme

Seit Inkrafttreten des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes beschließen die Vertragsparteien nach § 113 durch den Qualitätsausschuss nach § 113b unter anderem über die Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards. Der Qualitätsausschuss wird hierbei durch die Geschäftsstelle nach § 113b Absatz 6 unterstützt. Die Kosten für die Geschäftsstelle werden aus den Mitteln nach § 8 Absatz 4 finanziert. § 113a Absatz 4 regelt jedoch, dass die Kosten für die Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards als Verwaltungskosten gelten, die vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen und anteilig von den privaten Versichertenunternehmen zu tragen sind. Bei der Finanzierungszuordnung ist somit eine Klarstellung erforderlich. Es wäre sachlich konsequent und fachlich angezeigt, auch die Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards – wie die wissenschaftlichen Aufträge nach § 113b Absatz 4 und die Geschäftsstelle nach § 113b Absatz 6 – aus Mitteln des Ausgleichfonds der Pflegeversicherung nach § 8 Absatz 4 zu finanzieren.

C) Änderungsvorschlag

§ 113a Abs. 4 SGB XI wird wie folgt gefasst: „<u>Die Finanzierung</u> der Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards <u>erfolgt aus Mitteln des Ausgleichfonds der Pflegeversicherung nach § 8 Absatz 4</u>“.

In Folge dessen wird § 8 Absatz 4 Satz 1 SGB XI wie folgt gefasst: „Aus den Mitteln nach Absatz 3 ist ebenfalls die Finanzierung der qualifizierten Geschäftsstelle nach § 113b Absatz 6, der wissenschaftlichen Aufträge nach § 113b Absatz 4 <u>sowie der Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards nach § 113a</u> sicherzustellen.“

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 115a Übergangsregelungen für Pflege-Transparenzvereinbarungen und Qualitätsprüfungs-Richtlinien

A) Beabsichtigte Neuregelung

Um die Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR) an die gesetzlichen Regelungen in der Fassung nach Einführung des PSG III anzupassen (siehe auch Nr. 21), ist eine gesetzliche Grundlage erforderlich. Zudem ist der gesetzliche Auftrag des § 115a in der Form zu erweitern, dass die angepassten QPR eine gesonderte Regelung für die Prüfung von Menschen zu enthalten hat, die aufgrund eines besonders hohen Bedarfs an intensivpflegerischen Versorgung oder einer drohenden Störung ihrer Vitalfunktion einer ununterbrochenen Anwesenheit einer Pflegekraft bedürfen.

B) Stellungnahme

Die geplante Neuregelung des § 114 sieht vor, dass auch Leistungen der häuslichen Krankenpflege in den Qualitätsprüfungen geprüft werden dürfen, unabhängig davon, ob von den Pflegeeinrichtungen Leistungen nach § 36 erbracht werden. Zur Umsetzung dieser Neuregelung sind die Qualitätsprüfungs-Richtlinien unverzüglich anzupassen. Dafür ist eine Rechtsgrundlage zu schaffen, da die Richtlinien zur Durchführung der Prüfung der in Pflegeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114a Absatz 7 kurzfristig nicht zu erwarten sind. Der Absatz 4 ist daher entsprechend zu ändern.

Des Weiteren ist ein gesetzlicher Auftrag zu erteilen, in den Qualitätsprüfungs-Richtlinien eine besondere Regelung für Menschen zu schaffen, die aufgrund eines Bedarfs an intensivpflegerischer Versorgung oder einer drohenden Störung ihrer Vitalfunktion einer ununterbrochenen Anwesenheit einer Pflegekraft bedürfen. Der Gesetzgeber schafft mit dem neu einzuführenden § 275b SGB V grundsätzlich die Möglichkeit einer besonderen Prüfung für Menschen mit intensivpflegerischem Versorgungsbedarf, entzieht mit der konkreten Formulierung jedoch die Möglichkeit der Überprüfung von Leistungen für Menschen dieses Versorgungsbedarfes, wenn diese von einem Pflegedienst versorgt werden, der unter die Regelprüfung nach § 114 SGB XI fällt. Für die Prüfung von Leistungen für Menschen mit intensivpflegerischem Versorgungsbedarf, die durch einen Pflegedienst versorgt werden, der unter die Regelprüfung nach § 114 fällt, gilt die Zufallsstichprobe der Qualitätsprüfung des SGB XI. Es besteht die Gefahr, dass in diesem Zuge keine Pflegebedürftigen mit intensivpflegerischem Bedarf in der Zufallsstichprobe enthalten sind. Deshalb ist für diese Personengruppe, die

nach dem Willen des Gesetzgebers insbesondere der Prüfung bedarf, eine eigene Stichprobe zu bilden.

C) Änderungsvorschlag

Im Absatz 4 werden die Wörter „am 1. Januar 2016“ gestrichen.

Im Absatz 4 wird ein Satz 2 eingefügt:

„Um den Besonderheiten der intensivpflegerischen Versorgung im Rahmen der Prüfung von häuslicher Krankenpflege Rechnung zu tragen, sind in den angepassten Qualitätsprüfungs-Richtlinien Regelungen über die Prüfung von Menschen, die aufgrund eines besonders hohen Bedarfs an intensivpflegerischen Versorgung oder einer drohenden Störung ihrer Vitalfunktion einer ununterbrochenen Anwesenheit einer Pflegekraft bedürfen, vorzusehen.“

Artikel 13 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 38 Haushaltshilfen

A) Vorgeschlagene Neuregelung

Durch Artikel 13 Nr. 2 und 3 soll der Anspruch auf häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a SGB V sowie auf Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V, der nach aktueller Rechtslage jeweils für Versicherte ausgeschlossen ist, die pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind, zukünftig nur für pflegebedürftige Versicherte ab dem Pflegegrad 2 ausgeschlossen sein. Aus Gründen der Rechtssicherheit wird angeregt, eine entsprechende Klarstellung ebenso in § 38 Abs. 1 Satz 3 SGB V aufzunehmen.

B) Stellungnahme

Durch das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) wurden zum 01.01.2016 die bestehenden Leistungsansprüche zur häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V sowie der Haushaltshilfe nach § 38 SGB V mit Blick auf Versorgungskonstellationen wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung erweitert (vgl. u. a. § 38 Abs. 1 Satz 3 und 4 SGB V). Ergänzend wurde für die vorgenannten Fallkonstellationen ein neuer Anspruch auf Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V eingeführt. Ausweislich der jeweiligen Gesetzesbegründungen des KHSG sollte damit dem Umstand Rechnung getragen werden, dass Menschen in den genannten Konstellationen häufig nicht in der Lage sind, sich adäquat mit grundpflegerischen und hauswirtschaftlichen Leistungen zu versorgen. Versicherte bedürften in diesen Situationen daher der Unterstützung, soweit nicht andere, insbesondere im Haushalt lebende Personen dies leisten können. Im Hinblick auf die bestehenden Leistungsvoraussetzungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung und der Sozialen Pflegeversicherung konnte der Versorgungsbedarf der Betroffenen zuvor ausweislich der Gesetzesbegründung nicht immer gedeckt werden.

In Fallgestaltungen, in denen die Versicherten aufgrund einer bestehenden Pflegebedürftigkeit Leistungen nach dem SGB XI erhalten, ist der Anspruch auf Leistungen nach § 37 Abs. 1a SGB V sowie § 39c SGB V entsprechend expliziter Festlegungen in den Gesetzeswortlauten ausgeschlossen. Den diesbezüglichen Regelungen im KHSG insgesamt kann sowohl für die Leistungen der häuslichen Krankenpflege und der Kurzzeitpflege als auch der Haushaltshilfe der allgemeine Grundsatz entnommen werden, dass die Regelungen zur Schließung einer Versorgungslücke im Bereich des SGB V nicht zu einer veränderten Leistungsabgrenzung zwischen Kranken- und Pflegeversicherung führen sollte. Für Pflegebedürftige verbleibt es bei

dem Vorrang der Leistungen der Pflegeversicherung. Dieser Grundsatz wird in der Praxis auch auf die Leistungen der Haushaltshilfe übertragen. Somit ist der Leistungsanspruch nach § 38 Abs. 1 Satz 3 SGB V grundsätzlich ausgeschlossen, sofern bei Versicherten Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI vorliegt, da aufgrund des Anspruchs auf hauswirtschaftliche Versorgung im Rahmen der Leistungen nach dem SGB XI keine Versorgungslücke zu schließen ist. Dies sollte unmittelbar im Gesetzeswortlaut klargestellt und dabei ein Leistungsausschluss ab dem Pflegegrad 2 vorgesehen werden.

C) Gesetzesvorschlag

§ 38 Absatz 1 Satz 3 SGB V wird wie folgt gefasst:

„Darüber hinaus erhalten Versicherte, soweit keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 im Sinne des Elften Buches vorliegt, auch dann Haushaltshilfe, wenn ihnen die Weiterführung des Haushalts wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, nicht möglich ist, längstens jedoch für die Dauer von vier Wochen.“

Artikel 13 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 276 Absatz 2 Satz 5 – neu

A) Vorgeschlagene Neuregelung

Aktuelle Erkenntnisse über Betrugspraktiken ambulanter Pflegedienste belegen, dass die gesetzlichen Rahmenbedingungen ergänzt werden müssen, um Abrechnungsbetrug in der häuslichen Krankenpflege effektiver bekämpfen zu können. Es muss klargestellt werden, dass auch der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) befugt ist, personenbezogene Daten, die von ihm im Rahmen seiner Zuständigkeit erhoben wurden, direkt an die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen der gesetzlichen Krankenkassen zu übermitteln, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen beim Empfänger erforderlich ist.

B) Stellungnahme

Bei seinen Prüfungen erhält der MDK sehr umfassende und tiefgehende Einblicke in Sachverhalte und Zusammenhänge der Leistungserbringung im Gesundheitswesen. Dabei werden dem MDK auch Sachverhalte über das Zusammenwirken von Leistungserbringern aus mehreren Leistungsbereichen im Zusammenhang mit der Behandlung von Patienten auffällig, die ggf. auch Hinweise und Informationen auf eine unzulässige Leistungserbringung, Leistungsabrechnung oder eine unzulässige Zusammenarbeit enthalten können und damit für die Fehlverhaltensbekämpfung der Krankenkassen wertvolle Hinweise für die Einleitung von weitergehenden Ermittlungen und Prüfungen sein können. Die vom MDK aufgedeckten Missstände müssen für die Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen nutzbar gemacht werden können.

Konkrete Hinweise aus Prüfungen des MDK werden bislang aber häufig nicht unmittelbar an die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen weitergeleitet, weil nach wie vor Rechtsunsicherheiten bestehen, ob dafür eine Übermittlungsbefugnis über § 276 Abs. 2 Satz 2 SGB V hergeleitet werden kann. Dies führt zu der paradoxen Situation, dass MDK-Prüfer zwar einen Hinweis auf Fehlverhalten ermitteln, aber datenschutzrechtlich gehindert sind, diesen an die betroffenen Kassen weiterzuleiten.

Die Notwendigkeit der gesetzlichen Klarstellung der Übermittlungsbefugnis ergibt sich ferner daraus, dass auch § 197a Abs. 3a SGB V keine entsprechende Rechtsgrundlage enthält.

C) Änderungsvorschlag

In § 276 Abs. 2 Satz 4 wird zusätzlich „§ 197a Abs. 3a“ eingefügt.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0204(17)
gel. VB zur öAnhörung am 17.10.2016_PSGIII
12.10.2016

Stellungnahme

der Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO)

zum

Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften

(Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III)

BAGSO
Thomas-Mann-Str. 2-4
53111 Bonn
Tel.: 0228 / 24 99 93 0
E-Mail: dorin@bagso.de

Bonn, den 11.10.2016

I. Vorbemerkung

Mit dem Gesetzentwurf eines PSG III sollen

- die Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege umgesetzt,
- der ab dem 1. Januar 2017 in der sozialen Pflegeversicherung geltende neue Pflegebedürftigkeitsbegriff zu diesem Zeitpunkt auch für die Hilfe zur Pflege im SGB XII eingeführt und
- das Verhältnis der Leistungen der Pflegeversicherung und der Hilfe zur Pflege zu den Leistungen der Eingliederungshilfe neu geregelt werden.

Die BAGSO begrüßt die mit dem Gesetzentwurf verfolgten Ziele grundsätzlich, ist aber der Meinung, dass es mit dem vorgelegten Gesetzentwurf nicht hinreichend gelingen wird, die verfolgten Ziele zu erreichen.
Mit dem Gesetzentwurf wird den Kommunen zwar eine stärkere Rolle eingeräumt, dies geht aber nicht weit genug. Eine kommunale Pflegeinfrastrukturpolitik „aus einem Guss“ wird nicht gewährleistet.
Was das Verhältnis der Leistungen der Pflegeversicherung und der Hilfe zur Pflege zu den Leistungen der Eingliederungshilfe anbelangt, steht zu befürchten, dass die geplanten Regelungen zu einem „Verschiebebahnhof“ zuungunsten von Menschen mit Behinderung führen können.

II. Zu den Regelungen im Einzelnen

Zu Artikel 1 – Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

1. Zu Nr. 1 Buchst. b) bb) - § 7 SGB XI-E –

Die Regelung für die Weitergabe der Leistungs- und Preisvergleichslisten ist sehr zu begrüßen. Sie trägt zu mehr Transparenz im Pflegesektor bei. Die von den Landesverbänden der Pflegekassen zu erarbeitenden Nutzungsbedingungen sollten allerdings eine Übermittlung in maschinenlesbarer Form vorsehen, um die in der Begründung genannten Zwecke zu erfüllen.

2. Zu Nr. 3 Buchst. d) - § 7c Abs. 6 SGB XI-E –

§ 7c Abs. 6, bei dem es um die Vereinbarung von Rahmenverträgen zur Arbeit und zur Finanzierung der Pflegestützpunkte geht, wird neu gefasst. Sah die bisherige Regelung vor, dass die Landesverbände der Pflegekassen diese Rahmenverträge mit den weiteren Beteiligten vereinbaren konnten, so müssen sie dies nunmehr. Allerdings werden die (nach Landesrecht zu bestimmenden) Stellen der Altenhilfe

nicht mehr als Beteiligte an den Rahmenverträgen genannt. Angesichts des Ziels, eine bessere Verzahnung mit den Beratungsstrukturen der Altenhilfe zu erreichen, und angesichts der Regelung in § 7c Abs. 2 Satz 3 Nr. 1 SGB XI, wonach die Pflegekassen jederzeit darauf hinzuwirken haben, dass sich die (nach Landesrecht zu bestimmenden) Stellen für die wohnortnahe Betreuung im Rahmen der örtlichen Altenhilfe an den Pflegestützpunkten beteiligen, ist dies nicht nachvollziehbar.

3. Zu Nr. 4 Buchst. c) - § 8a Absätze 2, 3 und 5 SGB XI-E –

Sektorenübergreifende Pflegeausschüsse (§ 8a Abs. 2 SGBXI-E)
Die Länder können sektorenübergreifende Pflegeausschüsse einrichten, in denen die Landesverbände der Pflege-, Kranken- und Ersatzkassen, die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landeskrankenhausgesellschaften mitarbeiten müssen. Aufgabe dieser Ausschüsse ist es, über sektorenübergreifende Zusammenarbeit in der Versorgung zu beraten und einvernehmlich gemeinsame Empfehlungen (soweit landesrechtlich vorgesehen auch zur Erstellung und Fortschreibung von Empfehlungen zur Sicherstellung der pflegerischen Infrastruktur – sog. Pflegestrukturplanungsempfehlungen) abzugeben. Die Länder können dieses Gremium mit dem gemeinsamen Landesgremium nach § 90a SGB V oder dem Landespflegeausschuss zusammenführen.

Eine gute Zusammenarbeit und eine gut funktionierende sektorenübergreifende Verzahnung der Leistungen ist eine wichtige Voraussetzung einer guten Versorgung. Notwendig erscheint in diesem Zusammenhang aber auch die Einbeziehung weiterer Gesundheitsprofessionen (z.B. Pflegeberufe) und insbesondere von Betroffenenverbänden. Deshalb muss (vom Landesgesetzgeber) sichergestellt werden, dass neben den genannten Institutionen auch die Pflegeverbände und die Betroffenenverbände Vertreter in den Landespflegeausschuss entsenden können.

Einvernehmliche Abgabe gemeinsamer Empfehlungen und ihre Einbeziehung in Verhandlungen
Die Empfehlungen der sektorenübergreifenden Pflegeausschüsse und der Regionalen Pflegeausschüsse, an denen die Pflegekassen ebenfalls mitwirken (§ 8a Abs.3 SGB XI-E), müssen einvernehmlich abgegeben werden und sie sollen beim Abschluss der Versorgungs- und Rahmenverträge sowie der Vergütungsverträge von den Vertragspartnern einbezogen werden (§ 8a Abs.3 SGB XI-E).

Die Regelungen sind wichtig für die Beseitigung von Über- und Unterversorgung. Es besteht jedoch die Besorgnis, dass Empfehlungen aufgrund der unterschiedlichen Interessenlagen am Erfordernis der Einvernehmlichkeit scheitern können, weil schon ein einzelner Akteur die Abgabe einer Empfehlung verhindern kann. Dadurch kann die erstrebte kommunale Einflussmöglichkeit gemindert oder verhindert werden.

Die Empfehlungen der genannten Ausschüsse „sollen“ außerdem von den Vertragsparteien beim Abschluss der Versorgungs- und Rahmenverträge und der Vergütungsverträge nur „einbezogen“ werden, sie sind also nicht verbindlich. Auch dies mindert die kommunale Einflussmöglichkeit.

Es sollte erwogen werden, die kommunale Position dadurch zu stärken, dass die Kommunen der Zulassung von Pflegeeinrichtungen durch die Pflegekassen widersprechen können (z.B. der Zulassung einer stationären Pflegeeinrichtung im Fall der Überversorgung mit stationären Pflegeplätzen, insbesondere wenn dadurch die Umsetzung des kommunalen Versorgungskonzepts gefährdet wird). Dies könnte dadurch erreicht werden, indem entweder eine größere Verbindlichkeit angeordnet wird (z.B.: „müssen beachtet werden“) oder der Kontrahierungszwang in § 72 SGB XI aufgelöst und den Kommunen ein Steuerungsrecht eingeräumt wird, indem ihnen ein Mitbestimmungsrecht beim Abschluss der Versorgungsverträge gewährt wird.

4. Zu Nr. 6 Buchst. a) bb) - § 13 Abs. 3 Sätze 3 und 4 SGB XI-E –

Der bisherige Gleichrang zwischen Pflegeversicherungsleistungen und Leistungen der Eingliederungshilfe soll durch eine Vorrang-/Nachrangregelung abgelöst werden. „Im häuslichen Umfeld im Sinne des § 36 der Pflegebedürftigen“ sollen die Leistungen der Pflegeversicherung den Leistungen der Eingliederungshilfe vorgehen, es sei denn, bei der Leistungserfüllung steht die Erfüllung der Aufgaben der Eingliederungshilfe im Vordergrund. Außerhalb des häuslichen Umfelds soll die Eingliederungshilfe den Leistungen der Pflegversicherung vorgehen.

Die (gesetzgeberische) Klärung der Schnittstellenproblematik ist eine schon länger erhobene Forderung in der Fachwelt. Die gefundene Lösung begegnet jedoch einer Reihe von Bedenken. Dies betrifft sowohl den Begriff des häuslichen Umfelds als auch die Frage, wann die Erfüllung der Aufgaben der Eingliederungshilfe im Vordergrund steht. Der Begriff des häuslichen Umfelds wird nicht definiert und lediglich auf § 36 SGB XI verwiesen. Mangels einer eigenen Definition steht zu befürchten, dass Unklarheiten bei der Gesetzesanwendung im Einzelfall zu Nachteilen der Betroffenen führen können. Ähnliche Unklarheiten und nachteilige Folgen für die Betroffenen können sich auch bei der Beurteilung der Frage ergeben, wann die Erfüllung der Aufgaben der Pflegeversicherung und wann die Erfüllung der Aufgaben der Eingliederungshilfe im Vordergrund steht. Im Einzelfall kann das schwer zu entscheiden sein. Für mehr Klarheit würde eine generelle Bestimmung des Verhältnisses der Leistungen untereinander sorgen. In diesem Zusammenhang ist auch zu hinterfragen, ob es angebracht ist, das Verhältnis der Leistungen nach den Kriterien „häuslich“ und „außerhäuslich“ zu bestimmen.

Wir lehnen auch den Vorschlag des Bundesrats ab, die Leistungen der Pflegeversicherung grundsätzlich vorrangig zu den Leistungen der Eingliederungshilfe zu erklären. Der Bundesrat begründet den Vorrang damit, dass die Angebote der Pflegeversicherung und der Eingliederungshilfe immer deckungsgleicher würden und es zahlreiche Überschneidungen gebe. Aus unserer Sicht sind die beiden Leistungen jedoch keineswegs deckungsgleich, denn sie unterscheiden sich bereits in ihren grundlegenden Zielsetzungen und Zweckbestimmungen. Von daher fordern wir den Gleichrang zwischen Pflegeversicherung und Eingliederungshilfe. Auch den Vorschlag der Regelung der Schnittstelle zwischen der Hilfe zur Pflege und der Eingliederungshilfe anhand einer Altersgrenze lehnen wir ab. Menschen mit Behinderungen müssen unabhängig vom Erreichen des Renteneintrittsalters uneingeschränkt ihre Ansprüche auf Eingliederungshilfe geltend machen können. Auch Menschen, die erst im Rentenalter die Anspruchsvoraussetzungen erfüllen, sollten von Leistungen der Eingliederungshilfe profitieren können, z.B. für den Bereich der außerhäuslichen Aktivitäten.

5. Zu Nr. 10 Buchst. b) - § 37 Abs. 8 SGB XI-E –

Die Regelung ermöglicht Kommunen, Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI zu erbringen, allerdings erhalten die Kommunen keine Vergütung für diese Beratungsbesuche.

Die den Kommunen eröffnete Möglichkeit, die nach § 37 Abs. 3 vorgesehenen Beratungsbesuche vorzunehmen, bedeutet für die pflegebedürftigen Personen, einen weiteren Leistungserbringer in Anspruch nehmen zu können – also eine größere Flexibilität -und für die Kommunen, auf diese Weise einen zusätzlichen Einblick in das Pflegegeschehen zu bekommen.
Dass die Kommunen für die Beratungsbesuche aber keine Vergütung erhalten sollen wie andere Leistungserbringer, erschließt sich nicht. Die hierzu vorgetragene Begründung überzeugt nicht. Ergebnis dieser Regelung wird eher sein, dass Kommunen von eigenen Beratungsbesuchen Abstand nehmen und die Regelung ins Leere geht

6. Zu Nr. 22 - § 118 Abs. 1 Sätze 3 bis 6 SGB XI-E –

Die Regelung sieht vor, dass die bisher beratende Position der „auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen“ erweitert wird. Sie sollen im Qualitätsausschuss nach § 113 b SGB XI das Recht erhalten, Anträge zu stellen, und es wird festgelegt, wie mit diesen Anträgen zu verfahren ist. Künftig sollen außerdem ehrenamtlich Tätigen Reisekosten gezahlt werden.

Begrüßt wird, dass die in § 118 genannten Organisationen das Recht erhalten, Anträge zu stellen und festgelegt wird, wie mit diesen Anträgen zu verfahren ist. Sie sollten künftig aber nicht nur beratend tätig sein, sondern Vollmitglieder des Ausschusses werden. Begrüßt wird auch, dass künftig Reisekosten gezahlt werden sollen. Dass dies nur für ehrenamtlich Tätige und nicht für bei den Organisationen angestellte Personen gelten soll, erschließt sich allerdings nicht. Es sollte eine Regelung getroffen werden, wie sie auch beim GBA gilt.
Interessen- und Betroffenenverbände sollten im Übrigen insgesamt größere Beteiligungs-rechte erhalten.

7. Zu Nr. 21 - § 115 Abs. 1a SGB XI

Der geforderte Zugang für Dritte zur nicht gewerblicher Nutzung der Daten, die den Qualitätsdarstellungsvereinbarungen nach § 115 Absatz 1a zu Grunde liegen, wird begrüßt. Die Regelung trägt zu mehr Transparenz im Pflegesektor bei. Die zu vereinbarenden Nutzungsbedingungen müssen allerdings angemessen sein und eine verbraucherfreundliche Aufbereitung der Daten durch Print- und digitale Angebote erlauben. Die Nutzungsbedingungen müssen insbesondere den kriterienorientierten Einrichtungsvergleich ermöglichen, beispielsweise auch mittels sachgerechter Aggregation der Informationen oder durch Filter- und Sortierfunktionen, die der Nutzer steuern kann.

8. Zu Nr. 24 - §§ 123 und 124 SGB XI-E –

Es soll ein Modellprogramm aufgelegt werden, bei dem 60 Kommunen die Beratung nach §§ 7a bis c, § 37 Abs. 3, und § 45 von den Pflegekassen übernehmen und so Beratung zur Pflege, Hilfe zur Pflege, Eingliederungshilfe und Altenhilfe aus einer Hand anbieten können.
Die Durchführung dieses Modellprogramms ist grundsätzlich zu begrüßen. Zu hinterfragen sind aber einzelne Regelungen zur Durchführung.

Nach §123 Absatz 5 Satz 2 SGB XI-E darf der Beitrag der Pflegekassen den Aufwand nicht übersteigen, welcher bei Erbringung durch sie selbst entstehen würde. Dies darf nicht dazu führen, dass bisher gute Beratungsleistungen verschlechtert werden.
In diesem Zusammenhang ist auch zu fragen, ob es gerechtfertigt ist, als Orientierungsgröße für die Berechnungen die zuletzt verfügbaren Werte für die durchschnittlichen Ausgaben je Pflegebedürftigen zu verwenden.

Auch die „Halbe-Halbe-Regelung“ in § 123 Absatz 3 Satz 2 SGB XI-E, wonach bei der Hälfte der Modellvorhaben keine mehrjährigen Erfahrungen in strukturierter

Zusammenarbeit in der Beratung vorhanden sind, sollte überdacht werden. Die Verteilung der auf 60 begrenzten Modellprojekte nach dem Königsteiner Schlüssel kann nämlich dazu führen, dass es mehrere Bundesländer gibt, die nur wenige oder vereinzelte Modellprojekte umsetzen. Dadurch verstärkt sich die Gefahr, dass keine ausreichende Erfahrung dazu gemacht wird, wie besonders benachteiligte Kommunen von der gestärkten kommunalen Verantwortung profitieren können. Gerade Erkenntnisse darüber, was benachteiligten Kommunen hilft, ihre Steuerungskompetenzen auf- und auszubauen, wären aber wichtig, um die Unterschiede in den Kommunen nicht zu verstärken, sondern die Situation in benachteiligten Kommunen durch die gestiegenen kommunalen Mitwirkungsmöglichkeiten zu verbessern. Die bisherige Differenzierung, dass in der Hälfte der zukünftigen Modellkommunen bereits Erfahrungen in der strukturierten Zusammenarbeit mit Beratungsstellen nach dem SGB XII gesammelt wurden und bei den anderen 50% - also bei 30 Modellkommunen - wenige oder keine Erfahrungen vorliegen, bietet noch keine Gewähr dafür, dass sich gezielt auch benachteiligte und strukturschwache Kommunen beteiligen. Es sollte deshalb, etwa durch Vorgabe eines entsprechenden Kriterienkatalogs, sichergestellt werden, dass auch Kommunen aus benachteiligten bzw. strukturschwachen Regionen am Modellprogramm beteiligt werden.

Unklar ist, warum in §123 Absatz 4 SGB XI-E die (unübliche) Formulierung „nach Anhörung der Verbände der Behinderten und Pflegebedürftigen auf Bundesebene“ gewählt worden ist. Wichtig ist es, dass die Betroffenenverbände beteiligt sind. In § 124 Absatz 5 SGB XI-E, in dem die Zusammensetzung des Beirats geregelt ist, fehlen die Betroffenenverbände. Auch sie müssen vertreten sein.

Zu Artikel 2 – Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch

9. Zu Nr. 5 – Siebtes Kapitel. Hilfe zur Pflege –

Zu §63 b Abs. 1 Sätze 1 und 2 SGB XII-E
Bisher bestimmt sich das Verhältnis der Leistungen der Eingliederungshilfe zu den Leistungen der Hilfe zur Pflege danach, welchem Ziel die jeweilige Hilfe dient. Je nach Art der Behinderung kann ein Anspruch sowohl auf Leistungen der Eingliederungshilfe als auch auf Leistungen der Hilfe zur Pflege bestehen.

Das Verhältnis zwischen den Leistungen der Hilfe zur Pflege und den Leistungen der Eingliederungshilfe soll nunmehr durch eine Vorrang-/Nachrangregelung abgelöst werden. „Im häuslichen Umfeld im Sinne des § 36 des Elften Buches der Pflegebedürftigen“ sollen die Leistungen der Hilfe zur Pflege den Leistungen der Eingliederungshilfe vorgehen, es sei denn, bei der Leistungserfüllung steht die Erfüllung der Aufgaben der Eingliederungshilfe im Vordergrund. Außerhalb des

häuslichen Umfelds soll die Eingliederungshilfe den Leistungen der Hilfe zur Pflege vorgehen.

Die getroffene Regelung begegnet aus den oben zu Nr. 3 (zu § 13 Abs. 3 SGB XI-E) ausgeführten Gründen Bedenken. Die Bedeutung der Abgrenzung ergibt sich auch daraus, dass bei der Hilfe zur Pflege und der Eigliederungshilfe unterschiedliche Regelungen für den Einsatz von Einkommen und Vermögen gelten. Eine Regelung sollte so eindeutig sein, dass Entscheidungen zum Nachteil der Betroffenen vermieden werden.

Zu § 71 SGB XII-E
Die Regelungen zur Altenhilfe werden weiterentwickelt und präzisiert.
Allerdings bleibt die Altenhilfe des § 71 SGB XII weiterhin eine freiwillige Leistung. Die Regelungen sollten einen verbindlicheren Charakter bekommen.

Zu § 137 SGB XII-E
In § 137 SGB XII wird die Überleitung der bisherigen Pflegestufen in die neuen Pflegegrade geregelt. Die bisherigen Leistungsbezieher sollen dabei nicht schlechter gestellt werden.

Es ist festzustellen, dass anders als in der Überleitungsregelung des SGB XI ein doppelter Stufensprung nicht vorgesehen ist. Eine der dort vorgesehenen Einstufungsregelung für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz vergleichbare Regelung fehlt. Es wird angeregt, eine solche Regelung einzuführen.

Bundesverband

Sozialverband Deutschland e. V. • Stralauer Str. 63 • 10179 Berlin

Abteilung Sozialpolitik

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0204(18neu)
gel. VB zur öAnhörung am 17.10.2016_PSGIII
12.10.2016

Bei Rückfragen:
Fabian Müller-Zetzsche
Leiter Abt. Sozialpolitik
Telefon 030 72 62 22-199
Telefax 030 72 62 22-328
fabian.mueller-zetzsche@sovd.de

Berlin, 12. Oktober 2016
MüZe/Pa

Stellungnahme

anlässlich der öffentlichen Anhörung durch den Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 17. Oktober 2016
zu den Vorlagen

Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III)

- BT-Drucksache 18/9518 -

Änderungsanträge der Fraktion CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III)

- BT-Drucksache 18/9518 -

Antrag der Fraktion DIE LINKE

Pflege teilhabeorientiert und wohnortnah gestalten

- BT-Drucksache 18/8725 -

Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Pflege vor Ort gestalten - Bessere Bedingungen für eine nutzerorientierte Versorgung schaffen

- BT-Drucksache 18/9668 -

Inhalt

I. Zum Gesetzentwurf der Bundesregierung ... 3

a) Gesamtbewertung ... 3

b) Zu einzelnen Regelungen ... 5

1. Pflegeberatungsgutscheine (§ 7b SGB XI RegE) ... 5

2. Initiativrecht zur Einrichtung von Pflegestützpunkten (§ 7c Abs. 1a SGB XI RegE) ... 6

3. Landespflegeausschüsse/regionale Pflegeausschüsse (§ 8a SGB XI RegE) ... 6

4. Investitionskostenförderung/Berichtspflicht (§ 10 SGB XI RegE) ... 7

5. Abgrenzung Eingliederungshilfe/Pflegeleistungen (§ 13 SGB XI RegE) ... 7

6. Pflegegeld/Beratungsbesuche (§ 37 Abs.8 SGB XI RegE) ... 9

7. Pauschalleistungen für die Pflege von Menschen mit Behinderungen (§ 43a SGB XI RegE i.V.m. § 71 Abs.4 SGB XI) ... 9

8. Entlastungsbetrag (§ 45b SGB XI RegE) ... 10

9. Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen (§ 45c SGB XI RegE) ... 10

10. Schutz vor Abrechnungsbetrug/Landesrahmenverträge/Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfung (§ 75 SGB XI RegE i.V.m. § 79 SGB XI RegE) ... 11

11. Qualitätsausschuss Pflege/Betroffenenvertretung (§ 113b SGB XI RegE i.V.m. § 118 SGB XI RegE) ... 11

12. Modellvorhaben zur kommunalen Pflegeberatung (§§ 123 und 124 SGB XI RegE) ... 12

13. Hilfe zur Pflege (§§ 61ff. SGB XII) ... 13

II. Zu den Änderungsanträgen der Fraktion CDU/CSU und SPD ... 16

1. Negative Eigenanteile/Stationäre Leistungsbeträge (Änderungsantrag 6) ... 16

2. Beteiligung der Betroffenenverbände (Änderungsantrag 16) ... 17

3. Zugang zu Qualitätsdaten für nicht gewerbliche Dritte (Änderungsantrag 18) ... 17

4. Behandlungspflege in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (Änderungsantrag 25) ... 17

III. Zum Antrag der Fraktion DIE LINKE ... 18

IV. Zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN ... 18

V. Zusammenfassung ... 18

I. Zum Gesetzentwurf der Bundesregierung

Mit dem Dritten Pflegestärkungsgesetz (PSG III) soll im Wesentlichen die Rolle der Kommunen in der Pflege gestärkt werden. Grundlage dafür bilden Eckpunkte, die eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege vorgelegt hat.

Der Referentenentwurf enthält u.a. folgende Maßnahmen:

- die Möglichkeiten der Länder, regionale Pflegeausschüsse und sektorenübergreifende Landespflegeausschüsse einzurichten, werden erweitert,
- die Kommunen werden in vereinfachter Weise am Auf- und Ausbau niedrigschwelliger Angebote beteiligt,
- die Kommunen erhalten ein Initiativrecht zur Einrichtung von Pflegestützpunkten,
- bis zu 60 befristete Modellvorhaben zur integrierten, kommunalen Pflegeberatung werden ermöglicht,
- die Definition, Begutachtung und Einstufung von Pflegebedürftigkeit werden im SGB XI, SGB XII und Bundesversorgungsgesetz auf Basis des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des neuen Begutachtungsverfahrens einheitlich gestaltet,
- Regelungen zur Verhinderung von Abrechnungsbetrug durch Pflegeleistungsanbieter,
- die Abgrenzung von Leistungen der Eingliederungshilfe und Pflegeleistungen wird neu geregelt.

Die Regelungen sollen im Wesentlichen zum 1.1.2017 in Kraft treten.

a) Gesamtbewertung

Pflegeberatung in Kommunen muss trägerunabhängig sein

Die vorgesehene stärkere Einbindung der Kommunen in die bisher den Pflegekassen vorbehaltenen Pflegeberatung nach § 7a SGB XI sowie der stärkere Fokus auf träger- und angebotsübergreifender Beratung in den Kommunen ist richtig. Es muss allerdings sichergestellt werden, dass die Pflegeberatung unabhängig von Leistungsträgern erfolgt und die Beratung stets den Anforderungen nach § 17 Abs.1a SGB XI entspricht. Allerdings darf die Leistungssteuerung innerhalb der Kommunen nicht bei den Sozialhilfeträgern liegen. Damit bis zum Vorliegen der Ergebnisse der Modellkommunen Pflege nicht unnötig Zeit vergeht, sollte eine engere Frist als 2021 für eine Antragstellung der Kommunen zur Durchführung eines Modellprojekts gesetzt werden.

Pflegestrukturplanung in Ländern und Kommunen erfordert Einbindung der Betroffenen

Der SoVD begrüßt den Versuch, über die Stärkung der Pflegeausschüsse auf Landesebene und regionale Pflegeausschüsse auf kommunaler Ebene die Strukturplanung in der Pflege zu verbessern. Zudem sollten die Länder angehalten werden, auch Betroffenenvertretungen

und Leistungsanbieter an diesen Ausschüssen zu beteiligen. Darüber hinaus sollte geprüft werden, inwieweit die Empfehlungen der Ausschüsse zur Weiterentwicklung der Versorgung verbindlicher in die Verhandlungen der Versorgungs- und Rahmenverträge einfließen können. Die Pflegestrukturplanung muss grundsätzlich verbindliche Aufgabe der Kommunen werden und die Kommunen müssen die notwendigen rechtlichen und finanziellen Mittel zur Ausübung erhalten.

Schnittstellen Eingliederungshilfe/Pflege/Hilfe zur Pflege unzureichend

Die vorgesehene Neuregelung der Schnittstellen zwischen Eingliederungshilfe und Pflege sowie zwischen Eingliederungshilfe und Hilfe zur Pflege überzeugt nicht. Neben erheblichen Rechtsunsicherheiten z.B. hinsichtlich des unbestimmten Rechtsbegriffs des häuslichen Umfelds besteht v.a. die Gefahr, dass künftig in ambulanten Settings Fachleistungen der Eingliederungshilfe nur noch restriktiv oder gar nicht gewährt werden. Der SoVD setzt sich dafür ein, dass Leistungen der Eingliederungshilfe und Pflegeleistungen weiterhin nebeneinander bezogen werden können und die Neuregelungen nicht zu einer Schlechterstellung zum Status Quo führen. Altersgrenzen zur Abgrenzung von Eingliederungshilfe und Hilfe zur Pflege lehnt der SoVD strikt ab.

Einheitlichen Pflegebedürftigkeitsbegriff konsequent umsetzen

Die Einführung einheitlicher Definitionen in SGB XI, SGB XII und Bundesversorgungsgesetz auf Basis des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des neuen Begutachtungsverfahrens ist richtig. Allerdings müssen insbesondere hinsichtlich der Hilfe zur Pflege auch die Leistungsansprüche und Leistungsarten den SGB-XI-Regelungen angepasst werden. Schlechtere Überleitungsregelungen und ein Verweis auf das niedrigere Pflegegeld bei häuslicher Pflege sind z.B. aus SoVD-Sicht nicht akzeptabel.

Stärkung der Betroffenenvertretung ist richtig

Die Stärkung der Betroffenenvertretung im Qualitätsausschuss Pflege durch Einführung eines Antragsrechts sowie die Übernahme von Reisekosten für ehrenamtliche Betroffenenvertreterinnen und -vertreter begrüßt der SoVD ausdrücklich. Mittelfristig sollten für die Betroffenenvertretung im SGB XI Regelungen analog des § 140f SGB V für die Patientenvertretung gelten.

Maßnahmen zur Stärkung der solidarischen Umlagefinanzierung fehlen

Der SoVD vermisst im Referentenentwurf weitere notwenige Reformschritte in Bezug auf die Finanzierung der Pflegeversicherung. Der SoVD kritisiert erneut, dass Mittel in Höhe von 0,1 Beitragssatzpunkten, etwa 1,2 Milliarden Euro pro Jahr, in den Pflegevorsorgefonds bei der Bundesbank fließen. Die dort gesammelten Mittel werden der Solidargemeinschaft entzogen und können nicht für dringende Leistungsverbesserungen, die Finanzierung von notwendigen Personalaufstockungen oder regelmäßige Dynamisierungen der Pflegeleistungen eingesetzt werden.

Der SoVD kritisiert, dass eine regelmäßige Dynamisierung der Pflegeversicherungsleistungen, die notwendig wäre, um den fortschreitenden Kaufkraftverlust der Pflegeversicherungsleistungen und das damit verbundene Armutsrisiko bei Pflegebedürftigkeit zu mindern, auch im vorliegenden Gesetzentwurf nicht vorgesehen ist. Dringend notwendig wäre die Schaf-

fung einer Dynamisierungsautomatik in Form einer im Gesetz verankerten, jährlich automatisch wirkenden Anpassung, ohne dass der Gesetzgeber gesondert tätig werden muss. Als Bezugsgröße zur Berechnung der jährlichen Anpassung im Rahmen dieser Dynamisierungsautomatik kann die Veränderung der Bezugsgröße nach § 18 SGB IV verwendet werden.

Der SoVD vermisst in Bezug auf die Finanzierung Maßnahmen zur Überwindung der Gerechtigkeitsmängel und Organisation der Pflegeversicherung durch geeignete Maßnahmen, die auch kurzfristig ergriffen werden können, wie die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze, die Einbeziehung weiterer Einkommensarten sowie einen Risikoausgleich zwischen sozialer und privater Pflegeversicherung. Mittelfristig muss die Pflegeversicherung zu einer Pflege-Bürgerversicherung auf Grundlage der solidarischen Pflegeversicherung weiterentwickelt werden.

Entlastung Pflegebedürftiger von Investitionskosten unzureichend

In den vergangenen Jahren haben sich in vielen Bundesländern die gesondert zu berechnenden Investitionskosten, die den pflegebedürftigen Menschen in Rechnung gestellt werden, zu einer erheblichen finanziellen Belastung für die pflegebedürftigen Menschen entwickelt. Mit großem Bedauern hat der SoVD zur Kenntnis genommen, dass die Bundesländer ihrer Verpflichtung zur Finanzierung der Investitionskosten aus § 9 SGB XI nur sehr unzureichend nachkommen. Er fordert vor diesem Hintergrund, die Regelung des § 9 SGB XI, wonach Sozialhilfeeinsparungen der Bundesländer im Zuge der Einführung der Pflegeversicherung zur Förderung der Investitionskosten eingesetzt werden „sollen“, zu einer Verpflichtung der Bundesländer zu machen und die Investitionskosten stärker öffentlich zu fördern. Vor diesem Hintergrund ist die vorgesehene Einführung einer Berichtspflicht der Länder gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit über die jährlich verausgabten Mittel zur Investitionskostenförderung positiv.

b) Zu einzelnen Regelungen

1. **Pflegeberatungsgutscheine** (§ 7b SGB XI RegE)

Vorgesehen ist, dass Pflegeberatungsgutscheine von ratsuchenden Pflegebedürftigen oder pflegenden Angehörigen künftig auch in kommunalen Beratungsstellen vor Ort auf der Gemeindeebene eingelöst werden können, sofern diese eine Pflegeberatung im Sinne des SGB XI anbieten.

SoVD-Bewertung: Die Schaffung der Möglichkeit, Beratungsgutscheine in kommunalen Beratungsstellen einzulösen, erhöht die Freiheiten der ratsuchenden Menschen, sich vor Ort passgenau und trägerübergreifend beraten zu lassen. Sie wird vom SoVD grundsätzlich begrüßt. Es bleibt allerdings bei der Einschränkung, dass Beratungsgutscheine überhaupt nur dann in Anspruch genommen werden können, wenn die Pflegekassen keine Beratung mit eigenen Beraterinnen und Beratern anbieten (können). Der SoVD setzt sich dafür ein, dass pflegebedürftige Menschen grundsätzlich frei wählen können, ob sie die Pflegeberatung bei ihrer Pflegekasse oder mittels Beratungsgutscheinen bei Dritten in Anspruch nehmen wollen.

2. Initiativrecht zur Einrichtung von Pflegestützpunkten
(§ 7c Abs. 1a SGB XI RegE)

Die für die Hilfe zur Pflege zuständigen Sozialhilfeträger können bis 31.12.2021 von den Pflegekassen und Krankenkassen den Abschluss einer Vereinbarung zur Einrichtung eines Pflegestützpunktes in ihrem regionalen Einzugsgebiet verlangen (=Initiativrecht).

SoVD-Bewertung: Der SoVD hat wiederholt kritisiert, dass in den Bundesländern in der Vergangenheit zum Teil nur sehr zögerlich und in sehr unterschiedlichem Ausmaß Pflegestützpunkte eingerichtet wurden. Wohnortnahe Beratungsangebote haben eine Schlüsselfunktion für die Schaffung tragfähiger und den Wünschen Betroffener entsprechender Pflegearrangements. Vor diesem Hintergrund kann das vorgesehene Initiativrecht für Kommunen zur Einrichtung von Pflegestützpunkten ein Baustein hin zu einer besseren wohnortnahen Pflegeberatung sein.

3. Landespflegeausschüsse/regionale Pflegeausschüsse (§ 8a SGB XI RegE)

Bereits heute sollen die Bundesländer nach landesrechtlichen Vorschriften so genannte Landespflegeausschüsse einrichten. Vorgesehen ist nun, die Aufgaben der Landespflegeausschüsse nach § 8a auszuweiten und zu konkretisieren. Künftig sollen die Ausschüsse zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung über eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit in der Versorgung beraten und Schnittstellenprobleme lösen. Das zugrundeliegende weite Verständnis von pflegerischer Versorgung umfasst auch die kommunale Altenhilfe, die Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII sowie die Versorgung in der eigenen Häuslichkeit. Durch die bessere Verzahnung der Versorgungsbereiche sollen Schnittstellenprobleme überwunden und eine bessere Versorgung der pflegebedürftigen Menschen vor Ort erreicht werden. Die Landesverbände der Pflegekassen und der Krankenkassen sowie die Landeskrankenhausgesellschaften werden verpflichtet, in den Ausschüssen mitzuarbeiten. Auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte können nach landesrechtlichen Vorgaben regionale Pflegeausschüsse eingerichtet werden, in denen alle örtlichen Pflegeakteure sowie Vertreter der Landesverbände der Pflegekassen mitwirken sollen. Die Pflegeausschüsse sollen Empfehlungen zur Sicherstellung der pflegerischen Infrastruktur (Pflegestrukturplanungsempfehlungen) erarbeiten und fortschreiben. Die Beschlüsse der Landespflegeausschüsse sind nicht rechtsverbindlich, sondern stellen Empfehlungen u.a. für die Sozialversicherungsträger dar. Sie sollen u.a. beim Abschluss von Versorgungs- und Rahmenempfehlungen und beim Abschluss von Vergütungsverträgen einbezogen werden.

SoVD-Bewertung: Das mit den Neuregelungen verbundene Ziel einer stärker sektorenübergreifenden und an den örtlichen Gegebenheiten in der Kommune orientierten Versorgung pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen ist aus SoVD-Sicht zu begrüßen. Schnittstellenprobleme z.B. beim Übergang von der Krankenhausbehandlung in die pflegerische Versorgung oder den Zugang zu Reha-Maßnahmen stellen in der Praxis ein großes Problem für viele pflegebedürftige Menschen dar. Auch die Möglichkeit zur Einrichtung regionaler Pflegeausschüsse in den Kommunen zur Analyse der pflegerischen Strukturen vor Ort ist grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings bleibt unklar, wie sichergestellt werden kann, dass die (rechtsunverbindlichen) Beschlüsse der Landespflegeausschüsse und die Analysen von

Über- und Unterversorgung in den Kommunen tatsächlich Eingang in die Versorgungspraxis finden. Des Weiteren bleibt es beim Einvernehmensgebot. Dies verhindert vielfach, dass überhaupt Empfehlungen zu Stande kommen und schränkt bereits die Auswahl von Themen ein, die im Ausschuss behandelt werden.

Eine verstärkte Pflegestrukturplanung in den Kommunen zur Sicherstellung der benötigten Pflegeinfrastruktur wäre grundsätzlich zu begrüßen. Dazu müsste die Pflegestrukturplanung allerdings verbindliche Aufgabe der Kommunen werden und die Kommunen müssten die notwendigen rechtlichen und finanziellen Mittel zur Ausübung erhalten. Die jetzt geplante Erstellung und Fortschreibung von Pflegestrukturplanungsempfehlungen in den Landespflegeausschüssen und regionalen Pflegeausschüssen wird ohne die vorgenannten Rahmenbedingungen kaum wirken.

Schließlich fehlt es an klaren Vorgaben zur Beteiligung wichtiger Akteure, wie den Betroffenenverbänden oder den Leistungsanbietern, in den Ausschüssen. Diesbezüglich sollten die Länder durch den Bundesgesetzgeber angehalten werden, diese und andere wichtige Akteursgruppen an den Ausschüssen zu beteiligen.

4. **Investitionskostenförderung/Berichtspflicht** (§ 10 SGB XI RegE)

Die Länder sind verantwortlich für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur. Zur finanziellen Förderung der Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen sollen gemäß § 9 Einsparungen eingesetzt werden, die den Sozialhilfeträgern durch die Pflegeversicherung entstehen. Vorgesehen ist nun die Einführung einer Berichtspflicht für die Länder. Im Rahmen dieser Berichtspflicht sollen die Länder künftig einmal jährlich dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) über die jährlich verausgabten Mittel zur Investitionskostenförderung berichten.

SoVD-Bewertung: Der SoVD hat wiederholt kritisiert, dass die Bundesländer ihrer Verpflichtung zur Finanzierung der Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen nicht in ausreichendem Maße nachkommen und sich die Investitionskosten mehr und mehr zu einer erheblichen finanziellen Belastung für die pflegebedürftigen Menschen entwickelt haben. Der SoVD setzt sich dafür ein, dass die Regelung des § 9, wonach Sozialhilfeeinsparungen zur Förderung der Investitionskosten eingesetzt werden "sollen", in eine verbindliche Verpflichtung umgewandelt wird. Die nun vorgesehene Berichtspflicht für die Länder über die jährlich verausgabten Mittel zur Investitionskostenförderung kann vor diesem Hintergrund zumindest eine wichtige Erkenntnisgrundlage für die weiteren notwenigen Schritte hin zu einer verlässlichen Investitionskostenfinanzierung durch die Länder sein.

5. **Abgrenzung Eingliederungshilfe/Pflegeleistungen** (§ 13 SGB XI RegE)

Nach derzeitigem Recht sind Eingliederungshilfe und Pflegeversicherung gleichrangige Leistungssysteme. Es wurde und wird vielfach bemängelt, dass es beim Zusammentreffen von Leistungen der Pflegeversicherung und der Eingliederungshilfe an rechtssicherer Abgrenzung und Zuordnung fehlt. Mit Inkrafttreten des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des neuen Begutachtungsverfahrens zum 1.1.2017 wird zum einen eine größere Zahl von Men-

schen mit Behinderung die Leistungsvoraussetzungen der Pflegeversicherung erfüllen oder/ und höheren Pflegegraden zugeordnet werden. Zum anderen werden sich die Leistungen der Pflegeversicherung im Charakter stärker an Eingliederungshilfeleistungen annähern, weil künftig v.a. Hilfen zur Überwindung eingeschränkter Selbständigkeit gewährt werden. Aus diesem Grund ist vermehrt mit Abgrenzungsfragen zwischen den Leistungen der Pflegeversicherung und den Leistungen der Eingliederungshilfe zu rechnen. Dies wird insbesondere die pflegerischen Betreuungsmaßnahmen im häuslichen Umfeld betreffen (§ 36 Abs.2 in der ab 1.1.2017 geltenden Fassung).

Mit dem Ziel, eine möglichst eindeutige und praktikable Abgrenzung zwischen den Leistungen der Pflege und den Leistungen der Eingliederungshilfe zu schaffen, ist nun vorgesehen, dass Pflegeleistungen im häuslichen Umfeld im Sinne des § 36 gegenüber den Eingliederungshilfeleistungen grundsätzlich vorrangig sind. Unterschieden werden die Leistungen nach dem Zweck (z.B. pflegerische Versorgung im Sinne des SGB XI), dem sachlichen Kontext (sachlicher und zeitlicher Bezug zur Erfüllung von Aufgaben der Pflegeversicherung) oder auch nach der benötigten fachlichen Qualifikation (z.B. Pflegefachkraft). Außerhalb des häuslichen Umfeldes gehen die Eingliederungshilfeleistungen den Pflegeleistungen vor. Dies kann z.B. Ausflüge zu Freizeiten oder die Begleitung zu Behördengängen betreffen. *„Außerhalb des häuslichen Umfeldes“* bezieht sich aber auch auf jene Leistungen, die in Einrichtungen der Eingliederungshilfe - bzw. nach Inkrafttreten der entsprechenden Regelungen des Bundesteilhabegesetzes - in Räumlichkeiten nach § 42b Abs.2 S1 Nr.2 SGB XII erbracht werden. Auch dort gehen die Eingliederungshilfeleistungen den Pflegeleistungen vor. In diesen Fällen soll es bei der starren Abgrenzungsregelung nach § 43a bleiben, wonach sich die Pflegekasse lediglich mit einem pauschalen Zuschuss i.H.v. bis zu 266 € im Monat an den Pflegekosten beteiligt.

<u>SoVD-Bewertung</u>: Es ist eine langjährige Forderung des SoVD, die Reformen der Pflegeversicherung und der Eingliederungshilfe eng aufeinander abzustimmen und die Schnittstelle zwischen Eingliederungshilfe und Pflegeversicherung neu zu gestalten. Vor diesem Hintergrund ist es grundsätzlich richtig, dass der Gesetzgeber im Zuge der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, des neuen Begutachtungssystems und des veränderten Leistungsrechts zum 1.1.2017 die Neugestaltung dieser Schnittstelle in den Blick nimmt.

Die nun vorgesehenen neuen Abgrenzungsregelungen, wonach im häuslichen Umfeld vorrangig Pflegeleistungen gewährt werden sollen, sind allerdings in ihren Auswirkungen nur schwer abzuschätzen und für die Leistungsberechtigten ggf. nachteilig. Eine Legaldefinition des häuslichen Umfeldes im Sinne des § 36 SGB XI erfolgt nicht. Aus Sicht des SoVD ist das häusliche Umfeld eines jeden Menschen seine Meldeadresse, weshalb behinderte Menschen an ihrem Wohnort - auch in Einrichtungen der Behindertenhilfe - vollen Zugang zu den ambulanten Pflegeleistungen nach § 36 SGB XI erhalten müssen. Darüber hinaus kann es aus Sicht des SoVD bei der Abgrenzung von Pflege- und Eingliederungshilfeleistungen nur um eine praxistaugliche Zuordnung der Leistungen der pflegerischen Betreuung zum jeweiligen Leistungsträger gehen. Einen Verlust von Leistungsansprüchen z.B. gegenüber der künftig nachrangigen Leistungen der Eingliederungshilfe darf es nicht geben.

Der SoVD setzt sich für die Schaffung rechtlicher Rahmenbedingungen ein, die den Rechtsanspruch auf Eingliederungshilfe auch für pflegebedürftige behinderte Menschen vollumfänglich erhalten sowie eine Leistungserbringung ermöglichen, bei der Pflege- und Teilhabeleistungen in einem trägerübergreifenden, integrierten Prozess erbracht werden können. Der „Nicht-Nachrang“ nach geltendem Recht sollte beibehalten werden.

Schließlich bedauert der SoVD, dass nur die Schnittstelle zwischen den ambulanten Pflegeleistungen nach § 36 und den Leistungen der Eingliederungshilfe neu geregelt wird. In Bezug auf Menschen mit Behinderung, die in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe nach § 71 Abs.4 SGB XI leben und zugleich Pflegebedarf haben, soll es dagegen bei der starren Abgrenzungsregelung nach § 43a bleiben, wonach sich die Pflegekasse lediglich mit einem pauschalen Zuschuss i.H.v. bis zu 266 € im Monat an den Pflegekosten beteiligt. Diese Deckelung der Leistungen, die nun sogar auf alle Versorgungssettings des Wohn- und Betreuungsvertragsgesetzes - wie zum Beispiel Wohngemeinschaften - ausgeweitet werden soll, ist zu streichen. Menschen in Einrichtungen der Behindertenhilfe müssen, wie alle pflegeversicherten Bürgerinnen und Bürger, ungedeckelten Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung erhalten. Sie zahlen Beiträge zur Pflegeversicherung und erwerben Ansprüche auf Versicherungsleistungen, die nicht auf Einkommen und Vermögen angerechnet werden.

6. **Pflegegeld/Beratungsbesuche** (§ 37 Abs.8 SGB XI RegE)

Vorgesehen ist, dass die obligatorischen Beratungsbesuche beim Bezug von Pflegegeld (§ 37 Abs.1) künftig auch von Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften durchgeführt werden können. Außerdem sollen die Pflegebedürftigen und die häuslich Pflegenden im Rahmen der Beratungsbesuche verpflichtend auf die Auskunfts-, Beratungs- und Unterstützungsangebote des zuständigen Pflegestützpunktes sowie der Pflegeberatung nach § 7a hinweisen.

SoVD-Bewertung: Die Öffnung der obligatorischen Beratungsbesuche bei Pflegegeld auch für kommunale Beratungspersonen ist sinnvoll. Diese Beraterinnen und Berater kennen die örtlichen Gegebenheiten und Angebote im Sozialraum in der Regel besser, als Beraterinnen und Berater der Pflegekassen. Grundvoraussetzung ist aber, dass die Beratungen hinsichtlich Qualität und Umfang alle Vorgaben der Pflegeversicherung erfüllen. Es muss außerdem sichergestellt sein, dass die Beratungsbesuche nicht als Leistungssteuerungsinstrument der Sozialhilfeträger eingesetzt werden.

7. **Pauschalleistungen für die Pflege von Menschen mit Behinderungen** (§ 43a SGB XI RegE i.V.m. § 71 Abs.4 SGB XI)

Vor dem Hintergrund, dass im Zuge der Reform der Eingliederungshilfe die Unterscheidung in ambulante, teilstationäre und stationäre Wohn- und Versorgungssettings entfallen soll, soll die Regelung in § 43a, wonach sich die Pflegekasse lediglich mit einem pauschalen Zuschuss i.H.v. bis zu 266 € im Monat an den Pflegekosten beteiligt, ausgeweitet werden. Künftig soll diese Zuschussregelung für alle Versorgungsformen gelten, die unter das Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WBVG) fallen. Es würde künftig folglich auch für ambulante

Wohngemeinschaften gelten, in denen behinderte, pflegebedürftige Menschen gemeinsam leben.

SoVD-Bewertung: Der SoVD kritisiert die vorgesehene Ausweitung. Menschen in Einrichtungen der Behindertenhilfe müssen, wie alle pflegeversicherten Bürgerinnen und Bürger, ungedeckelten Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung erhalten. Sie zahlen Beiträge zur Pflegeversicherung und erwerben Ansprüche auf Versicherungsleistungen, die nicht auf Einkommen und Vermögen angerechnet werden.

8. **Entlastungsbetrag** (§ 45b SGB XI RegE)

Bereits im Pflegestärkungsgesetz II wurde geregelt, dass pflegebedürftigen Menschen zum 1.1.2017 Anspruch auf einen monatlichen Entlastungsbetrag i.H.v. bis zu 125 € im Wege der „(Teil)Kostenerstattung“ erhalten. Vorgesehen ist nun die rechtliche Klarstellung, dass für die Entstehung der Anspruchsberechtigung auf den Entlastungsbeitrag die Feststellung von Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI ausreichend ist. Einer gesonderten Antragstellung bedarf es nicht. Es reicht aus, wenn der Antrag auf Kostenerstattung für die entstandenen Eigenbelastungen nachträglich eingereicht wird.

SoVD-Bewertung: Der SoVD hatte sich bereits im Rahmen der Beratungen des Beirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in den Jahren 2012/2013 für den Entlastungsbetrag eingesetzt. Die hier vorgesehenen Klarstellungen vereinfachen den Bezug des Entlastungsbetrags für die Betroffenen und werden darum begrüßt.

9. **Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen** (§ 45c SGB XI RegE)

Zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte und zur Förderung ehrenamtlicher Strukturen fördert der Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Wege der Anteilsfinanzierung mit 25 Millionen € je Kalenderjahr aus Mitteln des Ausgleichsfonds z.B. Angebote zur Unterstützung im Alltag, ehrenamtlicher Unterstützungsgruppen oder spezieller Modellvorhaben. Bedingung ist, dass das jeweilige Land oder die jeweilige Kommune sich in gleicher Höhe an der Fördermaßnahme beteiligt. Vorgesehen ist nun, dass die Förderzuschüsse der kommunalen Gebietskörperschaften auch als Personal- oder Sachmittel eingebracht werden können, wenn alle Fördergeber dem zustimmen. Zugleich werden die Möglichkeiten verbessert, nicht abgerufene Mittel engagierten und interessierten Ländern im Folgejahr zur Verfügung zu stellen.

SoVD-Bewertung: In der Hoffnung und Erwartung, dass die kommunalen Gebietskörperschaften von den Fördermöglichkeiten zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte und zur Förderung ehrenamtlicher Strukturen künftig stärker Gebrauch machen, begrüßt der SoVD die vorgesehenen Flexibilisierungen.

10. Schutz vor Abrechnungsbetrug/Landesrahmenverträge/Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfung (§ 75 SGB XI RegE i.V.m. § 79 SGB XI RegE)

Um als Leistungserbringer einen Versorgungsvertrag mit den Pflegekassen abschließen zu können, müssen Pflegeeinrichtungen unter anderem eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung nachweisen (§ 72 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2). Dies umfasst auch eine ordnungsgemäße Vertragserfüllung und deren Abrechnung.

Zum Schutz von unlauteren Anbietern auf dem Pflegemarkt ist im Gesetzentwurf u.a. vorgesehen, in den Landesrahmenverträgen nach § 75 künftig zugeschnitten auf die landestypische Versorgungssituation das Verfahren zur Überprüfung der Erfüllung der vertraglichen Regelungen genauer zu regeln. Dabei können z.B. auch nähere Kriterien der Geeignetheit und Zuverlässigkeit des Inhabers, des Gesellschafters, des Geschäftsführers oder der verantwortlichen Pflegefachkraft der Pflegeeinrichtung bestimmt werden.

Als zusätzliche Überprüfungsmöglichkeit gegen fehlerhaftes Abrechnungsverhalten von zugelassenen Leistungsanbietern wird die Vorschrift zur Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 79 um Abrechnungsprüfungen erweitert.

SoVD-Bewertung: Der SoVD begrüßt das Vorhaben, betrügerischen Abrechnungen durch Pflegeleistungsanbieter wirksam zu begegnen.

11. Qualitätsausschuss Pflege/Betroffenenvertretung (§ 113b SGB XI RegE i.V.m. § 118 SGB XI RegE)

Vorgesehen ist, dass die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen ein Antragsrecht im künftigen Qualitätsausschuss Pflege erhalten, das über das bislang vorgesehene Mitberatungsrecht hinausgeht. Daneben soll ein Anspruch auf Erstattung von Reisekosten für die von diesen Betroffenenorganisationen entsandten ehrenamtlich Tätigen geschaffen werden.

SoVD-Bewertung: Der SoVD begrüßt die Stärkung der Betroffenenvertretung im Qualitätsausschuss Pflege mittels Schaffung eines Antragsrechtes sowie eines Erstattungsanspruchs für ehrenamtlich Tätige sehr. Sie ist dringend notwendig, um dem gesetzlichen Auftrag der Betroffenenvertretung gegenüber den Vereinbarungsparteien nach § 113 besser nachkommen zu können. Die Unterstützung der Betroffenenvertretung sollte sich aber auf alle Arten der Beteiligung beziehen, also auch auf die Beteiligung bei der Erarbeitung und Überarbeitung von Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes.

Derzeit werden die konkreten Pflegeleistungen und Pflegekosten zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern in den Landesrahmenverträgen und den Versorgungsverträgen ohne Beteiligung der Menschen ausgehandelt, die die Leistungen beziehen und (mit)finanzieren. Vor diesem Hintergrund müssen zumindest in den Verhandlungen auf Landesebene über die Landesrahmenverträge Betroffenenvertreterinnen und -vertreter beteiligt werden. Der SoVD setzt sich grundsätzlich dafür ein, die Unterstützungsstrukturen der Betroffenenvertretung perspektivisch analog der Unterstützung der Patientenvertreterinnen und

-vertreter im § 140f SGB V anzugleichen und die Betroffenenvertretung so noch leistungsfähiger zu machen.

12. Modellvorhaben zur kommunalen Pflegeberatung (§§ 123 und 124 SGB XI RegE)

Künftig sollen kommunale Stellen die Möglichkeit erhalten, pflegerische Beratungsaufgaben nach dem SGB XI im Rahmen eigener Beratungsangebote für alte und/oder hilfebedürftige Menschen zusammenzulegen und in eigener Zuständigkeit zu erbringen. So soll eine sektorenübergreifende, integrierte und wohnortnahe Beratung „aus einer Hand“ gefördert werden. In den kommunalen Beratungsstellen soll die Pflegeberatung der Pflegeversicherung durchgeführt werden, die eng verknüpft werden soll mit Beratung zu Leistungen der Altenhilfe, der Hilfe zur Pflege, der Eingliederungshilfe, des öffentlichen Gesundheitsdienstes, der rechtlichen Betreuung, zu behindertengerechten Wohnangeboten, zum öffentlichen Nahverkehr und zur Förderung des bürgerschaftlichen Engagements. Antragsberechtigt sollen jeweils die für die Hilfe zur Pflege zuständigen Sozialhilfeträger sein (i.d.R. Landkreise und kreisfreie Städte), die Anträge bei der zuständigen obersten Landesbehörde stellen können. Anträge sollen bis zum 31.12.2021 gestellt werden können. Anträgen auf Zulassung zum Modellvorhaben ist jeweils ein Organisations- und Beratungskonzept u.a. über die Ausstattung mit sächlichen, personellen und finanziellen Mitteln beizufügen. Die Modellvorhaben sollen jeweils auf fünf Jahre befristet werden. Die Zahl möglicher Modellvorhaben wird höchstens auf 60 beschränkt. Die durchführende Stelle schließt mit den Landesverbänden der Pflegekassen gemeinsam und einheitlich einen Kooperationsvertrag, in dem auch die finanzielle oder personelle Beteiligung der Pflegekassen geregelt wird. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt nach Anhörung der Verbände der Behinderten und Pflegebedürftigen auf Bundesebene sowie des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. Empfehlungen über Voraussetzungen, Ziele, Inhalte und Durchführung der Modellvorhaben. Die Ergebnisse der Modellprojekte sollen durch unabhängige Sachverständige ausgewertet werden, die ihren Bericht bis zum 31.12.2025 vorlegen sollen. Ein Beirat beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen soll die Modellkommunen begleiten.

SoVD-Bewertung: In der Regel wollen Menschen auch bei eintretender Pflegebedürftigkeit selbstbestimmt und in privater Atmosphäre in ihrem gewohnten Umfeld leben. Dazu braucht es quartiersbezogene Pflegekonzepte mit einem integrierten und trägerübergreifenden Zusammenwirken aller Akteure vor Ort. Einer frühzeitigen, umfassenden und aufsuchenden Beratung kommt dabei eine Schlüsselrolle zu. Vor diesem Hintergrund ist die sektorenübergreifende, integrierte und wohnortnahe Beratung „aus einer Hand“ in kommunalen Beratungsstellen ein guter Ansatz. Allerdings müssen die ratsuchenden Versicherten auch ihren Beratungsanspruch gegenüber ihrer Pflegekasse behalten. Sie müssen frei wählen können, wo sie die Pflegeberatung nach §§ 7a bis 7c, 37 Abs.3 und 45 SGB XI wahrnehmen. Auch müssen die Rehaberatungsangebote nach dem SGB IX mit den kommunalen Beratungen vernetzt werden. Grundsätzlich muss sichergestellt sein, dass die Beratung so weit als möglich trägerunabhängig und im Sinne der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen erfolgt. Interessenkonflikte, die unter Umständen in der Doppelfunktion der Kommune als für die Hilfe zur Pflege zuständige Sozialhilfeträger und Pflegeberater resultieren könnten, müs-

sen vermieden werden. Bei der Verwendung von Beitragsmitteln aus der (teilleistenden) Pflegeversicherung für den Betrieb der Beratungsstellen ist des Weiteren darauf zu achten, dass die Mittel nicht für originäre Aufgaben der Kommunen zweckentfremdet eingesetzt werden.

Der Wunsch des Gesetzgebers, bei der Verteilung der 60 Modellvorhaben mindestens zur Hälfte solche Kommunen zu berücksichtigen, die bisher *„keine mehrjährige Erfahrung in der strukturierten Zusammenarbeit mit Beratungsstellen nach dem SGB XII z.B. im Rahmen von Pflegestützpunkten“* haben, ist grundsätzlich nachvollziehbar aber wohl wenig praxistauglich. Der SoVD hält die vorgesehene Frist für die Kommunen zur Bewerbung für ein Modellprojekt bis 2021 für zu lang. Sie würde dazu führen, dass Erkenntnisse zu den Modellprojekten erst im Jahr 2026 vorlägen. Die Bewerbungsfrist sollte verkürzt werden.

13. Hilfe zur Pflege (§§ 61ff. SGB XII)

Vorgesehen ist, dass für die Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem siebten Kapitel des SGB XII der Begriff der Pflegebedürftigkeit, das Verfahren zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit und die Leistungsinhalte den (neuen) Regelungen im SGB XI angeglichen werden. Es soll grundsätzlich beim Nachranggrundsatz bleiben, wonach Hilfe zur Pflege nur dann gewährt wird, wenn finanzielle Bedürftigkeit besteht. Unter dieser Grundvoraussetzung werden Leistungen der Hilfe zur Pflege gewährt, wenn erstens Personen nicht in der Pflegeversicherung versichert sind („Nichtversicherte“) oder zweitens Pflegebedürftigkeit voraussichtlich für weniger als sechs Monate besteht („Kurzzeitpflegebedürftige“) oder drittens der pflegerische Bedarf über den von der Pflegeversicherung gewährten pauschalen Leistungsbeträgen liegt („Aufstocker“).

- *Pflegerische Betreuungsmaßnahme als Leistung der Hilfe zur Pflege*

Vorgesehen ist, dass - anders als nach bisherigem Recht - künftig pflegerische Betreuungsmaßnahmen im Rahmen der Hilfe zur Pflege auch im häuslichen Umfeld erbracht werden können.

- *Keine Leistungen der Hilfe zur Pflege unterhalb von Pflegegrad 1*

Unterhalb des künftigen Pflegegrades 1 sollen künftig keine Leistungen der Hilfe zur Pflege gewährt werden. Begründet wird dies damit, dass der Pflegegrad 1 künftig bereits für einen sehr niedrigen Grad an Pflegebedürftigkeit regelhaft Leistungen der Pflegeversicherung vorsieht und damit das Problem des erheblichen Bedarfs unterhalb der Einstiegsschwelle der Pflegeversicherung künftig nicht mehr gegeben ist. Die vorgesehene Regelung geht auf eine Empfehlung des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zurück.

- *Bindung des Sozialhilfeträgers an die Einstufungsentscheidung der Pflegekasse*

Der Sozialhilfeträger soll künftig an die Einstufungsentscheidung der Pflegekasse hinsichtlich des Ausmaßes von Pflegebedürftigkeit gebunden sein.

- *Wohngruppenzuschlag nur bei Einzelfallerforderlichkeit*

Ein gesonderter Anspruch auf den so genannten Wohngruppenzuschlag gemäß § 38a SGB XI besteht im Rahmen der Hilfe zur Pflege nicht. Soweit im Einzelfall erforderlich, soll ein notwendiger Bedarf in ambulant betreuten Wohngruppen im Sinne des § 38a Abs.1 Nr. 3 (= gemeinschaftlich beauftragte Person für allgemeine organisatorische, verwaltende, betreuende oder das Gemeinschaftsleben fördernde Tätigkeiten) bzgl. der Leistungen der häuslichen Pflegehilfe berücksichtigt werden.

- *Stärkung des Persönlichen Budgets*

Die Teilnahme von Pflegebedürftigen an der Leistungsform Persönliches Budget wird von einer Ermessensvorschrift („kann“) künftig verbindlicher ausgestaltet („sind auf Antrag (…) zu erbringen“).

- *Bedarfsfeststellung durch Sozialhilfeträger*

Nach Einführung des neuen Begutachtungsverfahrens (NBA) zum 1.1.2017 wird der Bescheid der Pflegekassen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit keine gesonderte und individuelle Ermittlung des notwendigen Zeitaufwands für die Pflege mehr enthalten. Folglich kann der Sozialhilfeträger nicht allein durch Übernahme des Begutachtungsergebnisses den Pflegebedarf feststellen, um auf dieser Grundlage „bedarfsdeckend“ zu leisten. Insbesondere bei häuslicher Pflege nach § 64b SGB XII (RegE) muss der Träger der Sozialhilfe künftig den notwendigen pflegerischen Bedarf in einem eigenen Verfahren ermitteln und festsetzen.

- *Abgrenzung Hilfe zur Pflege/Eingliederungshilfe*

Mit dem Ziel, eine eindeutige und praktikable Abgrenzung zwischen den Leistungen der Hilfe zur Pflege und den Leistungen der Eingliederungshilfe zu schaffen, ist vorgesehen, dass im häuslichen Umfeld im Sinne des § 36 SGB XI Leistungen der Hilfe zur Pflege gegenüber den Eingliederungshilfeleistungen grundsätzlich vorrangig sind. Außerhalb des häuslichen Umfeldes gehen die Leistungen der Eingliederungshilfe den Leistungen der Hilfe zur Pflege vor. In einer teil- oder vollstationären Einrichtung besteht kein Anspruch auf häusliche Pflege, es sei denn, es handelt sich um vorübergehende Aufenthalte in einem Krankenhaus oder einer Vorsorge- bzw. Rehabilitationseinrichtung und die Pflegebedürftigen stellen die Pflege durch von ihnen selbst beschäftigte besondere Pflegekräfte sicher (Arbeitgebermodell).

- *Vorrangig Pflegegeld bei häuslicher Pflege*

Vorgesehen ist, dass die Pflege im häuslichen Bereich vorrangig durch Pflegegeld sicherzustellen ist. Der Sozialhilfeträger soll darauf hinwirken, dass bei häuslicher Pflege eine Leistungserbringung durch Angehörige, Nachbarn oder gesellschaftlich Engagierte erfolgt.

- *Überleitungsregelungen*

Zur Vermeidung von Neubegutachtungen aller Pflegebedürftigen, die am 31.12.2016 (ausschließlich) Leistungen der Hilfe zur Pflege beziehen, werden die Pflegebedürftigen mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zum 1.1.2017 von den bisherigen Pflegestufen in die neuen Pflegegrade übergeleitet. Dabei soll niemand schlechter gestellt werden, weshalb jeweils in den nächst höheren Pflegegrad übergeleitet wird (Pflegestufe 1 wird Pflegegrad 2 usw.).

SoVD-Bewertung: Grundsätzlich ist die einheitliche Verwendung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs auch für die Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII sinnvoll. Der SoVD begrüßt, dass in diesem Zusammenhang die Träger der Hilfe zur Pflege künftig an die Pflegeeinstufung der Pflegekassen gebunden sind und im Zuge der Einführung der pflegerischen Betreuung als Regelleistung des SGB XI im häuslichen Umfeld diese Leistungen ebenfalls im Rahmen der Hilfe zur Pflege übernehmen.

Anders als in der Gesetzesbegründung und den begleitenden Texten formuliert, werden aber die Regelungen der Hilfe zur Pflege in Inhalt und Umfang nicht vollständig deckungsgleich zu den entsprechenden Regelungen des SGB XI ausgestaltet. Leistungsbeziehende der Hilfe zur Pflege werden gegenüber den Leistungsbeziehenden der Pflegeversicherung in verschiedenen Punkten schlechter gestellt. Dies zeigt sich u.a. darin, dass Beziehende der Hilfe zur Pflege keinen grundsätzlichen Leistungsanspruch auf den Wohngruppenzuschlag im Sinne des § 38a SGB XI bekommen sollen. Sehr kritisch ist weiterhin, dass der Sozialhilfeträger bei häuslicher Pflege vorrangig Pflegegeld gewährt und auf eine Leistungserbringung durch Angehörige, Nachbarn oder gesellschaftlich Engagierte hinwirken soll. Hier scheint die Kosteneinsparung gegenüber der Erbringung einer fachlich qualifizierten und das Pflegearrangement nicht überfordernden Pflege vorgezogen zu werden. Der SoVD fordert, dass den Wünschen der Leistungsberechtigten bei der Auswahl des häuslichen Pflegesettings Folge zu leisten ist.

Schließlich sind die vorgesehenen Überleitungsregelungen für die ausschließlich Hilfen-zur-Pflege-Beziehenden schlechter, als für die nach SGB XI Leistungsberechtigten. So soll es unabhängig von einer ggf. vorliegenden eingeschränkten Alltagskompetenz jeweils nur einen „einfachen“ Stufensprung geben (Pflegestufe 1 wird Pflegegrad 2). Auch soll es keine automatischen Überleitungen in Pflegegrad 5 geben.

In Bezug auf die vorgesehenen Abgrenzungsregelungen zwischen der Hilfe zur Pflege und der Eingliederungshilfe sieht der SoVD ähnliche Probleme, wie bei der Abgrenzung zwischen Eingliederungshilfeleistung und Pflegeleistung im SGB XI (u.a. unbestimmter Rechtsbegriff des „häuslichen Umfelds“, Festhalten am Einrichtungsbegriff bei gleichzeitigem Wegfall der Einrichtungen im Zuge der Eingliederungshilfereform, Festhalten an der Leistungsdeckelung nach § 43a SGB XI). Vor dem Hintergrund, dass die Sozialhilfeträger zugleich Träger der Eingliederungshilfe und der Hilfe zur Pflege sind, sieht der SoVD grundsätzlich die Gefahr, dass im Einzelfall finanzielle Erwägungen des Trägers gegenüber fachlichen Erwägungen hinsichtlich einer passgenauen Leistungsgewährung überwiegen. Insbesondere sieht der SoVD die Gefahr, dass Leistungen der Eingliederungshilfe künftig verstärkt der für den Sozialhilfeträger in der Regel deutlich kostengünstigeren Sphäre der Hilfe zur Pflege zugeordnet werden. Insbesondere mit Blick auf die unterschiedliche Einkommens- und Vermögensheranziehung dürfen keine finanziellen Anreize gesetzt werden, Leistungen der Eingliederungshilfe in die Hilfe zur Pflege zu verschieben.

Es steht zu befürchten, dass mit der Neuregelung Leistungen der Pflegeversicherung sowie der Hilfe zur Pflege in ambulanten Wohnformen in der Praxis vorrangig gegenüber den Leistungen der Eingliederungshilfe werden. Der SoVD betont mit Nachdruck, dass es keinen

Wegfall der Leistungen der Eingliederungshilfe bzw. der damit einhergehenden Rechtsansprüche der Betroffenen geben darf.

Leistungen der Eingliederungshilfe und der Pflege müssen nebeneinander möglich bleiben. Qualifizierte Leistungen der Eingliederungshilfe dürfen in ambulanten Wohnformen nicht zunehmend weniger gewährt werden und es darf nicht stattdessen vorrangig auf Leistungen der Pflege verwiesen werden. Besonders Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen, die zwar Bedarf an pädagogischer Anleitung und/oder Begleitung haben, bei denen jedoch die Betreuungsleistungen überwiegen, laufen Gefahr, Eingliederungshilfe nicht mehr beanspruchen zu können. Dies wird ambulante Settings deutlich erschweren. Ein Verlust an Standards und Fachlichkeit der Eingliederungshilfe droht dort.

Forderungen, die Leistungen der Eingliederungshilfe und der Hilfe zur Pflege voneinander mittels Altersgrenze abzugrenzen, wie zum Beispiel vom Bundesrat in seiner Stellungnahme zum PSG III (BR-Drucksache 410/16) erhoben, lehnt der SoVD scharf ab. Damit würden alte Menschen systematisch schlechter gestellt und ihnen der Zugang zu den umfassenderen Eingliederungshilfeleistungen erschwert.

Vielmehr sollten im Falle eines Zusammentreffens von schwer abzugrenzenden Leistungen der Hilfe zur Pflege und der Eingliederungshilfe die weitergehenden Leistungen der Eingliederungshilfe grundsätzlich den Leistungen der Hilfe zur Pflege vorgehen.

II. Zu den Änderungsanträgen der Fraktion CDU/CSU und SPD

1. Negative Eigenanteile/Stationäre Leistungsbeträge (Änderungsantrag 6)

Vorgesehen ist, dass die Pflegekasse auch Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung übernehmen darf, wenn der Leistungsbetrag für die stationäre Pflege nach § 43 SGB XI Kosten für die Pflege und die medizinische Behandlungspflege übersteigt.

SoVD-Bewertung: Zu den so genannten „negativen einrichtungseinheitlichen Eigenanteilen“ kann es ab 1.1.2017 kommen, wenn eine Pflegeeinrichtung mit den Pflegekassen niedrigere Pflegesätze vereinbart hat, als von der Pflegekasse im Rahmen der pauschalen Leistungsbeträge nach § 43 SGB XI übernommen werden. Da die Personalkosten in der Pflege den mit Abstand höchsten Ausgabenposten stationärer Pflegeeinrichtungen darstellen, kann dies nur dann der Fall sein, wenn die betreffende Einrichtung wenig und schlecht entlohntes Personal beschäftigt. Vor diesem Hintergrund setzt sich der SoVD erneut für die schnellstmögliche Einführung eines wissenschaftlich fundierten und bundesweit einheitlichen Personalschlüssels in der Pflege sowie eine bessere Entlohnung der Pflegekräfte ein.

Der SoVD weist erneut darauf hin, dass alle Regelungen zum Umgang mit den Eigenanteilen „nur“ an den Symptomen ansetzt. Die Ursache für die stetig wachsenden Eigenanteile in Bezug auf die Pflegekosten in der stationären Pflege liegen begründet in den seit Einführung der Pflegeversicherung fortschreitenden Kaufkraftverlusten der Pflegeversicherungsleistungen bei stationärer Pflege, die auf die vollkommen unzureichende Dynamisierung der Pflegeversicherungsleistungen zurückzuführen ist. Darüber hinaus führt auch die falsche Verankerung der Finanzierungsverantwortung für die medizinische Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen in der Pflegeversicherung zu hohen Eigenanteilen für die Pflegebe-

dürftigen. Vor diesem Hintergrund fordert der SoVD erneut, erstens eine Dynamisierungsautomatik für die Leistungen der Pflegeversicherung einzuführen und zweitens die Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege für Pflegebedürftige in stationären Pflegeeinrichtungen sachgerecht in der Krankenversicherung zu verankern.

2. **Beteiligung der Betroffenenverbände** (Änderungsantrag 16)

Vorgesehen ist, die Beteiligung der Betroffenenverbände nach § 118 SGB XI bei der Schaffung eines Personalbemessungsverfahrens den Beteiligungsregelungen im Qualitätsausschuss Pflege anzugleichen.

SoVD-Bewertung: Nach derzeitigem Recht unterscheiden sich die Arten der Beteiligung der Betroffenenverbände im Qualitätsausschuss Pflege (§ 113b SGB XI) und in Bezug auf die Schaffung eines Personalbemessungsverfahrens (§ 113c SGB XI). In der Praxis hat dies dazu geführt, dass die Betroffenenverbände nur eingeschränkt beteiligt wurden. Vor diesem Hintergrund ist die vorgesehene Änderung sehr zu begrüßen.

3. **Zugang zu Qualitätsdaten für nicht gewerbliche Dritte** (Änderungsantrag 18)

Vorgesehen ist, dass künftig zur nicht gewerblichen Nutzung auch Dritte unter bestimmten Bedingungen Zugang zu den Daten der Qualitätsprüfungen erhalten.

SoVD-Bewertung: Die Regelung ist zu begrüßen. Sie kann zu mehr Transparenz im Pflegesektor beitragen. Die zu vereinbarenden Nutzungsbedingungen müssen allerdings angemessen sein und dürfen eine verbraucherfreundliche Aufbereitung der Daten durch digitale Angebote nicht beschränken.

4. **Behandlungspflege in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen** (Änderungsantrag 25)

Menschen, die in einer Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI leben, erhalten Behandlungspflege als Leistung der häuslichen Krankenpflege nach § 37Abs. 2 Satz 1 SGB V, sofern sie einen besonderen Bedarf an Behandlungspflege haben, der eine ständige Überwachung und Versorgung durch eine qualifizierte Pflegefachkraft erfordert.

SoVD-Bewertung: Der SoVD begrüßt die Neuregelung als einen richtigen Schritt. Es bleibt jedoch dabei, dass es sich bei der medizinischen Behandlungspflege um eine originäre Aufgabe der Krankenversicherung handelt und die derzeitige Regelung viele pflegebedürftige Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Behindertenhilfe unzulässig benachteiligt. Der SoVD fordert, Leistungen der medizinischen Behandlungspflege unabhängig vom Versorgungssetting stets systemgerecht in der Gesetzlichen Krankenversicherung zu verankern. Die medizinische Behandlungspflege hat dabei als Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung die stationären Pflegeleistungen zu ergänzen, nicht (teilweise) zu ersetzen.

III. Zum Antrag der Fraktion DIE LINKE

Die Antragsteller fordern vor dem Hintergrund diverser Mängel in Finanzierung, Leistungsumfang sowie Struktur eine umfassende Neuausrichtung des bestehenden Pflegesystems.

SoVD-Bewertung: Der SoVD teilt die kritische Einschätzung des „Pflegemarktes“ und sieht ebenfalls einen über die derzeitigen Reformen hinausgehenden, grundsätzlichen Reformbedarf in der Pflege. Er unterstützt u.a. die Forderungen nach grundsätzlicher Verankerung der medizinischen Behandlungspflege in der Gesetzlichen Krankenversicherung, die Forderung nach Einführung einer Pflegevollversicherung zur Finanzierung aller pflegebedingten Aufwendungen durch die Pflegeversicherung sowie die Zusammenführung der sozialen und der privaten Pflegeversicherung zu einer integrierten, solidarischen Pflegeversicherung auf Grundlage der sozialen Pflegeversicherung.

IV. Zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Die Antragsteller begrüßen die mit dem PSG III vorgesehene Stärkung der Kommunen in der Pflege im Grundsatz, bemängeln jedoch, dass diese nicht weit genug gehe und sich nicht auf echte Gestaltungsmöglichkeiten erstrecke. Sie fordern verschiedene Maßnahmen, die Kommunen tatsächlich in die Lage versetzen, die regionale Pflegestruktur zu planen und zu steuern.

SoVD-Bewertung: Der SoVD teilt die Einschätzung, dass die im PSG III vorgesehenen Maßnahmen zur Stärkung insbesondere der Pflegeberatung und der integrierten Beratung richtige Schritte sind, jedoch die Kommunen eine echte Pflegestrukturplanung auch künftig nicht werden leisten können, weil ihnen gesetzliche Rahmenbedingungen und Mittel dazu fehlen. Aus Sicht des SoVD muss allerdings eine Leistungsberatung stets leistungsträgerunabhängig erfolgen. In Bezug auf die Kommunen bedeutet dies, dass die Leistungssteuerung in Bezug auf die Pflege nicht bei den Sozialhilfeträgern liegen sollte.

V. Zusammenfassung

Mit dem Dritten Pflegestärkungsgesetz (PSG III) sollen die Möglichkeiten für die Kommunen zur Erbringung integrierter Pflegeberatung in kommunaler Verantwortung erweitert werden. Vor dem Hintergrund, dass einer frühzeitigen, umfassenden und aufsuchenden Beratung für das Gelingen quartiersnaher Pflegesettings eine Schlüsselrolle zukommt, ist die geplante sektorenübergreifende, integrierte und wohnortnahe Beratung „aus einer Hand“ in kommunalen Beratungsstellen ein guter Ansatz. Es muss jedoch darauf geachtet werden, dass die Beratungsangebote trägerunabhängig beraten und ratsuchenden Menschen zwischen verschiedenen Beratungsangeboten der Kassen und der Kommunen frei wählen können.

Die mit dem PSG III geplanten erweiterten Möglichkeiten von Ländern und Kommunen hinsichtlich der Pflegeinfrastrukturplanung, sind grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings müssen in den Beratungen auch die Betroffenenvertreter mitwirken können. Die einheitliche Definition von Pflegebedürftigkeit sowie die einheitliche Verwendung des neuen Begutachtungsverfahrens im SGB XI, XII und dem Bundesversorgungsgesetz ist richtig. Leider ist die vorgese-

hene Neugestaltung der Schnittstellen zwischen Pflegeleistungen und Eingliederungshilfeleistungen sowie der Hilfe zur Pflege aus Sicht des SoVD weder ausreichend noch weitgehend in den Einzelpunkten überzeugend. Es drohen Verschlechterungen zum Status Quo, insbesondere hinsichtlich der in ambulanten Settings bezogenen Eingliederungshilfeleistungen.

Der SoVD bedauert, dass einige notwendige Reformen mit dem PSG III nicht in Angriff genommen werden. Der SoVD vermisst insbesondere die Stärkung der solidarischen Umlagefinanzierung, den Stopp des Kaufkraftverlustes der Pflegeversicherungsleistungen durch eine jährliche Leistungsdynamisierung sowie die Entlastung der Pflegebedürftigen von den Investitionskosten.

Berlin, den 12. Oktober 2016

DER BUNDESVORSTAND

Abteilung Sozialpolitik

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0204(2)
gel. VB zur öAnhörung am 17.10.2016_PSGIII
11.10.2016

AOK Die Gesundheitskasse. | BUNDESVERBAND

Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes zur Anhörung des Gesundheitsausschusses am 17.10.2016

zum

Entwurfes eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III)

Bundestagsdrucksache 18/9518

sowie zu
den Änderungsanträgen der Fraktionen CDU/CSU und SPD – Ausschussdrucksache 18(14)0206.1

Stand 10.10.2016

AOK-Bundesverband
Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin

Tel. 030/ 3 46 46 - 2299
Fax 030/ 3 46 46 - 2322

Inhaltsverzeichnis

I. Vorbemerkung ..... - 4 -

II. Gesetzentwurf ..... - 8 -

Artikel 1 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch ..... - 8 -

Nr. 2 § 7b Abs. 2a SGB XI – Beratungsgutscheine ..... - 8 -

Nr. 3 § 7c Abs. 1a SGB XI – Pflegestützpunkte ..... - 9 -

Nr. 3 § 7c Abs. 6 und Abs. 7 SGB XI – Schiedsstellenregelung zu Pflegestützpunkten ..... - 10 -

Nr. 4 § 8a Abs. 4 und 5 SGB XI – Gemeinsame Empfehlung der pflegerischen Versorgung ..... - 11 -

Nr. 5 § 10 Abs. 2 SGB XI – Berichtspflichten des Bundes und der Länder .... - 13 -

Nr. 6 § 13 Abs. 3 SGB XI – Verhältnis der Leistungen der Pflegeversicherung zu anderen Sozialleistungsträgern ..... - 14 -

Nr. 10 § 45b Abs. 2 SGB XI – Entlastungsbetrag ..... - 15 -

Nr. 17 § 79 SGB XI I – Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen ..... - 16 -

Nr. 18 § 123 SGB XI – Durchführung von Modellvorhaben zur kommunalen Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen ..... - 17 -

Nr. 18 § 123 Abs. 1, 2, 5 und 6 SGB XI - Durchführung von Modellvorhaben zur kommunalen Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen ..... - 18 -

Nr. 25 § 141 Absatz 3a SGB XI Besitzstandsschutz Kurzzeitpflege ..... - 20 -

Artikel 13 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ..... - 21 -

Nr. 5 § 275b SGB V - Durchführung und Umfang von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege durch den Medizinischen Dienst ..... - 21 -

Artikel 16 Änderungen des Medizinproduktegesetzes ..... - 22 -

Nr. 5 § 15 Benennung und Überwachung der Stellen, Anerkennung und Beauftragung von Prüflaboratorien ..... - 22 -

III. Änderungsanträge der Fraktionen CDU/CSU und SPD - Ausschussdrucksache 18(14)0206.1 ..... - 24 -

Änderungsantrag Nr. 2 zu Artikel 1 Nr. 1a b) aa) § 7 SGB XI – Erweiterung der gesetzlichen Angaben zur Leistungs- und Preisvergleichslisten ..... - 24 -

Änderungsantrag Nr. 2 zu Artikel 1 Nr. 1a b) § 7 SGB XI – Bedingungen für die Weitergabe der Leistungs- und Preisvergleichslisten ..... - 25 -

Änderungsantrag Nr. 17 zu Artikel 1 Nr. 21a (§ 114) a) Absatz 3a SGB XI - Konkretisierung der Mitwirkungspflicht der Einrichtungen bei Qualitätsprüfungen und Maßgaben für Einwilligung ..... - 26 -

Änderungsantrag Nr. 18 zu Artikel 1 Nr. 21a § 115 SGB XI – Zugang für Dritte zu nicht gewerblicher Nutzung der Daten, die den Qualitätsdarstellungsvereinbarungen nach § 115 Absatz 1a zu Grunde liegen ..... - 27 -

Änderungsantrag Nr. 25 zu Artikel 13 Nr. 2 § 37 Abs. 2 SGB V – Regelungen zur Behandlungspflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für Menschen mit Behinderung ..... - 28 -

IV. Ergänzender Änderungsbedarf aus Sicht des AOK-Bundesverbandes ..... - 29 -

§ 71 Abs. 2a SGB XI: Pflegeeinrichtungen: Klarstellung zu Versorgungsstrukturen im Verbund ..... - 29 -

§ 72a SGB XI: Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag - Transparenz zu neuen Wohnformen ..... - 30 -

§ 92b SGB XI: Öffnung der integrierte Versorgung ..... - 31 -

I. Vorbemerkung

Mit dem dritten Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Gesetze "(PSG III)" überführt der Gesetzgeber konsequent die Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in das elfte Sozialgesetzbuch und vollendet mit der Harmonisierung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs in der Hilfe zur Pflege und mit weiteren Korrekturen die mit dem PSG II eingeleitete umfassende Reform der Sozialen Pflegeversicherung. In Anlehnung an aktuelle Ereignisse und Erkenntnisse über Betrugspraktiken werden weitere Instrumente zur Verhinderung von Abrechnungsbetrug in der Pflege gesetzlich implementiert.

Koordination und Kooperation in gemeinsam verantworteten Beratungsstrukturen von Kommunen und Pflegekassen statt Aufgabenverlagerung

Die Stärkung der Rolle der Kommune wird im Wesentlichen durch das Initiativrecht der Länder bzw. der Kommunen für die Errichtung von Pflegestützpunkten, Schiedsstellen, sektorübergreifenden und regionalen Pflegeausschüssen zur Verzahnung von Pflegestrukturfragen mit Versorgungsfragen sowie für die Durchführung von Modellkommunen realisiert. Die Entscheidungsbefugnis der (Landesverbände) der Pflegekassen wird (auch gegenüber dem Status quo) erheblich eingeschränkt und konterkariert ein partnerschaftliches ausgewogenes Verhältnis der Beteiligten.

Mit den vorgeschlagenen Regelungen zur Stärkung der Rolle der Kommune wird der Eindruck erweckt, dass nicht die Koordination und Kooperation im Zentrum steht, sondern die alleinige Verlagerung von Beratungsaufgaben aus dem Bereich der Pflegeversicherung auf die Zuständigkeit der Kommunen. Damit werden Doppelstrukturen und Insellösungen aufgebaut, die nicht zielführend sind und zusätzliche Ressourcen binden. Der Eindruck ist hier insbesondere durch die Neuregelungen der §§ 7c und 123f - die sich auf die bloße Steuerung von Leistungen beziehen - belegt.

Die im Gesetzentwurf avisierten Änderungen führen dazu, dass bisher gewachsene und gut etablierte Beratungsstrukturen durch ein einseitiges Implementierungsrecht gefährdet sind. Die AOK setzt 700 Pflegeberater im Case-Management ein und hat im Jahr 2015 knapp 57.500 Pflegeberatungen nach § 7a durchgeführt. 2/3 der Beratungen sind zugehend, ein Drittel findet in einer von 1.380 Geschäftsstelle der AOK oder im Pflegestützpunkt statt. Die AOK als Orts-Kranken- und Pflegekasse ist gut in die kommunalen Strukturen eingebunden.

Der Weg für eine sinnvolle Stärkung der Rolle der Kommune in der Pflege liegt aber nicht in der Verlagerung von Kompetenzen der Kranken- und Pflegekassen auf die Kommunen bei gleichzeitiger Finanzierung durch die Pflegekassen. Notwendig und auch möglich ist vielmehr ein gemeinsames Handeln im Rahmen der jeweiligen Zuständigkeiten. Deshalb sollten die Aktivitäten des Gesetzgebers darauf zielen, Koordinierung und Kooperation zwischen den relevanten Akteuren zu verbessern und nicht Aufgaben zu verlagern. Für eine Optimierung der Zusammenarbeit sind die vorhande-

nen Strukturen zu nutzen und ggf. bedarfsgerecht auszubauen. Darauf basierende mögliche Alternativregelungen, die statt auf einseitiger Steuerungshoheit der Kommunen vielmehr auf Kooperation und gemeinsamer Verantwortung aufsetzt, werden von den Ländern strikt abgelehnt.

Sofern daher tatsächlich an einer Verlagerung von Beratungsaufgaben aus dem Bereich der Pflegeversicherung auf die Kommunen festgehalten wird, sind drei wesentliche Aspekte zu beachten:

- Um dem Ansatz „Beratung aus einer Hand“ Rechnung zu tragen, sind im Rahmen der Modellkommunen alle gesetzlich normierten Beratungsaufgaben der Kranken- und Pflegekasse zu übertragen; ein Wahloption der Kommune für die Übernahme einzelner Beratungsaufgaben ist auszuschließen.

- Die übertragenen Aufgaben dürfen nicht an Dritte delegiert werden: Sinn und Zweck der Modellkommunen ist es, die Beratungs-, Versorgungs- und Unterstützungslandschaft zu verzahnen. Ein Delegationsrecht an Dritte bei Modellkommunen – wie bereits heute schon von Kommunen an Wohlfahrtsverbände - konterkariert die mit dem Gesetzentwurf verbundene Zielsetzung. Ein Delegationsrecht zieht auch notwendigerweise ein Gestaltungs- und Kontrollrecht nach sich, das – so die Vergangenheit – nicht nur erhebliche Herausforderungen für die kommunalen Beratungsstellen bedeutet, sondern auch leistungs- und vertragsrechtliche Konsequenzen hat.

- Damit bereits bestehende Beratungsstrukturen in neu zu etablierende Strukturen eingebunden werden, sind bei der Ausübung des Initiativrechts alle heutigen Strukturen zwingend zu berücksichtigen.

Verzahnung von Pflegestrukturfragen mit Versorgungsfragen durch sektorübergreifende und regionale Ausschüsse funktioniert nur, wenn auch die Gebietskörperschaften ihrer Informationsbringschuld und - Holschuld nachkommen

Schon heute obliegt der kommunalen Ebene die Analyse des Bedarfs und des pflegerischen Angebots. Sie ist verantwortlich für die Vorhaltung einer zahlenmäßig ausreichenden pflegerischen Versorgungsstruktur. Steuerungselement ist dabei nicht nur die Pflegeinfrastrukturförderung, sondern auch der Einfluss der Sozialhilfeträger insbesondere bei der Gründung von Pflegewohnformen. Umfassende Daten der Gebietskörperschaften auf unterschiedlichen Ebenen, die eine hohe Relevanz für die pflegerische Versorgungsplanung haben, sind ebenso einzubeziehen wie die Daten der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen, der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenhausgesellschaften. Hierzu gehören insbesondere die Daten zur Anerkennung von niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsleistungen, die kommunalen Beratungsstellen und die den Wohn- und Teilhabegesetzen der Länder unterliegenden pflegerischen Wohnformen. Aufgrund der föderalen Ausgestaltung ist eine bundesweit einheitliche Anzeigepflicht neuer pflegerischer Wohnformen unerlässlich. Der AOK-Bundesverband empfiehlt, eine entsprechende gesetzliche Normierung aufzunehmen.

Konsequente Harmonisierung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII – Folgen für die Soziale Pflegeversicherung

Der mit dem PSG II eingeführte neue Pflegebedürftigkeitsbegriff verankert ein umfassenderes Verständnis von Pflegebedürftigkeit für die soziale Pflegeversicherung. Da die leistungsrechtliche Umsetzung des erweiterten Verständnisses von Pflegebedürftigkeit auch direkte und indirekte Aus- und Wechselwirkungen auf andere Sozialleistungsbereiche und dort insbesondere auf die Hilfe zur Pflege hat, ist der im SGB XII verankerte Begriff zu harmonisieren.

In diesem Kontext wurden auch die **Regelungen zu Pauschalleistungen für die Pflege von Menschen mit Behinderungen vom geplanten Bundesteilhabegesetz** (BTHG) in den Gesetzentwurf des PSG III überführt. Infolge der künftig fehlenden Differenzierung nach ambulanten, teilstationären und vollstationären Wohnformen durch die avisierte Personenzentrierung in der Eingliederungshilfe bedarf es auch einer gesetzlichen Nachjustierung. Mit dem Gesetzesentwurf werden die bisherigen Pflege-Pauschalleistungen für pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen auf Wohnformen ausgeweitet, in denen die Bewohner Leistungen der Eingliederungshilfe und darüber hinaus Leistungen zur Pflege oder Betreuung in dem Umfang erhalten, so dass in der Gesamtbetrachtung die Versorgung durch die Anbieter umfassend organisiert wird. Diese Maßnahme zur Vermeidung von ungewollten Lastenverschiebungen zwischen der Eingliederungshilfe und der Pflegeversicherung ist aus Sicht des AOK-Bundesverbandes zu begrüßen. Sie entspricht im Übrigen auch den Vorgaben des Koalitionsvertrags von CDU/CSU und SPD.

Die avisierte Einführung einer **Vorrang-Nachrang-Regelung der pflegerischen Betreuungsleistungen zu den Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft** werden durch die Änderungen konfliktträchtiger. Es ist daher zu erwarten, dass Leistungen als Pflegeleistungen definiert werden und die Eingliederungshilfe faktisch als nachrangiges System behandelt wird; in der Konsequenz wird es zu einer Leistungsverlagerung in die Soziale Pflegeversicherung führen. Dies lehnt der AOK-Bundesverband ab.

Abrechnungsbetrug entgegenwirken – weitere Maßnahmen werden begrüßt

Mit dem Gesetzentwurf erhalten die gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherungen ein systematisches Prüfrecht. Die Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) sollen künftig alle Pflegedienste betreffen, auch solche, die ausschließlich Leistungen der häuslichen Krankenpflege erbringen. Hierfür sollen die bestehenden Instrumente zur Qualitätssicherung im Bereich der Pflege weiterentwickelt werden und die Stichprobengestaltung auch auf Personen, die ausschließlich Leistungen der häuslichen Krankenpflege erhalten, ausgeweitet werden. Liegen Anhaltspunkte für fehlerhafte Abrechnungen vor, können die Pflegekassen unangemeldete Abrechnungsprüfungen vornehmen. Um den Ausbau des Schutzes vor unlauteren Anbietern auf dem Pflegemarkt umzusetzen, muss ergänzend die Möglichkeit einer anlassbezogenen Abrechnungsprüfung gesetzlich implementiert werden. Der AOK-Bundesverband zeigt einen Vorschlag auf.

Die Engführung des Informationsfreiheits- und Informationsverwertungsgesetzes zur Schaffung von Wettbewerbsvorteilen für nicht-gewerbliche Anbieter von Informationsportalen für die Pflegeversicherung wird strikt abgelehnt.

Mit den Änderungsanträgen Nrn. 2 und 18 der Fraktionen CDU/CSU und SPD werden gesonderte Regelungen für gemeinnützige Anbieter von Informationsportalen getroffen, obwohl über das Informationsfreiheits- und Informationsverwertungsgesetz bereits die Weiterleitung und Verarbeitung von Daten im Allgemeinen geregelt ist. Ein gesonderter Regelungsbedarf, der in den Wettbewerb zwischen gewerblichen und nicht-gewerblichen Anbietern eingreift, wird ausdrücklich abgelehnt.

Nachfolgend nimmt der AOK-Bundesverband im Einzelnen nur zu den Regelungen des Gesetzentwurfes (Abschnitt II) und zu den Änderungsanträgen der Fraktionen CDU/CSU und SPD, Ausschussdrucksache 18/9518 (Abschnitt III), Stellung, zu denen der AOK-Bundesverband zu einer anderen Bewertung kommt oder einen anderen Akzent setzt. Darüber hinaus sind in dieser Stellungnahme weitere, ergänzende AOK-Vorschläge aufgenommen (Abschnitt IV).

II. Gesetzentwurf

Artikel 1 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 2 § 7b Abs. 2a SGB XI – Beratungsgutscheine

A Beabsichtigte Neuregelung

Pflegebedürftige können Beratungsgutscheine auch bei kommunalen Beratungsstellen einlösen. Die kommunalen Beratungsstellen haben die Empfehlungen zur Anzahl, Qualifikation und Fortbildung der Pflegeberater und Pflegeberatungs-Richtlinie zu beachten. Die Vergütung ist vertraglich mit der Pflegekasse oder mit den anderen Pflegekassen gemeinsam zu regeln.

B Stellungnahme

Das Anliegen des Gesetzgebers trägt der bisherigen Praxis Rechnung, dass ausgestellte Beratungsgutscheine nach § 7b auch in kommunalen Beratungsstellen eingelöst werden können. Ausdrücklich begrüßt wird dabei, dass die Anforderungen an die Aus-, Fort- und Weiterbildung der Pflegeberater der Kranken- und Pflegekassen sowie der Beratungsstellen nach Absatz 2 auch für die kommunalen Beratungsstellen gelten.

Ergänzend ist jedoch auszuschließen, dass die in Satz 1 genannten Beratungsstellen ihre Aufgaben nicht an Dritte delegieren.

C Änderungsvorschlag

In Absatz 2a ist nach Satz 1 ein neuer Satz 2 einzufügen:

"Die Beratungsstellen nach Satz 1 können sich zur Erfüllung ihrer Aufgaben nicht Dritter bedienen."

Nr. 3 § 7c Abs. 1a SGB XI – Pflegestützpunkte

A Beabsichtigte Neuregelung

Kommunale Stellen (Sozialhilfeträger) haben ein fünfjähriges Initiativrecht (vom 01.01.2017 bis zum 31.12.2021) zur Errichtung von Pflegestützpunkten, verbunden mit einem Kontrahierungszwang für die Kranken- und Pflegekassen.

B Stellungnahme

Die bestehenden Regelungen zum Betrieb und zur Organisation von Pflegestützpunkten sind bereits ausreichend. Ein Initiativrecht für die kommunalen Stellen ist in derselben Ausgestaltung zu implementieren wie die bisherigen gesetzlichen Regelungen zur Implementierung von Pflegestützpunkten durch die zuständige oberste Landesbehörde (Kann-Regelung).

Mit der Neuregelung werden - entgegen der Gesetzesbegründung - Doppelstrukturen aufgebaut, denn vom Initiativrecht kann - unabhängig von bereits bestehenden Beratungsstrukturen -Gebrauch gemacht werden. Durch die Verpflichtung der Kranken- und Pflegekassen zum Abschluss einer Vereinbarung werden in der Konsequenz bisher gewachsene und gut funktionierende Beratungsstrukturen der Kranken- und Pflegekassen, die allseits eine hohe Anerkennung erfahren, zerstört.

Der fünf-Jahres-Zeitraum zur Erprobung des Initiativrechts führt darüber hinaus zu Unsicherheiten hinsichtlich des mittelfristigen Investments der Kranken- und Pflegekassen in den weiteren Auf-und Ausbaus der Pflegeberatung. Auch für die Kranken- und Pflegekassen bedarf es einer Investitionssicherheit; in Koppelung an das Initiativrecht der Kommunen, ist der Zeitraum der Erprobung auf zwei Jahre zu begrenzen.

C Änderungsvorschlag

Absatz 1a ist wie folgt zu fassen:

"Die für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch können aufgrund landesrechtlicher Vorschriften im Zeitraum 01. August 2018 bis zum 31. Juli 2020 die Einrichtung von Pflegestützpunkten beschließen und mit den Pflegekassen und Krankenkassen eine Vereinbarung hierzu schließen. Ist in der Vereinbarung zur Einrichtung eines Pflegestützpunktes oder in den Rahmenverträgen nach Absatz 6 nichts anderes vereinbart, werden die für den Betrieb des Pflegestützpunktes erforderlichen Aufwendungen von den Trägern des Pflegestützpunktes unter Berücksichtigung der anrechnungsfähigen Aufwendungen für das eingesetzte Personal zu gleichen Teilen getragen."

Nr. 3 § 7c Abs. 6 und Abs. 7 SGB XI – Schiedsstellenregelung zu Pflegestützpunkten

A Beabsichtigte Neuregelung

Neben den bisherigen Vertragspartnern auf Landesebene haben sich nun auch die kommunalen Spitzenverbände auf Landesebene an den Rahmenverträgen zur Arbeit und Finanzierung der Pflegestützpunkte zu beteiligen. Darüber hinaus werden alle Vertragspartner verpflichtet, Rahmenverträge abzuschließen. Als Konfliktlösungsmechanismus wird die Implementierung von Schiedsstellen auf Initiative der Länderregierung per Rechtsverordnung gesetzlich normiert.

B Stellungnahme

Mit der Beteiligung der kommunalen Spitzenverbände an den Rahmenverträgen über Pflegestützpunkte wird zugleich eine Verpflichtung der Rahmenvertragspartner zum Abschluss einer Rahmenvereinbarung implementiert. Die Praxis hat gezeigt, dass die bisherigen gesetzlichen Grundlagen zum Abschluss von Rahmenverträgen ausreichend sind. Mit einer Verpflichtung zum Abschluss von Rahmenverträgen in Verbindung mit der verpflichtenden Berücksichtigung von landesrechtlichen Bestimmungen zur Einrichtung von Pflegestützpunkten und mit dem Initiativrecht der Landesregierung, Schiedsstellen einzurichten (vgl. Absatz 7), wird das ausgewogenes partnerschaftliches Verhältnis zwischen Gebietskörperschaften und Kranken- und Pflegekassen aufgegeben. Es ist klarzustellen, dass bisherige Rahmenverträge fortgelten können.

Üblicherweise ist eine Schiedsstelle als Konfliktlösungsmechanismus zwischen Leistungs-/Sozialversicherungsträger und Leistungserbringer gesetzlich verankert. Mit der Neuregelung wird erstmals eine Schiedsstelle zwischen Sozialversicherungsträgern eingerichtet und das Land als bisherige Schlichtungs- resp. Mediationsstelle aus der Verpflichtung genommen. Die bisherigen Verhandlungen der Rahmenvertragspartner haben gezeigt, dass Regelungen ggf. unter Schlichtung der Landesregierung getroffen werden können. Eine Überregulierung mit zusätzlich erheblichen Ressourcenbindungen ist nicht nachvollziehbar. Die Regelung ist zu streichen.

C Änderungsvorschlag

Absatz 6 ist wie folgt zu fassen:
"Die Landesverbände der Pflegekassen können mit den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen und den zuständigen Trägern der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch sowie den kommunalen Spitzenverbänden auf Landesebene Rahmenverträge zur Arbeit und zur Finanzierung der Pflegestützpunkte vereinbaren. Bestandskräftige Rahmenverträge gelten fort. Die von der zuständigen obersten Landesbehörde getroffene Bestimmung zur Einrichtung von Pflegestützpunkten sowie die Empfehlungen nach Absatz 8 sind hierbei zu berücksichtigen. In den Rahmenverträgen nach Satz 1 ist die Zuständigkeit insbesondere für die Koordinierung der Arbeit, die Qualitätssicherung und die Auskunftspflicht gegenüber den Trägern, den Ländern und dem Bundesversicherungsamt zu bestimmen. Ferner sollen Regelungen zur Aufteilung der Kosten unter Berücksichtigung der Vorschriften nach Absatz 4 getroffen werden; diese gelten unmittelbar für die Pflegestützpunkte, soweit in den Verträgen zur Errichtung der Pflegestützpunkte nach Absatz 1 nichts anderes vereinbart ist."

Absatz 7 ist ersatzlos zu streichen.

Nr. 4 § 8a Abs. 4 und 5 SGB XI – Gemeinsame Empfehlung der pflegerischen Versorgung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die auch im Landespflegeausschuss, im sektorübergreifenden Landespflegeausschuss oder in regionalen Ausschüssen vertretenen Pflegekassen und Landesverbände der Pflegekassen sollen bei der Er- bzw. Überarbeitung der Pflegestrukturplanungsempfehlungen mitwirken und erforderliche nicht personenbezogene Daten zur Verfügung stellen. Gesetzlich normiert wird eine Berichtspflicht gegenüber den Ausschüssen, in wie weit die Empfehlungen bei der praktischen Aufgabenerfüllung genutzt werden.

Die im Landespflegeausschuss, im sektorübergreifenden Landespflegeausschuss oder in regionalen Ausschüssen erarbeiteten Empfehlungen sollen beim Abschluss von Versorgungs- und Rahmenverträgen und beim Abschluss der Vergütungsverträge von den jeweiligen Vertragsparteien genutzt werden.

B Stellungnahme

Wichtige Voraussetzungen, um Empfehlungen für die bedarfsgerechte Weiterentwicklung der Pflegeinfrastruktur auszusprechen, sind insbesondere Daten über die Verfügbarkeit der vorhandenen Angebote zur Beschreibung der jeweiligen Versorgungsstruktur.

Mit dem Gesetzesvorschlag sind hierfür die Kranken -und Pflegekassen, die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenhausgesellschaften verpflichtet, nicht personenbezogene Daten zur Verfügung zu stellen. Hingegen werden die Daten der für die Anerkennung von niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsleistungen zuständigen Stellen, die obersten Landesbehörden für die Errichtung von kommunalen Beratungsstellen und die Länder aus dieser Datenverpflichtung entlassen, obwohl die Informationen über das Angebot von kommunalen Beratungsstellen, von Entlastungs- und Betreuungsangeboten und pflegerischen Wohnformen eine hohe Relevanz für die pflegerische Versorgungsplanung haben. Die Verpflichtung ist entsprechend in Absatz 4 zu ergänzen und in der Gesetzesbegründung auszuführen. Darüber hinaus wird ergänzend eine Anzeigepflicht zu neuen Wohnformen über einen neuen § 72a vorgeschlagen (vgl. Ergänzender Änderungsbedarf aus Sicht des AOK-Bundesverbandes unter Abschnitt IV).

Der kommunalen Ebene obliegt schon heute die Analyse des Bedarfs und des pflegerischen Angebots. Sie ist verantwortlich für die Vorhaltung einer zahlenmäßig ausreichenden pflegerischen Versorgungsstruktur; Steuerungselement ist dabei nicht nur die Pflegeinfrastrukturförderung, sondern auch der Einfluss der Sozialhilfeträger insbesondere bei der Gründung von Pflegewohnformen.

Inwieweit Empfehlungen von regionalen oder sektorübergreifenden Ausschüssen beim Abschluss von Versorgungsverträgen mit Pflegeeinrichtungen realisiert werden können, ist unter dem marktwirtschaftlichen Prinzip der Sozialen Pflegeversicherung und den Kontrahierungszwang der Landesverbände der Pflegekassen in Frage zu stellen; hingegen können sie wichtige Informationen für die Ausgestaltung der Pflegeinfrastrukturförderung bieten. Der Verwendungszweck der Empfehlung ist daher auszuweiten.

Darüber hinaus sind die Empfehlungen zur Pflegestrukturplanung nicht geeignet für den Abschluss von Rahmen- und Vergütungsverträgen; zum einen, da diese Verträge nicht die Infrastrukturplanung gestalten, sondern vielmehr die Inhalte für eine wirksame und wirtschaftliche pflegerische Versorgung der Versicherten beschreiben. Zum ande-

ren sind eventuelle Vergütungszuschläge zur Infrastruktursteuerung nicht mit den Bemessungsgrundsätzen des achten Kapitels vereinbar. Die Rahmen- und auch die Vergütungsverträge gelten im Land i.d.R. einheitlich; regionale Empfehlungen können dieser Anforderung nicht Rechnung tragen. Die Einbeziehung der Empfehlungen in den Rahmen- und Vergütungsverträgen sind zu streichen.

C Änderungsvorschlag

Absatz 4 ist wie folgt zu fassen:

"Die in den Ausschüssen nach den Absätzen 1 bis 3 vertretenen Mitglieder wirken in dem jeweiligen Ausschuss an einer nach Maßgabe landesrechtlicher Vorschriften vorgesehenen Erstellung und Fortschreibung von Empfehlungen zur Sicherstellung der pflegerischen Infrastruktur (Pflegestrukturplanungsempfehlung) mit. Sie stellen die hierfür erforderlichen Angaben bereit, soweit diese ihnen im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgaben verfügbar sind und es sich nicht um personenbezogene Daten handelt. Die Mitglieder nach Satz 1 berichten den Ausschüssen nach den Absätzen 1 bis 3 insbesondere über eine Berücksichtigung dieser Empfehlungen."

Absatz 5 ist wie folgt zu fassen:

"Empfehlungen der Ausschüsse nach den Absätzen 1 bis 3 zur Weiterentwicklung der Versorgung sollen die Länder bei der Infrastrukturförderung berücksichtigen. Die Vertragsparteien nach dem Siebten Kapitel beziehen die Empfehlungen der Ausschüsse nach den Absätzen 1 bis 3 beim Abschluss der Versorgungsverträge ein."

Nr. 5 § 10 Abs. 2 SGB XI – Berichtspflichten des Bundes und der Länder

A Beabsichtigte Neuregelung

Es wird eine jährliche Berichtspflicht der Länder zu Art und Umfang der Investitionskostenförderung der Pflegeeinrichtungen gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) verankert. Diese umfasst auch Angaben zu den durchschnittlichen Investitionskosten der Pflegebedürftigen.

B Stellungnahme

Die Investitionskostenförderung der Länder ist wesentlicher Bestandteil der Pflegeinfrastrukturgestaltung. Für die Berücksichtig der Empfehlungen nach § 8a Abs. 5 ist es für die Vertragspartner des siebten Kapitels wesentlich, Informationen über die Förderung der Pflegeeinrichtungen zu erhalten und mit welchen finanziellen Auswirkungen auf den Investitionskostenanteil der Pflegebedürftigen dieses im Ergebnis verbunden ist. Die Erweiterung wird daher ausdrücklich begrüßt. Die Informationen an das Bundesgesundheitsministerium sind entsprechend auf Landkreisebene auszuweisen und der Bericht zu veröffentlichen.

C Änderungsvorschlag

Absatz 2 ist wie folgt zu fassen:

"Die Länder berichten dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. Juni über Art und Umfang der finanziellen Förderung der Pflegeeinrichtungen im vorausgegangenen Kalenderjahr sowie über die mit dieser Förderung verbundenen durchschnittlichen Investitionskosten für die Pflegebedürftigen auf Ebene der Landkreise bzw. kreisfreien Städte. Der Bericht ist vom Bundesministerium für Gesundheit zu veröffentlichen."

Nr. 6 § 13 Abs. 3 SGB XI – Verhältnis der Leistungen der Pflegeversicherung zu anderen Sozialleistungsträgern

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung wird das Vorrang-Nachrang-Verhältnis zwischen Pflegeversicherungsleistungen und Leistungen der Eingliederungshilfe bestimmt. Nach bisherigem Recht sind die Leistungen der Eingliederungshilfe den Leistungen der Pflegeversicherung nicht nachrangig.

B Stellungnahme

Für Menschen mit Behinderung, die sowohl auf Leistungen der Eingliederungshilfe als auch auf Leistungen der Pflegeversicherung angewiesen sind, ist die bedarfsgerechte Kombination von Leistungen von großer Bedeutung. Bereits die Regelungen nach geltendem Recht führten in der Praxis bisher zu erheblichen Abgrenzungsschwierigkeiten beim Zusammentreffen von pflegerischen Bedarfen und Bedarfen der Eingliederungshilfe. Die Abgrenzung der pflegerischen Betreuungsleistungen zu den Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft werden durch die Änderungen konfliktträchtiger. Es ist daher zu erwarten, dass Leistungen als Pflegeleistungen definiert werden und die Eingliederungshilfe faktisch als nachrangiges System behandelt wird; in der Konsequenz wird es zu einer Leistungsverlagerung in die Soziale Pflegeversicherung führen. Dies ist abzulehnen und entspricht nicht dem Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD in dem vereinbart wurde, dass die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs nicht zu Kostenverlagerungen anderer Träger auf die soziale Pflegeversicherung führen soll (S. 83 Koalitionsvertrag für die 18. Legislaturperiode).

Auf der Basis dieser grundlegenden Unterschiede und der Abgrenzungsschwierigkeiten unterstützt der AOK-Bundesverband die Forderung, die Leistungen der Pflegeversicherung gleichrangig neben Leistungen der Eingliederungshilfe zu gewähren.

C Änderungsbedarf

Die Neuregelung ist zu streichen.

Nr. 10 § 45b Abs. 2 SGB XI – Entlastungsbetrag

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Anspruch auf den Entlastungsbetrag besteht mit Vorliegen der Pflegebedürftigkeit und der häuslichen Pflege. Ein Antragserfordernis vor der Inanspruchnahme bedarf es nicht.

B Stellungnahme

Die beabsichtigte Klarstellung wird begrüßt und dient der Vereinfachung des Erstattungsverfahrens.

Vor dem Hintergrund der aufwendigen Regelungen der Kostenerstattung für den Versicherten wird ergänzend vorgeschlagen, auch das Kostenerstattungsverfahren zu vereinfachen. In den Fällen, in denen eine wiederkehrende Zahlung regelmäßig stattfindet und dabei jeweils der Höchstbetrag ausschöpft wird, soll eine automatische Zahlung ermöglicht werden. Die Pflegekasse prüft in regelmäßigen Abständen das Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen.

C Änderungsbedarf

Absatz 2 ist wie folgt zu fassen:

„Der Anspruch auf den Entlastungsbetrag entsteht, sobald die in Absatz 1 Satz 1 genannten Anspruchsvoraussetzungen vorliegen, ohne dass es einer vorherigen Antragstellung bedarf. Die Kostenerstattung in Höhe des Entlastungsbetrags nach Absatz 1 erhalten die Pflegebedürftigen von der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen sowie im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von der Beihilfefestsetzungsstelle bei Beantragung der dafür erforderlichen finanziellen Mittel gegen Vorlage entsprechender Belege über entstandene Eigenbelastungen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der in Absatz 1 Satz 3 genannten Leistungen. Bei Nachweis der regelmäßigen Inanspruchnahme der Leistungen nach Abs. 1 Satz 1 jeweils bis zu dem in Absatz 1 Satz 1 genannten Höchstbetrag, erfolgt die Auszahlung durch die Pflegekasse automatisch ohne Vorlage entsprechender Belege. Die Pflegekasse prüft in regelmäßigen Abständen das Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen. Die Leistung nach Absatz 1 Satz 1 kann innerhalb des jeweiligen Kalenderjahres in Anspruch genommen werden; wird die Leistung in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden.“

Nr. 17 § 79 SGB XI I – Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Ergänzung des § 79 SGB XI ermöglicht der Gesetzgeber den Landesverbänden der Pflegekassen, bei vorliegenden tatsächlichen Anhaltspunkten im Rahmen fehlerhafter Abrechnung durch Pflegedienste Abrechnungsprüfungen selbst oder durch bestellte Sachverständige durchzuführen.

B Stellungnahme

Grundsätzlich begrüßt der AOK-Bundesverband die vom Gesetzgeber geplante Ergänzung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen um die Abrechnungsprüfungen. Damit erhalten die Landesverbände der Pflegekassen nunmehr die Möglichkeit einer zusätzlichen Abrechnungsprüfung außerhalb der Qualitätsprüfung, wenn der begründete Verdacht einer Falschabrechnung durch einen Pflegedienst vorliegt. Selbstverständlich müssen konkrete Hinweise vorliegen, um eine Prüfung zu veranlassen. In Absatz 1 des § 79 SGB XI im Rahmen der Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfung wird darauf hingewiesen, dass eine Prüfung nur dann zulässig ist, wenn dem Pflegedienst Anhaltspunkte im Vorfeld benannt werden. Anders als im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung muss aus Sicht des AOK-Bundesverbandes ein unverzügliches Handeln im Rahmen einer Abrechnungsprüfung möglich sein, analog einer anlassbezogenen Qualitätsprüfung im Rahmen des § 114 Absatz 4 SGB XI. Eine Abrechnungsprüfung muss demnach auch unangemeldet erfolgen können. Bei einem konkret vorliegenden Verdacht einer fehlerhaften Abrechnung sollte zwingend ausgeschlossen werden, dass durch gezielte Manipulation des Leistungserbringers ggfs. Nachweise vernichtet oder anderweitig manipuliert werden. Zudem könnten durch die Informationsweitergabe im Vorfeld der Prüfung, gegebenenfalls Pflegebedürftige durch den Pflegedienst belastet werden, in dem diese die mutmaßlichen Beschwerdeführer - im Zusammenhang mit dem Vorwurf der fehlerhaften Abrechnung - suchen. Aus den genannten Gründen schlägt der AOK-Bundesverband deshalb eine Änderung des geplanten Gesetzesentwurfes dahingehend vor, dass im Fall einer Abrechnungsprüfung, diese grundsätzlich unangemeldet durchgeführt wird.

C Änderungsvorschlag

In Absatz 4 Nummer 2 sind folgende Worte zu streichen „Absatz 1 Satz 3 und 4“.

In Absatz 4 ist nach Satz 1 folgender Satz anzufügen: „Die Abrechnungsprüfung ist grundsätzlich unangemeldet durchzuführen.“

Nr. 18 § 123 SGB XI – Durchführung von Modellvorhaben zur kommunalen Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen

A Beabsichtigte Neuregelung

Zur Erprobung neuer Beratungsstrukturen in 60 Modellkommunen wird den Sozialhilfeträgern ein Initiativrecht eingeräumt, verbunden mit der Aufgabenübertragung von Pflegeberatung, Pflegekursen und Beratungspflichtbesuchen auf die Kommune und einem Kontrahierungszwang für die Pflegekassen.

B Stellungnahme

Mit der avisierten Aufgabenübertragung nach § 123 n.F. ist unklar, gegenüber wem die Versicherten im Zuständigkeitsbereich der Modellkommune den jeweiligen Leistungsanspruch für die Beratung haben. In Betracht kommen nach der Gesetzesformulierung und –begründung zwei Varianten: Die Versicherten behalten ihren Leistungsanspruch gegenüber der Pflegekasse, die Modellkommune führt die beantragte Leistung nur aus (indirekter Rechtsanspruch). Oder aber der Versicherte hat seinen Antrag an den Träger der Modellkommune als zuständigen Leistungsträger zu richten (direkter Rechtsanspruch).

Für einen direkten Rechtsanspruch gegenüber dem zuständigen Träger der Sozialhilfe spricht zum einen der gewählte Wortlaut von § 123 Abs. 1 S. 4, der von der „Übernahme“ der Beratungsaufgaben durch eigene Beratungsstellen spricht, sowie andererseits die angeordnete entsprechende Geltung der §§ 7a bis 7c, 37 Abs. 3 S. 1, 2, 5 1. HS, 6 1. HS, Abs. 4 sowie § 45 nach § 123 Abs. 1 S. 5. Für diese Auslegung spricht außerdem der Vergleich mit § 264 Abs. 2 SGB V, wonach die Krankenbehandlung … von den Krankenkassen „übernommen“ wird und ein leistungsrechtliches Verhältnis zwischen den Krankenkassen und den begünstigten Hilfeempfängern entsteht.

Dies würde jedoch eine Splittung der Leistungsträgerschaft innerhalb des SGB XI bedeuten. Auch erscheint es insoweit ungewöhnlich, als dass das Modellvorhaben zum einen nur befristet und andererseits die Umsetzung von diversen Entscheidungen abhängig ist, die allerdings für den beratungsbedürftigen Versicherten im Verborgenen bleiben. Für den Versicherten ist nicht ohne Weiteres klar, gegen welche Institution er seinen Anspruch zu richten hat resp. an wen er sich wenden kann. Insbesondere vor dem Hintergrund des § 37 Abs. 6 könnte der Versicherte gegebenenfalls Nachteile erlangen. Der Zugang zu Sozialleistungen soll jedoch nach den Einweisungsvorschriften des SGB I (§ 17 SGB I) einfach gestaltet sein.

Andererseits könnte § 123 SGB XI so verstanden werden, dass die Zuständigkeit bei der Pflegekasse verbleibt und die Modellkommune „lediglich“ die Ausführung der Aufgaben übernimmt (indirekter Rechtsanspruch). Diese Auslegung würde dem übergangsweisen und „zufälligen“ Charakter von § 123 gerecht und entspricht des Weiteren den Zuständigkeitsnormen der §§ 1 Abs. 3 SGB XI und § 21a Abs. 2 SGB I.

C Änderungsvorschlag

Eine gesetzliche Klarstellung, wem gegenüber der Leistungsanspruch besteht, ist unerlässlich.

Nr. 18 § 123 Abs. 1, 2, 5 und 6 SGB XI - Durchführung von Modellvorhaben zur kommunalen Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen

A Beabsichtigte Neuregelung

Zur Gestaltung einer effizienten Beratung, Zusammenarbeit und Information vor Ort sollen Synergieeffekte der Beratungen nach §§ 7a bis c, 37 Absatz 3 in Verbindung mit Absatz 8, und 45 genutzt werden. In der Konsequenz sieht der Gesetzentwurf zwingend vor, in den Modellkommunen Pflegeberatung, Beratung in der Häuslichkeit und Pflegekurse aus einer Hand anzubieten.

B Stellungnahme

Selektive Lösungsansätze, z.B. die alleinige Übertragung von §§ 7a und 45 auf kommunale Gebietskörperschaften im Rahmen von Modellprojekten, sind nicht zielführend und daher auszuschließen. Die vorgeschlagene Gestaltungsregelung wird daher begrüßt. Eine damit verbundenen Möglichkeit der Übertragung von Aufgaben durch die kommunale Gebietskörperschaft an Dritte konterkariert jedoch die mit der Stärkung der Rolle der Kommune verbundenen Grundphilosophie. Eine Übertragung an Leistungserbringer (wie bisher z.B. auf Wohlfahrtsverbände) ist auszuschließen. Darüber hinaus ist eine Einbindung der Kranken- und Pflegekassen über die vorgeschlagene Ergänzung in Absatz 2 sicherzustellen.

In der Gesamtschau werden mit der Neuregelung Doppelstrukturen aufgebaut, denn vom Initiativrecht für Modellvorhaben kann - unabhängig von bereits implementierten und lokalen Beratungsstrukturen - Gebrauch gemacht werden. Durch die Verpflichtung der Kranken- und Pflegekassen zum Abschluss einer Vereinbarung werden in der Konsequenz bisher gewachsene und gut funktionierende Beratungsstrukturen der Kranken- und Pflegekassen, die allseits eine hohe Anerkennung erfährt, zerstört. Den Landesverbänden der Pflegekassen und Ersatzkassen sollen daher die Möglichkeit eingeräumt werden, an Modellvorhaben mitzuwirken. Entsprechend sind auch Schiedsstellenregelungen nach § 7c Abs. 7 zu streichen.

C Änderungsvorschlag

In **Absatz 2** Satz 2 ist vor "privaten Versicherungsunternehmen" die Wörter " Krankenkassen und Pflegekassen sowie mit den" einzufügen.

Absatz 5 ist wie folgt zu fassen:

"Ist ein Antrag nach Absatz 3 Satz 1 genehmigt, kann der Antragsteller mit den Landesverbänden der Pflegekassen und Ersatzkassen eine Vereinbarung

1. zur Zusammenarbeit,
2. zur Einbeziehung bestehender Beratungs- und Kursangebote,
3. zu Nachweis- und Berichtspflichten gegenüber den Pflegekassen,
4. zum Aufgabenübergang auf die Beratungsstellen nach Absatz 1 Satz 4 und
5. zur Beteiligung der Pflegekassen mit sächlichen, personellen und finanziellen Mitteln

schließen. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 zustande, hat diese Regelungen zur Haftung für Schäden, die den Pflegekassen durch fehlerhafte Beratung entstehen, zu

beinhalten. Der Beitrag der Pflegekassen darf den Aufwand nicht übersteigen, welcher bei Erbringung durch sie selbst entstehen würde. "

In **Absatz 6** Satz 2 ist vor dem Wort "Dritter" das Wort "nicht" einzufügen. Satz 3 ist zu streichen.

Nr. 25 § 141 Absatz 3a SGB XI Besitzstandsschutz Kurzzeitpflege

A Beabsichtigte Neuregelung

Pflegebedürftige, die sich am 31. Dezember 2016 in einer Kurzzeitpflege (eingestreute Kurzzeitpflegeplätze in einer vollstationären Pflegeeinrichtung) befinden, haben nach Ende der Kurzzeitpflege, wenn sie ohne Unterbrechung in derselben vollstationären Pflegeeinrichtung verbleiben, einen Anspruch auf Besitzstandsschutz entsprechend § 141 Absatz 3 SGB XI.

B Stellungnahme

Grundsätzlich begrüßt der AOK-Bundesverband diese Regelung. Vor dem Hintergrund des Gleichbehandlungsgrundsatzes muss jedoch auch Versicherten, die aus einer solitären Kurzzeitpflege direkt in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung wechseln, der Besitzstandsschutz gewährt werden.

C Änderungsvorschlag

In Absatz 3a sind die Worte „in derselben Einrichtung“ zu streichen.

Artikel 13 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 5 § 275b SGB V - Durchführung und Umfang von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege durch den Medizinischen Dienst

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Aufnahme des § 275b SGB V werden analog des § 114 SGB XI Regelungen zu Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen für die Häusliche Krankenpflege eingeführt.

B Stellungnahme

Grundsätzlich begrüßt der AOK-Bundesverband die geplante Neueinführung von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen für die Häusliche Krankenpflege. Die Neuregelung ermöglicht zukünftig auch Regelprüfungen bei Pflegediensten durchzuführen, die ausschließlich Leistungen der Häuslichen Krankenpflege erbringen; sie umfasst jedoch nicht die Möglichkeit einer anlassbezogenen Abrechnungsprüfung nach § 79 Absatz 4 SGB XI. Damit wird die Prüfmöglichkeit aus Sicht des AOK-Bundesverbandes erheblich eingeschränkt, insbesondere bei einem konkreten Verdacht von fehlerhaften Abrechnungen. Auf diese Ausnahme der ansonsten gleich bestehenden Prüfmöglichkeit analog SGB XI wird auch in der Begründung nicht eingegangen. Um den Auftrag des Gesetzgebers vollumfänglich nachkommen zu können und den Ausbau des Schutzes vor unlauteren Anbietern auf dem Pflegemarkt umzusetzen, muss dann auch folgerichtig die Möglichkeit einer anlassbezogenen Abrechnungsprüfung gesetzlich implementiert werden. Vor diesem Hintergrund sieht der AOK-Bundesverband die Notwendigkeit der Möglichkeit einer gesonderten Abrechnungsprüfung analog § 79 Absatz 4 SGB XI, um eine vollständige Analogie zwischen der Häuslichen Krankenpflege und der ambulanten Pflege zu erreichen.

C Änderungsvorschlag

In Absatz 1 des § 275b SGB V ist in Satz 1 nach dem Semikolon der letzte Halbsatz zu durch folgende Wörter zu ersetzen: „§§ 79 Absatz 4, 114 Absatz 2 und 3 des Elften Buches gilt entsprechend.“

Vgl. auch Änderungsvorschlag zu Artikel 1 Nr. 17 (§ 79 SGB XI).

Artikel 16 Änderungen des Medizinproduktegesetzes

Nr. 5 § 15 Benennung und Überwachung der Stellen, Anerkennung und Beauftragung von Prüflaboratorien

A Beabsichtigte Neuregelung

Durch eine Ergänzung in Abs. 2 Satz 7 soll nunmehr die für die Benannte Stelle zuständige Behörde neben den Grundstücken des Herstellers auch Grundstücke des Unterauftragnehmers von entscheidender Bedeutung betreten dürfen, um ihrer Kontroll- und Überwachungsfunktion nachzukommen.

B Stellungnahme

Grundsätzlich ist zu begrüßen, dass das Betretungsrecht der für die Benennung zuständigen Behörde nunmehr auch auf Unterauftragnehmer von entscheidender Bedeutung erweitert wird. So kann sichergestellt werden, dass der Unterauftragnehmer, der für die Sicherstellung der Einhaltung rechtlicher Anforderungen zuständig ist, die von einer Benannte Stelle zu erwartenden Anforderungen erfüllt.

Die in der Begründung zu Artikel 16 Nr. 5 angegebene Definition, Unterauftragnehmer von entscheidender Bedeutung seien nach den Vorgaben der Empfehlungen der Kommission vom 24.September 2013 zu den Audits und Bewertungen, die von Benannten Stellen im Bereich der MP durchgeführt werden (ABl. L 253 vom 25.09.2013, S.27) insbesondere solche, die wesentliche Teile oder das gesamte Produkt für den Hersteller produzieren, ist nicht ausreichend klar formuliert.

In der o.g. Empfehlung ist unter Ziffer Nr. 2 c) „Allgemeine Leitlinien für Audits und Bewertungen“ der Unterauftragnehmer von entscheidender Bedeutung als solcher definiert, der für Verfahren und Sicherstellung der Einhaltung rechtlicher Anforderungen zuständig ist. Dies wird bereits durch den Klammerzusatz "Unterauftragnehmer von entscheidender Bedeutung" deutlich. Als "wichtiger Lieferant" sind hingegen sowohl Lieferanten wesentlicher Produktbestandteilte als auch des gesamten Produkts zu verstehen. Da sowohl der Unterauftragnehmer von entscheidender Bedeutung, aber auch wichtige Lieferanten in der Produktionskette des Herstellers entscheidenden Einfluss auf die Qualität des Medizinprodukts haben können, sollte das Betretungsrecht für einen besseren Patientenschutz auf beide erweitert werden.

Zur Klarstellung, wer unter die Begriffe Unterauftragnehmer von entscheidender Bedeutung und wichtiger Lieferant fällt, sollte ein Verweis auf die Empfehlung der Europäischen Kommission oder eine Definition der in § 15 Abs.2 verwendeten Begriffe erfolgen.

C Änderungsvorschlag

§ 15 Abs.2 S. 7 wird wie folgt gefasst:

„Das Betretungsrecht erstreckt sich auch auf Grundstücke des Herstellers und seiner Unterauftragnehmer von entscheidender Bedeutung sowie auf wichtige Lieferanten, soweit die Überwachung dort erfolgt.

Der vorherige Satz 8 wird zum Satz 9.

Hilfsweise:

§ 15 Abs. 2 S. 7 werden Satz 8 und Satz 9 angefügt:

„Unterauftragnehmer von entscheidender Bedeutung“ i.S.d. Empfehlung der Europäischen Kommission vom 24.September 2013 zu den Audits und Bewertungen, die von benannten Stellen im Bereich der Medizinprodukte durchgeführt werden (vgl. ABl. der Europäischen Union L 253 vom 15.09.2013, S. 28) sind solche, die für das Verfahren zur Sicherstellung der Einhaltung der rechtlichen Anforderungen zuständig sind. Als „wichtiger Lieferant“ im Sinne der o.g. Empfehlung sind Lieferanten wesentlicher Produktbestandteile oder des gesamten Produkts zu verstehen.

Der vorherige Satz 8 wird zum Satz 10.

III. Änderungsanträge der Fraktionen CDU/CSU und SPD - Ausschussdrucksache 18(14)0206.1

Änderungsantrag Nr. 2 zu Artikel 1 Nr. 1a b) aa) § 7 SGB XI – Erweiterung der gesetzlichen Angaben zur Leistungs- und Preisvergleichslisten

A Beabsichtigte Neuregelung

Es erfolgt eine klarstellende Ergänzung der gesetzlichen Vorgaben zu den Leistungs- und Preisvergleichslisten der Landesverbände der Pflegekassen im Internet über Leistungsangebote und Vergütungen. Diese Listen sollen auch die erforderlichen Angaben zur Person des zugelassenen oder anerkannten Leistungserbringers enthalten. Diese Klarstellung wäre erforderlich, damit die Versicherten einzelne Angebote auswählen und die Anbieter durch Aufnahme in die Listen am Wettbewerb teilnehmen können.

B Stellungnahme

Die Listen enthalten bereits jetzt alle erforderlichen Angaben sowohl zum Angebot als auch zum Anbieter. Die Klarstellung betreffend den Angaben zu einer Person führt aus der Perspektive der Ratsuchenden nicht zu mehr Transparenz bei der Angebotsauswahl. Darüber hinaus findet auch aus der Perspektive des Anbieters keine Selektion oder kein Ausschluss statt, da alle Leistungsanbieter, auch wenn es sich um eine Einzelperson handelt, in den Listen erfasst sind.

C Änderungsvorschlag

Die vorgesehene Änderung in Absatz 3 Satz 1 ist zu streichen.

Änderungsantrag Nr. 2 zu Artikel 1 Nr. 1a b) § 7 SGB XI – Bedingungen für die Weitergabe der Leistungs- und Preisvergleichslisten

A Beabsichtigte Neuregelung

Durch die gesetzliche Verpflichtung der Landesverbände der Pflegekassen, auch Dritten die Leistungs- und Preisvergleichslisten, auch zu Angeboten zur Unterstützung im Alltag zur Verfügung zu stellen, wenn diese die Angaben zu nichtgewerblichen Zwecken nutzen wollen, soll die Wahlmöglichkeit von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen erweitert und der Wettbewerb gestärkt werden. Zur Sicherstellung einer zweckgerechten Verwendung werden die Landesverbände der Pflegekassen ermächtigt, Nutzungsbedingungen zu erarbeiten.

B Stellungnahme

Der Änderungsantrag folgt dem Anliegen eines Anbieters von Bewertungs- und Informationsportalen, für die bereits öffentlich zugänglichen Leistungs- und Preisvergleichslisten ein dauerhaftes Zugangs- und Nutzungsrecht zu erhalten. Das Informationsfreiheits- (IFG) und Informationsverwertungsgesetz (IWG) regelt bereits die Weiterleitung und Weiterverarbeitung von Daten im Allgemeinen, so dass ein gesonderter Regelungsbedarf für den Bereich der Sozialen Pflegeversicherung nicht nachvollziehbar ist. Vielmehr ist diese gesetzliche Änderung von grundsätzlicher Bedeutung und indiziert weiteren Regelungsbedarf für die dauerhafte Nutzung von Daten über das IFG und IWG für andere Bereiche und Branchen hinaus. Besonders kritisch ist, dass mit dem vorgelegten Änderungsantrag der allgemeine Zugang über das IFG und IWG auf gemeinnützige Anbieter eingegrenzt wird. Durch diese Bevorteilung von nichtgewerblichen resp. gemeinnützigen Anbietern gegenüber gewerblichen Anbietern von Informationsportalen greift der Gesetzgeber in den Wettbewerb um Informationen ein.

Darüber hinaus ist es nicht sachgerecht, dass die Landesverbände der Pflegekassen auch Nutzungsbedingungen für die Weiterleitung und Weiterverarbeitung von Daten zu Angeboten zur Unterstützung im Alltag erarbeiten, die nicht in ihrer Urheberschaft liegen. Vielmehr sollten die für die Anerkennung von Unterstützungsangeboten zuständigen Stellen befugt sein, die Nutzungsbedingungen für ihre Daten festzulegen.

Unbeschadet dessen stellt sich berechtigterweise schon die Frage, ob der Bedarf an weiteren Informationsplattformen (mit denselben Aussagen - wie die bereits am Markt etablierten Informationsplattformen) aus der Perspektive der Betroffenen besteht und die Angebotserweiterung hilfreich für die Informationsbeschaffung ist. Diese Informationsplattformen sind immer im Kontext der Informations- und Beratungsansprüchen von Hilfesuchenden zu bewerten. Insbesondere dann, wenn Informationsanbieter eigene Darstellungen im Internet entwickeln, diese Informationen entweder in der Deutung und Interpretation verändern und keine ergänzenden Beratungsangebote vorhalten.

C Änderungsvorschlag

Die vorgesehene Neufassung des Satzes 2 in Absatz 3 ist zu streichen.

Änderungsantrag Nr. 17 zu Artikel 1 Nr. 21a (§ 114) a) Absatz 3a SGB XI - Konkretisierung der Mitwirkungspflicht der Einrichtungen bei Qualitätsprüfungen und Maßgaben für Einwilligung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Aufgaben und Mitwirkungspflichten der Pflegeeinrichtungen und Prüfer bei Qualitätsprüfungen werden mit der Neureglung konkretisiert. Die Verpflichtung der Pflegeeinrichtungen besteht darin, die Namen und Kontaktdaten der von ihnen betreuten Pflegebedürftigen im Rahmen einer Qualitätsprüfung den Prüfdiensten vorzulegen. Zu den Aufgaben der Prüfer zählt die Aufklärung und Einholung der Einwilligung der in die Qualitätsprüfung einbezogenen Personen vor Durchführung der Qualitätsprüfung.

B Stellungnahme

Die Regelungen zur Konkretisierung der Mitwirkungspflicht der Pflegeeinrichtungen und der Aufgaben der Prüfdienste werden begrüßt. Sie tragen dazu bei, den Schutzzweck der Qualitätsprüfungen für die Verbraucher zu erhalten und den missbräuchlichen Umgang mit Einwilligungserklärungen zu verhindern. Um eine Inaugenscheinnahme aller Leistungsbezieher zu ermöglichen, ist die bisherige Konkretisierung jedoch nicht weitreichend genug. Die Offenlegung der Namen und Kontakdaten sollte daher nicht nur auf Leistungsbezieher der Pflegeversicherung begrenzt werden, sondern sich auch auf Personen, die ausschließlich Leistungen der häuslichen Krankenpflege erhalten beziehen.

C Änderungsvorschlag

§ 114a Absatz 3a werden die Worte „Pflegebedürftigen“ und „der Pflegebedürftige“ durch die Worte „von der Einrichtung versorgten Personen“ und „die von der Einrichtung versorgte Person“ ersetzt.

Änderungsantrag Nr. 18 zu Artikel 1 Nr. 21a § 115 SGB XI – Zugang für Dritte zu nicht gewerblicher Nutzung der Daten, die den Qualitätsdarstellungsvereinbarungen nach § 115 Absatz 1a zu Grunde liegen

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung in Absatz 1c wird der Zugang für Dritte zu den Daten der Qualitätsdarstellungsvereinbarungen nach §115 Absatz 1a maschinenlesbar gewährt: Die Vertragsparteien werden verpflichtet, Nutzungsbedingungen zu vereinbaren, zu deren Einhaltung sich Dritte, die die Daten für nicht-gewerbliche Zwecke nutzen wollen, verpflichten müssen.

B Stellungnahme

Der Änderungsantrag folgt dem Anliegen eines Anbieters von Bewertungs- und Informationsportalen, für die bereits öffentlich zugänglichen Daten aus Qualitätsdarstellungsvereinbarungen ein dauerhaftes Zugangs- und Nutzungsrecht zu erhalten. Das Informationsfreiheits- (IFG) und Informationsverwertungsgesetz (IWG) regeln bereits die Weiterleitung und Weiterverarbeitung von Daten im Allgemeinen, so dass ein gesonderter Regelungsbedarf für diesen Bereich nicht nachvollziehbar ist. Vielmehr ist diese gesetzliche Änderung von grundsätzlicher Bedeutung und indiziert weiteren Regelungsbedarf für die dauerhafte Nutzung von Daten über das IFG und IWG für andere Bereiche und Branchen hinaus. Besonders kritisch ist, dass mit dem vorgelegten Änderungsantrag der allgemeine Zugang über das IFG und IWG auf gemeinnützige Anbieter eingegrenzt wird. Durch diese Bevorteilung von nichtgewerblichen resp. gemeinnützigen Anbietern gegenüber gewerblichen Anbietern von Informationsportalen greift der Gesetzgeber in den Wettbewerb um Informationen ein.

Mit der Einführung des § 115 Abs. 1a verfolgte der Gesetzgeber das Ziel, eine für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen verständliche, umfassende, nachprüfbare, übersichtliche und zuverlässige Form der Darstellung von Angaben zur Qualität in den Einrichtungen zu gewährleisten. Die Deutungshoheit der Qualitätsdaten obliegt nach dem Willen des Gesetzgebers dabei ausschließlich den Vereinbarungspartnern nach § 113 SGB XI bzw. dem Qualitätsausschuss nach § 113b SGB XI.

Ein direkter Zugriff auf die Daten im maschinenlesbaren xml-Format eröffnet Dritten die Möglichkeit, diese Daten beliebig zu verändern, neu zu berechnen und zu veröffentlichen. Dies wird insbesondere auch durch den Änderungsantrag unterstützt, der zu einer Verwendung der Daten im Zusammenhang mit „anderen“ Daten auffordert. Damit wird der gesetzgeberischer Wille, die Deutungshoheit über die Qualitätsdaten und ihrer Darstellung bei den Vereinbarungspartnern nach § 113 SGB XI bzw. dem Qualitätsausschuss nach § 113b SGB XI zu verankern, konterkariert.

Die Vergangenheit zeigt, dass trotz vereinbarter und weitreichender Nutzungsbedingungen zu den Rohdaten aus den Transparenzberichten, eine interessengeleitete Verzerrung der Daten nicht zu verhindern war; in der Konsequenz steht damit ein Eingriff in den Wettbewerb der Leistungsanbieter im Raum.

C Änderungsvorschlag

Die Neuregelung im Absatz 1c ist zu streichen.

Änderungsantrag Nr. 25 zu Artikel 13 Nr. 2 § 37 Abs. 2 SGB V – Regelungen zur Behandlungspflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für Menschen mit Behinderung

A Beabsichtigte Neuregelung

Im Absatz 2 des § 37 SGB V wird der Leistungsanspruch auf Häusliche Krankenpflege im Rahmen der „speziellen Krankenbeobachtung“ - Nr. 24 der HKP-Richtlinie - von Versicherten in stationären Einrichtungen im Sinne des § 43a SGB XI neu formuliert, sofern eine ständige Überwachung und Versorgung durch eine qualifizierte Pflegefachkraft erforderlich ist.

B Stellungnahme

Mit dem BSG Urteil vom 22. April 2015, AZ:B 3 KR 16/14 R, wurde klargestellt, in welchem Umfang die Gesetzliche Krankenversicherung im Rahmen der Häuslichen Krankenpflege Leistungen in stationären Einrichtungen im Sinne des § 43a SGB XI zu übernehmen hat. Die Rechtsprechung hat dazu beigetragen, dass vorherige Unsicherheiten nunmehr ausgeräumt sind und das BSG-Urteil zur Anwendung kommt.

Der Änderungsantrag greift zwar das zitierte BSG-Urteil auf, bildet es aber nicht ab. Insbesondere die Gesetzesbegründung geht über die BSG-Rechtsprechung hinaus hinsichtlich eines Anspruchs nach § 37 Abs. 2 für den Fall, dass die Einrichtung geeignetes Personal vorhält. In der Konsequenz werden insbesondere durch die Gesetzesbegründung keine Anreize mehr gesetzt, die Verträge der Eingliederungshilfe so auszugestalten, dass entsprechend qualifiziertes Personal eingesetzt wird mit der Folgewirkung, dass sich der Sozialhilfeträger zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung erheblich entlastet.

Durch die höchstrichterliche Rechtsprechung ist eine gesetzliche Normierung obsolet.

C Änderungsvorschlag

Die vorgesehene Ergänzung in Absatz 2 ist zu streichen.

IV. Ergänzender Änderungsbedarf aus Sicht des AOK-Bundesverbandes

§ 71 Abs. 2a SGB XI: Pflegeeinrichtungen: Klarstellung zu Versorgungsstrukturen im Verbund

Änderungsvorschlag

In § 71 SGB XI wird ein neuer Absatz 2a eingefügt:

„(2a) Als stationäre Pflegeeinrichtung gilt auch eine Versorgungsform, in der der Anbieter des ambulanten Wohnens oder der Vermieter der Wohnung oder ein Dritter alleine oder in Kooperation den Pflegebedürftigen Leistungen anbietet, die den im jeweiligen Rahmenvertrag nach § 75 Abs. 1 SGB XI für vollstationäre Pflege vereinbarten Leistungsumfang entsprechen. Die Landesverbände der Pflegekassen können den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung mit der vergleichenden Prüfung des Leistungsumfangs und der gutachterlichen Stellungnahme zur Vergleichbarkeit nach Satz 1 beauftragen.“

In § 97 Abs. 1 Satz 1 wird nach der Zahl „40,“ die Zahl „71,“ eingefügt.

Begründung

Als Folge des bisher gezielten Ausbaus der ambulanten Leistungen im Leistungsrecht der Pflegeversicherung zur Stärkung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ gestalten Pflegeeinrichtungen zunehmend ambulante Versorgungsstrukturen im Verbund, deren Leistungsumfang sich in der Gesamtschau nicht von einer vollstationären Einrichtung unterscheiden. Diese sind den vertraglichen Bedingungen vollstationärer Einrichtungen gleichzusetzen.

§ 72a SGB XI: Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag - Transparenz zu neuen Wohnformen

Änderungsvorschlag

(1) Erbringt eine ambulante Pflegeeinrichtung (Pflegedienst) in einer ambulanten Wohnform nach Absatz 2 Leistungen im Sinne der §§ 36, 45a, hat der Träger der Pflegeeinrichtung die Versorgung innerhalb eines Monats nach Aufnahme der Tätigkeit bei den Landesverbänden der Pflegekassen schriftlich anzuzeigen. Die Anzeige umfasst

1. die Anschrift und Art der Wohnform,

2. Namen und Anschrift der Vermieterin oder des Vermieters der Räumlichkeiten der Wohnform,

3. die Anzahl der Bewohnerinnen und Bewohner und die Zahl der Pflegebedürftigen in den einzelnen Pflegegraden,

4. die Anzahl der vom Pflegedienst in der Wohnform versorgten Pflegebedürftigen,

5. eine Erklärung darüber, ob zwischen dem Pflegedienst bzw. Träger der Pflegeeinrichtung und der Vermieterin oder dem Vermieter eine rechtliche oder tatsächliche Verbindung besteht, und

6. die mit den Bewohnerinnen und Bewohnern geschlossenen Verträge über die Leistungserbringung, ohne dass die Namen der Bewohnerinnen und Bewohnern erkennbar werden.

(2) Ambulante Wohnformen im Sinne des Absatzes 1 sind solche, in denen mehr als vier Pflegebedürftige in einer Wohnanlage leben.

(3) Änderungen der Umstände nach Absatz 1 sind den Landesverbänden der Pflegekassen unverzüglich mitzuteilen.

Begründung

Derzeit gibt es keine Transparenz über die Ausrichtung und Quantität neuer Wohnformen. Vor dem Hintergrund des gesetzlichen Auftrages in § 113b SGB XI, ein Konzept zur Qualitätssicherung ambulanter Wohnformen zu erarbeiten und anlässlich der avisierten Regelungen zur Pflegestrukturplanung (vgl. § 8a SGB XI – Gemeinsame Empfehlung der pflegerischen Versorgung) soll eine Anzeigepflicht für neue Wohnformen im SGB XI implementiert werden. Die föderal gestalteten Wohn- und Teilhabegesetze der Länder reichen insbesondere hinsichtlich der Anzeigepflicht nicht aus, um die Grundlage für die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung und Altenhilfestrukturen zu schaffen. Eine bundesgesetzlich geregelte Anzeigepflicht für neue Wohnformen böte die Chance, die Grundlagen für die Umsetzung der gesetzlichen Aufträge nach §§ 8a und 113b SGB XI zu schaffen.

§ 92b SGB XI: Öffnung der integrierte Versorgung

Änderungsvorschlag

§ 92b Absatz 1 wird wie folgt neu gefasst:

„Die Pflegekassen können mit

Nr. 1: zugelassenen Pflegeeinrichtungen,
Nr. 2: Vertragspartnern nach § 140a Abs. 3 Satz 1 SGB V sowie
Nr. 3 Anbietern der nach Landesrecht anerkannten Angeboten zur Unterstützung im Alltag gemäß § 45a SGB XI

Verträge zur integrierten Versorgung schließen oder derartigen Verträgen mit Zustimmung der Vertragspartner beitreten."

In Absatz 2 Satz 2 wird vor „75, 85 und 89" der Zusatz „45a" aufgenommen.
§ 140a Absatz 3 Nr. 3 SGB V ist entsprechend zu ergänzen.

Begründung

§ 92b sollte dahingehend geöffnet werden, dass auch mit Erbringern der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag Verträge zur integrierten Versorgung abgeschlossen werden können. Damit soll das Ziel verfolgt werden, sektorenübergreifend Quartiere zur Prävention von Pflegebedürftigkeit sowie zum Verbleib in der Häuslichkeit mitzugestalten.

Mit dem § 92b wurden die Pflegeeinrichtungen und die Pflegeversicherung in die Integrierte Versorgung nach §§ 140a ff. SGB V eingebunden. Die Pflegekassen haben damit die Möglichkeit erhalten, selbst initiativ zu werden und alle in Betracht kommenden Vertragspartner für die Integrierte Versorgung unter Beteiligung der Pflegeeinrichtungen zu gewinnen. Den Pflegekassen wurde somit ein Aktionsfeld zur Verbesserung der medizinischen und pflegerischen Gesamtversorgung eingeräumt. Zu diesem Zweck dürfen sie innerhalb bestimmter Grenzen vom geltenden Vertrags- und Vergütungsrecht abweichen. Bei den Pflegevergütungen dürfen jedoch nur Aufwendungen berücksichtigt werden, die dem Zuständigkeitsbereich der Pflegeversicherung zuzurechnen sind.

Zielorientierte Konzepte, z.B. für quartiersorientierte Versorgungsstrukturen, können derzeit über den § 92b nicht abgebildet werden. Im Sinne der vom Gesetzgeber angestrebten Vernetzung der regionalen und kommunalen Versorgungsstrukturen sollte § 92b bedarfsorientiert reformiert werden:

In die Finanzierungszuständigkeit der Pflegekassen fallen auch die Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a. Der Entlastungbetrag nach 45b wird seit dem ersten Pflegestärkungsgesetz für alle Pflegebedürftige zur Verfügung gestellt. Wird der jeweilige Anspruch auf ambulante Pflegesachleistungen nicht voll ausgeschöpft, kann der nicht für ambulante Sachleistungen verwendete Betrag auch für Angebote zur Unterstützung im Alltag verwendet werden. Sie können vom Pflegebedürftigen nach § 45b Abs. 1 SGB XI bei den zugelassenen Einrichtungen der Tages-, Nacht- oder Kurzzeitpflege und zugelassenen Pflegediensten oder auch bei Erbringern der nach Landesrecht anerkannten qualitätsgesicherten Angeboten zur Entlastung im Alltag, die nach

§ 45c gefördert oder förderungsfähig sind, in Anspruch genommen werden. Letztere sind als mögliche Vertragspartner der Integrierten Versorgung bislang nicht vorgesehen.

Diese Gesetzesentwicklung verdeutlicht die Bedeutung der genannten Leistungen und damit auch deren Dienstleister im Pflegeversicherungssystem. Die Versorgung mit Betreuungs- und Entlastungsleistungen durch nach § 45c geförderte oder förderungsfähige Erbringer sollte daher ebenso ein Bestandteil integrativer Versorgungskonzepte sein können. Es ist insofern konsequent, diese zur Integrierten Versorgung als Vertragspartner zuzulassen.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0204(20)
gel. VB zur öAnhörung am 17.12. 2016_PSGIII
12.10.2016

DBfK
Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe

Stellungnahme des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe

zum Gesetzentwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften
(Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III)

Berlin, 12.10.2016

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e. V.
Bundesverband
Alt-Moabit 91
10559 Berlin

Vorbemerkung

Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK) bedankt sich für die Möglichkeit der Stellungnahme.

Schon heute sind große Unterschiede hinsichtlich der pflegerischen Versorgung in den einzelnen Kommunen zu verzeichnen. Folgerichtig ist es aus Sicht des DBfK, mit dem Dritten Pflegestärkungsgesetzes die Einbindung und Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege zu regeln, da Pflege eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe darstellt.

Wir begrüßen, dass der Kreis der Beratungsstellen, in dem Pflegebedürftige und ihre Angehörigen ihre Beratungsgutscheine einlösen können, erweitert werden soll. Hierbei ist es uns wichtig zu betonen, dass die Unabhängigkeit der Beratung in jedem Fall gewahrt werden muss und nicht von dem Anstellungsverhältnis der Beraterin oder des Beraters abhängig gemacht werden darf. Um die Qualität zu verbessern, sehen wir die Evaluation der Modellvorhaben für sinnvoll und notwendig an.

Die Anpassung der Regelungen zur im Kapitel sieben des Zwölften Sozialgesetzbuches (SGB XII) verankerten Hilfe zur Pflege an die bereits im PSG II erfolgte Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und an das Bundesversorgungsgesetz sieht der DBfK in Teilen kritisch und nimmt hinsichtlich der vorgesehenen inhaltlichen Änderungen wie folgt Stellung:

Der DBfK als Mitglied des Deutschen Pflegerates e. V. (DPR) trägt dessen Stellungnahme in allen Teilen mit und nimmt hier zu einigen Punkten ergänzend bzw. insbesondere unter der Perspektive der Leistungserbringer (ambulante Pflegedienste und Tagespflegeeinrichtungen) gesondert Stellung.

Zu den geplanten Änderungen im Einzelnen:

Artikel 1 – Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Nummer 2 (§ 7b Beratungsgutscheine)

Gesetzentwurf (Absatz 2a)

Pflegebedürftige und pflegende Angehörige sollen künftig auch auf Gemeindeebene Beratungsgutscheine für eine Pflegeberatung nach § 7a Absatz 1 SGB XI einlösen können. Die Rolle der Kommune soll durch die Erbringung eigener Beratungen nach Maßgabe der Richtlinie nach § 17 Absatz 1a SGB XI gestärkt werden. Entsprechende Beratungsstellen nach Absatz 2a sind denen von den Pflegekassen anerkannten, unabhängigen und neutralen Beratungsstellen im Sinne des § 7b Absatz 2 SGB XI gleichzustellen.

Stellungnahme

Eine Ausweitung des Beratungsangebots wird von uns grundsätzlich begrüßt. Pflegeberatung wird jedoch nur von einem Teil der Menschen mit Pflegebedarf in Anspruch genommen. Das Angebot ist den Versicherten nicht hinreichend bekannt[1] bzw. wird von diesen nicht angenommen. Die Evaluationen zu den Pflegestützpunkten in unterschiedlichen Bundesländern (z. B. Baden-Württemberg[2], Thüringen[3]) haben gezeigt, dass es durch die Etablierung von Pflegestützpunkten bisher noch nicht gelungen ist, eine Beratungsinfrastruktur zu schaffen, die eine flächendeckende Beratung sicherstellt. Nicht nur die Rahmenbedingungen wie die Lage und die damit verbundene Erreichbarkeit, Öffnungszeiten sowie Ausbildung und Qualifikationen der Beraterinnen und Berater spielen eine große Rolle. Von herausragender Bedeutung ist auch eine neutrale und unabhängige Beratung.
Mehrfach hat der DBfK in der Vergangenheit den Einsatz von unabhängigen Fallmanagerinnen und Fallmanagern gefordert, die neben ihrer Funktion als Beraterin oder Berater und Koordinatorin oder Koordinator auch Interessensvertreterin oder Interessensvertreter der Hilfesuchenden sein sollten. In diesem Sinne ver-

[1] Zentrum für Qualität in der Pflege [Hrsg.] (2016): Qualitätsrahmen für Beratung in der Pflege – Entwurf, S. 2.
[2] Kuratorium Deutsche Altenhilfe (2013): Evaluation der Pflegestützpunkte in Baden-Württemberg. Abschlussbericht.*https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Downloads_Pflege/Abschlussbericht_Pflegestuetzpunkte_BW_2013.pdf*, S.74.
[3] Organisationsberatungsinstitut Thüringen e. V. [Hrsg.] (2014): Evaluation der Pflegestützpunkte in Thüringen 2011-2013. Abschlussbericht im Auftrag des Thüringer Ministeriums für Soziales, Familie und Gesundheit. http://www.orbit-jena.de/fileadmin/media/downloads/Schuso/C___Bericht_Fokusgruppen.pdf; S. 26 -28.

knüpft sich ihre Aufgabe mit der Sicherung von Verbraucherrechten. Für die Erfüllung der vorgesehenen Aufgaben ist Case-Management als Konzept anzuerkennen.
Vor diesem Hintergrund erneuert der DBfK seine Forderung zur Einführung von unabhängigen Fallmanagerinnen und Fallmanagern (Casemanagerinnen und Casemanagern), die im Grundsatz über eine Ausbildung als Pflegefachperson verfügen sollten sowie über Qualifikationen zu Beratung, Case-Management oder auch Familiengesundheitspflege. Die pflegerische Expertise der Fallmanagerinnen und Fallmanager als unabhängige Beteiligte sollte in bestehende und/ oder künftige Versorgungsstrukturen eingebracht werden können.
Ein Wahlrecht seitens der Versicherten kann aus unserer Sicht die Annahme eines Beratungsangebotes fördern, da entsprechend der eigenen Bedürfnisse eine neutrale Beratungsstelle ausgewählt werden kann. Dies kann eine Beratungsstelle der kommunalen Gebietskörperschaften, der Pflegekassen, der ambulanten oder stationären Einrichtungen oder ein Pflegestützpunkt sein.

Änderungsvorschlag

An den § 7b Absatz 1 ist folgender Satz anzuhängen: *"Der Versicherte hat ein Wahlrecht zwischen der Beratung durch die Pflegekasse und dem Einlösen eines Beratungsgutscheins."*

Zu Nummer 3 (§ 7c Pflegestützpunkte)

Gesetzentwurf

Die kommunale Stelle, die auf örtlicher Ebene für die Hilfe zur Pflege zuständig ist, erhält in den ersten fünf Jahren nach Inkrafttreten das Initiativrecht zur Errichtung eines Pflegestützpunkts in ihrem regionalen Einzugsgebiet, um so eine bessere Vernetzung der kommunal getragenen Beratungsstellen zu ermöglichen. Soweit nicht anders vereinbart, werden die erforderlichen Aufwendungen von den Trägern des Pflegestützpunkts zu gleichen Teilen getragen.
Die Beratung gehört zu den Aufgaben der kommunal eingerichteten Pflegestützpunkte. Es gelten die Richtlinien nach den §§ 7a und 17a SGB XI.
Nichtgewerblichen Einrichtungen in der Kommune, die der betreffenden Gemeinde zur Nutzung zur Verfügung stehen und deren Aufgabe insbesondere die Ver-

besserung der Situation von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen ist und die darüber hinaus die Stärkung der Selbsthilfe wahrnehmen, wird eine Beteiligung an den Pflegestützpunkten ermöglicht.
Die kommunalen Spitzenverbände sind aufgefordert sich an der Ausgestaltung der Rahmenverträge für die Pflegestützpunkte zu beteiligen. Zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit der Pflegestützpunkte sind neben den Finanzierungsregelungen auch eindeutige Regelungen zur Zusammenarbeit mit weiteren Beteiligten, zur Zuständigkeit der Aufgabenerfüllung, zur Koordinierung innerhalb des Pflegestützpunkts sowie zur Zuständigkeit der Qualitätssicherung und für die Auskunftspflicht gegenüber den Trägern des Pflegestützpunkts und den zuständigen Aufsichtsbehörden in den Rahmenverträgen festzuhalten.
Die Länder werden ermächtigt durch Rechtsverordnung Schiedsstellen einzusetzen. Die Schiedsstellen werden tätig, wenn eine Rahmenvereinbarung innerhalb der durch landesrechtliche Vorgaben festgelegten Frist nicht zustande kommt. In den Schiedsstellen sind die Vertretungen der Pflegekassen und die Vertretungen der Stellen der Hilfe zur Pflege in gleicher Anzahl vertreten. Hinzu kommen ein unparteiischer Vorsitz sowie zwei weitere unparteiische Stellvertretungen.
Über das Einrichten einer Schiedsstelle sowie die näheren Bestimmungen entscheiden die Länder per Rechtsverordnung.

Stellungnahme

Eine Ausgrenzung gewerblicher Anbieter würde einen erheblichen Wettbewerbsnachteil darstellen, wenn gemeinnütziger Anbieter beteiligt werden können. Die gewerblichen Anbieter sollten genauso die Möglichkeit erhalten Vertragspartner der Kommune zu sein. Die Rahmenbedingungen der Zusammenarbeit sind dann unabhängig von der Gemeinnützigkeit oder der privaten Trägerschaft eines Vertragspartners in den jeweiligen Verträgen der Modellprojekte zu regeln.

Änderungsvorschlag

Bei der Beteiligung an den Pflegestützpunkten muss die Trägervielfalt in der Region gewahrt bleiben.

Zu Nummer 4 (§ 8a Gemeinsame Empfehlung der pflegerischen Versorgung)

Gesetzentwurf (Abs. 2, Buchstabe c)

Die Landesverbände der Pflegekassen, der Krankenkassen und Ersatzkassen, die Kassenärztliche Vereinigung nach § 77 Absatz 1 Satz 1 SGB V und die Landeskrankenhausgesellschaften werden verpflichtet, in sektorenübergreifenden Landespflegeausschüssen mitzuarbeiten sofern diese durch landesrechtliche Vorschriften eingerichtet werden. Im Ausschuss sollen Fragen der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit, unter anderem in der pflegerischen und medizinischen Versorgung und insbesondere Schnittstellenprobleme geklärt werden. Ziel der Regelung ist die Einbindung der Verbände der Kostenträger und Leistungserbringer in die Arbeit der Ausschüsse. Im Landesrecht soll geregelt werden, ob der sektorenübergreifende Landespflegeausschuss mit dem Gemeinsamen Landesgremium nach § 90a SGB V zusammengeführt wird oder ein Austausch zu übergreifenden Fragen sichergestellt werden soll. Die Berufung von Vertreterinnen und Vertretern der Kommunen, von Interessensvertretungen der Pflegebedürftigen und der Pflegefachpersonen obliegt den landesrechtlichen Regelungen.

Stellungnahme

Der DBfK begrüßt grundsätzlich die Errichtung eines sektorenübergreifenden Landespflegeausschusses zur Verbesserung der Versorgung der Pflegebedürftigen und Unterstützung der Pflegepersonen. Die Zusammensetzung der bereits bestehenden Landespflegeausschüsse ist derzeit, abhängig vom jeweiligen Bundesland, sehr heterogen. Der DBfK weist darauf hin, dass in dieses Gremium Vertreter und Vertreterinnen der professionell Pflegenden dringend mit einzubeziehen sind. Als größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen muss aus unserer Sicht die Expertise der Pflege, insbesondere zur Klärung pflegefachlicher Fragen, einbezogen werden. Darüber hinaus muss sichergestellt sein, dass eine Anbindung bzw. Rückkopplung an den Landespflegeausschuss erfolgt und kein davon losgelöstes Gremium entsteht.

In diesem Sinne sehen wir es als notwendig an, auf Länderebene eine verbindliche Regelung über die Zusammensetzung und Zusammenarbeit zu vereinbaren.

Änderungsvorschlag

Folgende Ergänzung ist in Satz 1 aufzunehmen: „Die Landesverbände der Pflegekassen, der Krankenkassen sowie die Ersatzkassen, die Kassenärztlichen

Vereinigungen, die Landeskrankenhausgesellschaften *und die Vertretungen der Pflegekammern oder Landespflegeräte* entsenden Vertreter in einen nach Maßgabe landesrechtlicher Vorschriften eingerichteten Ausschuss (...). *Der sektorenübergreifende Ausschuss ist als Unterausschuss zu den jetzigen Landespflegeausschüssen einzurichten.“*

Zu Nummer 4 (§ 8a Gemeinsame Empfehlung der pflegerischen Versorgung)

Gesetzentwurf (Abs. 4, Buchstabe c)

Die Landesverbände der Pflegekassen werden verpflichtet in regionalen Pflegeausschüssen mitzuarbeiten, sofern diese durch landesrechtliche Bestimmungen eingerichtet wurden. Den Ländern obliegt die Festlegung von Reglungen zur Beteiligung der Kreise und kreisfreien Städte zur Verbesserung der regionalen Versorgungsstrukturen.

Die Pflegekassen und ihre Landesverbände sowie die weiteren genannten Akteure der sektorenübergreifenden Landespflegeausschüsse werden verpflichtet an der Pflegestrukturplanung mitzuwirken. Sie stellen die hierfür erforderlichen Daten bereit, die nicht personenbeziehbar sind und den Bestimmungen des Datenschutzes entsprechen. Die Beschlüsse der Ausschüsse nach Absatz 1 bis 3 haben Empfehlungscharakter. Die teilnehmenden Akteure sind jedoch verpflichtet den jeweiligen Ausschüssen über eine Berücksichtigung und praktische Anwendung dieser Empfehlungen zu berichten.

Die Vertragsparteien des Siebten und Achten Kapitels haben die Empfehlungen der Ausschüsse nach den Absätzen 1 bis 3 bei Abschlüssen von Versorgungs-, Rahmen- und Vergütungsvereinbarungen in der Regel mit einzubeziehen.

Stellungnahme

Der DBfK sieht es äußerst kritisch, dass die Pflegestrukturplanung ohne den wichtigsten Akteur im der Versorgung der Pflegebedürftigen erfolgt. Die Berufsverbände der professionell Pflegenden sowie die Landespflegekammern können einen erheblichen Beitrag dazu leisten, die Versorgungsqualität und auch die Rahmenbedingungen fachlich einzuordnen und so erfolgreich an der Planung mitzuwirken.

Änderungsvorschlag

Die Berufsverbände der Pflegeberufe sowie die Landespflegekammern sind verbindlich in den regionalen Pflegeausschüssen miteinzubeziehen.

Zu Nummer 6 (§ 13 Verhältnis der Leistungen der Pflegeversicherung zu anderen Sozialleistungen)

Gesetzentwurf (Abs. 3, Buchstabe bb)

In § 13 Absatz 3 ist eine Neureglung des Verhältnisses von Leistungen der Pflegeversicherung zu Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach dem SGB XII, dem Bundesversorgungsgesetz und der Kinder- und Jugendhilfe vorgesehen.

Sie sieht vor, dass die Leistungen im Sinne des § 36 SGB XI den Leistungen zur Eingliederungshilfe grundsätzlich in der Häuslichkeit vorrangig sind, es sei denn, bei der Leistungserbringung steht die Erfüllung der Aufgaben der Eingliederungshilfe im Vordergrund. Leistungen, bei denen die Aufgaben der Eingliederungshilfe im Vordergrund und nicht im sachlichen Kontext der pflegerischen Leistungen nach dem SGB XI stehen, sollen auch weiterhin ungeschmälert erbracht werden. Wenn Leistungen im sachlichen Kontext der Eingliederungshilfe stehen und im Rahmen dessen auch Leistungen erbracht werden, die losgelöst von diesem Kontext auch den pflegerischen Leistungen zugeordnet werden können, dann soll der Schwerpunkt entscheiden, der im Vordergrund der Versorgung steht.

Außerhalb des häuslichen Umfeldes sollen Leistungen der Eingliederungshilfe vorgehen. Von einer Leistungserbringung innerhalb des häuslichen Umfeldes wird ausgegangen, wenn es sich um Unterstützungen mit engem sachlichen Bezug zur Bewältigung und Gestaltung des alltäglichen Lebens im Haushalt und dessen räumlichen Umfeld handelt und die Leistungen darauf ausgerichtet sind die körperlichen, seelischen oder geistigen Kräfte des Pflegebedürftigen wiederzugewinnen oder zu stärken.

Stellungnahme

Der DBfK sieht es außerordentlich kritisch, dass in dem Gesetzesentwurf Sachleistungen der Pflegeversicherung im häuslichen Bereich Vorrang vor Leistungen

der Eingliederungshilfe haben sollen. Sachliche Gründe hierfür erschließen sich uns nicht. Die Begründung, dass Pflege vor allem in der Häuslichkeit und Eingliederung außerhalb der Häuslichkeit stattfinden, kann aus unserer Sicht nicht geltend gemacht werden. Auch die Argumentation, dass es Überschneidungen vor allem im Bereich der pflegerischen Betreuung gibt, sehen wir kritisch. Leistungen der Eingliederungshilfe werden erbracht, um die Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und behinderten Menschen so die Chance zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu eröffnen. Somit gehen die Leistungen der Eingliederungshilfe weit über die betreuenden Tätigkeiten hinaus und können beispielsweise auch die Motivation zur Körperpflege betreffen. Eine strikte Festlegung, welche Leistungen Teil der pflegerischen Arbeit und welche Leistungen Teil der Eingliederungshilfe sind, ist aus unserer Sicht nicht mit dem jeweiligen Verständnis von Pflege und Eingliederungshilfe vereinbar. Aus unserer Sicht sollte keine Verschiebung von Leistungen befördert und Betroffene in gerichtliche Auseinandersetzungen gedrängt werden, um ihr Recht auf Pflege- oder Teilhabeleistungen durchzusetzen. Vielmehr muss die Gleichrangigkeit beibehalten werden, um die bisher gut funktionierende Ergänzung von Pflegeleistungen und Eingliederung weiter umzusetzen.

Änderungsvorschlag

Aus Sicht des DBfK muss die bisherige Regelung zum Gleichrang, und die damit einhergehende Abgrenzung, von Leistungen der Pflegeversicherung und Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten bleiben. Der bisherige § 13 Absatz 3 Satz 3 sollte unverändert gelten: *„Die Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach dem Zwölften Buch, dem Bundesversorgungsgesetz und dem Achten Buch bleiben unberührt.“*

Zu Nummer 10 (§ 37 Beratungsbesuche)

Gesetzentwurf (Abs. 8)

Die Kommunen erhalten die Möglichkeit im Rahmen der Modellprojekte nach § 123 SGB XI die Beratungen nach § 37 Absatz 3 selbst durchzuführen. Die pflegefachliche Qualität der Beratung soll durch die Verpflichtung der

Pflegeberater und Pflegeberaterinnen im Sinne des § 7a SGB XI hinsichtlich ihrer pflegefachlichen Kompetenz sichergestellt werden. Einzuhalten sind zudem die Vorgaben der Absätze 3 und 4 sowie Empfehlungen der Qualitätssicherung nach Absatz 5. Da die Tätigkeit der Beratungspersonen der Pflegekassen bereits durch den Verwaltungshaushalt und bei einer Beschäftigung der Beratungspersonen durch die Kommune bereits durch die Finanzierungssystematik der Pflegestützpunkte abgegolten ist, ist eine zusätzliche Vergütung durch die Pflegekassen ausgeschlossen. Die Zielsetzung der Beratung durch kommunale Beratungspersonen geht über die reine pflegefachliche Beratung hinaus und klärt unter anderem auch Fragen der Altenhilfe.

Stellungnahme

Aus unserer Sicht ist es fraglich, ob sich durch diese Erweiterung ein verbessertes Beratungsangebot generieren lässt oder ob es einzig zu einer Verschiebung der Beratungsstellen kommt. Ablauf und Inhalte der Beratungsangebote sind bis dato nicht einheitlich geregelt, Qualitätskriterien liegen nicht vor. Zudem erfolgt in der Regel keine systematische Auswertung der Beratungsergebnisse[4]. Einheitliche Vorgaben sollen von den Vertragsparteien nach § 113 SGB XI bis zum 01.01.2018 beschlossen werden. Darüber hinaus fordert der DBfK schon seit langem, dass Beratungseinsätze angemessen vergütet werden müssen, damit die Beratung nicht in engen Zeitkorridoren erfolgen muss. Bis dies verhandelt und beschlossen ist, sollten aus Sicht des DBfK die Beratungseinsätze nach § 37 Absatz 3 in der Kompetenz der Pflegefachpersonen der Pflegedienste verbleiben und das System nicht weiter geöffnet werden.

Änderungsvorschlag

Wir lehnen Beratungseinsätze nach § 37 SGB XI durch kommunale Gebietskörperschaften ab und fordern die Streichung. Der § 37 Absatz 8 ist zu streichen.

Zu Nummer 12 (§ 43 a Inhalt der Leistungen)

Gesetzentwurf

[4] vgl. Zentrum für Qualität in der Pflege [Hrsg.] (2016): Qualitätsrahmen für Beratung in der Pflege, S.4.

Die Pflegekasse übernimmt für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, die in einer stationären Einrichtung oder in Räumlichkeiten im Sinne des § 71 SGB XI leben und die Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten, 15 Prozent der vereinbarten Vergütung für die Abgeltung der in § 43 Absatz 2 SGB XI genannten pauschalen Leistungsbeträge für die vollstationäre Pflege. Die Aufwendungen der Pflegekasse dürfen dabei im Einzelfall 266 Euro im Kalendermonat nicht überschreiten.

Stellungnahme

Die bisherige und auch im Kabinettsentwurf unveränderte Regelung einer Deckelung der Leistungen der Pflegeversicherung für pflegebedürftige Menschen mit Behinderung ist aus unserer Sicht nicht tragbar. Unter den Aspekten des tatsächlichen pflegerischen Bedarfs und der Qualitätssicherungsmaßnahmen, muss die Pflegeversicherung die Kosten für die Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten mit Behinderungen tragen, die in aller Regel auch Beiträge zur Pflegeversicherung entrichtet haben. Die pflegefachlichen Anforderungen und Qualifikationen können nicht bei behinderten Pflegebedürftigen durch die Zuständigkeit eines anderen Kostenträgers umgangen werden.

Zu Nummer 13 (§ 45b Entlastungsbetrag)

Gesetzentwurf (Abs. 2, Buchstabe a)

Mit Feststellung der Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI und dem Vorliegen von häuslicher Pflege liegen die Anspruchsvoraussetzungen für die Beanspruchung des Entlastungsbetrags vor. Eine gesonderte Antragsstellung vor dem Bezug von Leistungen ist nicht erforderlich. Die Pflegebedürftigen erhalten die Kostenerstattung in Höhe des Entlastungsbetrags von den zuständigen Kostenträgern gegen Vorlage entsprechender Belege über die Höhe der Eigenbelastungen.

Stellungnahme

Die Klarstellung des Gesetzgebers zur Antragstellung zum Erhalt des Entlastungsbeitrags ist sehr zu begrüßen. Die bisherige Praxis einiger Kostenträger, eine Kostenerstattung nur bei Antragstellung vor

Inanspruchnahme der Leistungen zu gewähren, entsprach weder der Absicht, die Pflege zu entbürokratisieren, noch war die Handlungsweise im Sinne des Versicherten.

Zu Nummer 13 (§ 45b Entlastungsbetrag)

Gesetzentwurf (Abs. 3, Buchstabe b)

Der Entlastungsbetrag findet keine Berücksichtigung bei den Fürsorgeleistungen nach § 13 Absatz 3 Satz 1 SGB XI sowie bei den Leistungen nach § 63b Absatz 1 Satz 3 des Zwölften Buches. Berücksichtigung findet der Entlastungsbetrag dieses Buches jedoch bei Leistungen nach den §§ 64i oder 66 des Zwölften Buches (Entlastungsbetrag bei Pflegegrad 1 und bei den Pflegegraden 2-5), soweit Leistungen zu gewähren sind, die den Leistungen nach den Absätzen 1 bis 3 entsprechen.

Stellungnahme

Der DBfK befürwortet den Vorschlag des Gesetzgebers, macht aber darauf aufmerksam, dass Pflegebedürftige mit dem Pflegegrad 1 benachteiligt sind, sofern sie ihren Entlastungsbetrag nicht entsprechend § 45b SGB XI erhalten sondern die Leistungen nach § 66 SGB XII beziehen. Entsprechend dem vorliegenden Gesetzentwurf muss der Entlastungsbetrag dann auch für Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes einsetzen werden. Der DBfK sieht hier eine Ungleichbehandlung von Leistungsbeziehern.

Änderungsvorschlag:

Wir verweisen bereits an dieser Stelle auf den Änderungsvorschlag zu Artikel 2 Nummer 5 (§ 66 Entlastungsbetrag bei Pflegegrad 1).

Zu Nummer 17 (§ 79 Abrechnungs- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen)

Gesetzentwurf (Abs. 4, Buchstabe b)

Bestehen tatsächliche Anhaltspunkte für eine fehlerhafte Abrechnung der Pflegeeinrichtung können die Landesverbände der Pflegekassen selbst oder von Ihnen bestellte Sachverständige Abrechnungsprüfungen durchführen. Diese

erstrecken sich auf die Abrechnung von Leistungen, die zu Lasten der Pflegeversicherung erbracht oder erstattet werden und auf die Abrechnung von Leistungen für Unterkunft und Verpflegung (§ 87 SGB XI).

Stellungnahme

Eine zusätzliche Abrechnungsprüfung durch die Landesverbände der Pflegekassen oder durch sie bestellte Sachverständige bedarf aus unserer Sicht einer weiteren Konkretisierung, um die „tatsächlichen Anhaltspunkte“ klar zu definieren. Es muss sichergestellt sein, dass die Pflegeeinrichtungen nicht durch die Qualitätsprüfungen, die Prüfungen der Heimaufsicht und zusätzlicher Abrechnungsprüfungen durch die Landesverbände der Pflegekassen, mehrfach jährlich verdachtsmäßig kontrolliert werden und dadurch eine erhebliche Mehrbelastung für die Pflegeeinrichtung entsteht, die nicht refinanziert wird. Die gesellschaftlichen Forderungen nach Transparenz im Gesundheitswesen können aus unserer Sicht dadurch nicht entsprochen werden. Wir regen an, die Koordination der einzelnen Prüfungen so zu gestalten, dass es hier keine Überschneidungen mehrerer Institutionen gibt.

Auch aus Sicht des DBfK werden Abrechnungsbetrugsfälle auf das Schärfste verurteilt, da sie einen ganzen Berufsstand in Verruf bringen. Wir sehen die Notwendigkeit, dass der Aufbau von Vertrauen durch die Bevölkerung in die professionell Pflegenden gefördert wird, eine Aufklärung hinsichtlich des Erkennens und der Folgen von Abrechnungsbetrug sowohl bei den Pflegenden als auch bei den Pflegebedürftigen sowie eine Verbesserung der Leistungsfinanzierung zur Vorhaltung von ausreichend qualifizierten Personals.

Darüber hinaus möchten wir anmerken, dass in Absatz 4 Punkt 1 formuliert wird, es handele sich um Leistungen die zu Lasten der Pflegeversicherung erbracht oder erstattet werden. Bei der Abrechnungsprüfung werden jedoch ausschließlich bereits abgerechnete Leistungen überprüft, somit handelt es sich um eine retrospektive Sichtweise.

Änderungsvorschlag:

Es bedarf einer strikten Definition in der Begründung des Gesetzes, in welchen Fällen eine Abrechnungsprüfung zusätzlich zu den bereits gesetzlich verankerten Regelprüfungen durchzuführen ist.

Darüber hinaus schlagen wir vor den Gesetzestext wie folgt anzupassen:
„Die Abrechnungsprüfung bezieht sich auf
1. Die Abrechnung von Leistungen, die zu Lasten der Pflegeversicherung erbracht oder erstattet *wurden*, sowie […]“

Zu Nummer 20 (§ 113b Qualitätsausschuss)

Gesetzentwurf (Abs. 2, Buchstabe a)

Die maßgeblichen Organisationen zur Wahrnehmung der Interessen und Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen nach § 118 Absatz 2 erhalten ein Antragsrecht, das über das bisherige Mitberatungsrecht hinausgeht.

Stellungnahme

Eine Erweiterung der Beteiligungsrechte der maßgeblichen Organisationen zur Wahrnehmung der Interessen und Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen begrüßt der DBfK ausdrücklich.

Zu Nummer 21 (§ 114 Qualitätsprüfungen)

Gesetzentwurf (Abs. 2, Buchstabe b)

In die Regelprüfung einzubeziehen sind auch die erbrachten Leistungen der Häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V, unabhängig davon ob Leistungen nach dem § 36 SGB XI bezogen werden.

Stellungnahme

Wir befürworten grundsätzlich die geplanten gesetzlichen Änderungen und die damit einhergehenden Qualitätsprüfungen auch für jene Leistungen, die ausschließlich im Rahmen der Häuslichen Krankenpflege erbracht werden ohne das zusätzliche Leistungen nach § 36 SGB XI erbracht werden. Leistungsmissbrauch und Abrechnungsbetrug müssen unterbunden werden. Zum Wohl der Pflegebedürftigen und Patienten als auch Sicherung des solidarischen Leistungsprinzips und zum Schutz der Pflegenden. Wir möchten an dieser Stelle jedoch darauf hinweisen, dass die Pflegebranche in der Öffentlichkeit immer wieder einem Generalverdacht ausgesetzt ist und somit auch die Pflegenden

selbst. Vor allem unter den jetzigen Bedingungen und den zu erwartenden demografischen Entwicklungen braucht die Pflege jedoch einen Zulauf an Personal. Der vorliegende Gesetzentwurf eröffnet erneut die öffentlichkeitswirksame Diskussion über die Qualität in der Pflege und die Arbeit der Pflegenden. Wir weisen darauf hin, dass es einer konsequenten positiven Öffentlichkeitsarbeit auch von Seiten des Gesetzgebers bedarf, um diesen Generalverdacht mit all seinen Konsequenzen zu vermeiden.

Zu Nummer 24 (§ 123 Durchführung der Modellvorhaben zur kommunalen Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen, Verordnungsermächtigung)

Gesetzentwurf (Abs. 1)

Kommunalen Stellen soll diese Regelung ermöglichen, im Rahmen von Modellvorhaben, die Beratungsaufgaben nach dem SGB XI mit den eigenen Beratungsaufgaben für alte und/oder hilfebedürftige Menschen zusammen-zuführen und gemeinsam in eigener Zuständigkeit zu erbringen. Antragsberechtigt sollen die zuständigen Stellen der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII sein. Das Modellvorhaben soll sich auf einen Kreis oder, bei Stadtstaaten, auf einen Stadtbezirk beschränken. Die Beratungsstellen des Modellvorhabens können die Beratungsleistungen sowie Schulungen (§§ 7a bis 7c, 37 Absatz3, 45), die das SGB XI vorsieht, selbst durchführen. Die Qualitätsvorgaben wie für Beratungen durch die Pflegekassen sollen entsprechend gelten. Eine Verknüpfung mit der kommunalen Infrastruktur und der Beratung der kommunalen Leistungen zu Pflege und Pflegevermeidung ist zu gewährleisten.

Stellungnahme

Der DBfK begrüßt die Möglichkeit Modellvorhaben zur kommunalen Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen durchzuführen.

Bedauerlicherweise wird in dem Gesetzentwurf nicht die Chance ergriffen – weder an dieser Stelle noch woanders – Impulse zu setzen, um die Pflegeberatung inhaltlich weiter zu entwickeln. Die Bedarfe an eine umfassende und qualifizierte Pflegeberatung ändern sich angesichts der demografischen und

epidemiologischen Entwicklung. Der Entwurf verharrt bei den herkömmlichen Beratungsleistungen. Eine veränderte Finanzierungsgrundlage, also die Verlagerung auf die kommunale Ebene, verändert nicht die Charakteristik der Leistung.

Der DBfK setzt sich dafür ein, die freiwilligen Beratungsleistungen nach den §§ 7a bis 7c (3) und § 45 SGB XI zusammenzuführen und konzeptionell weiter zu entwickeln.

Zu der inhaltlichen Weiterentwicklung gehört es z. B. Konzepte wie die, in anderen Ländern flächendeckend eingeführten, präventiven Hausbesuche für alle Menschen ab 75 Jahre einzuführen[5]. Diese haben sich als sinnvoll erwiesen und sollten wie auch andere Angebote in die Beratungsleistungen aufgenommen werden. Internationale Studien liefern Hinweise darauf, dass präventive Hausbesuche ein wirksames Mittel zur Reduktion der Pflegebedürftigkeit darstellen. Der Sachverständigenrat (2009) benennt Prävention von Pflegebedürftigkeit als das herausragende Gesundheitsziel, empfiehlt brachliegende präventive Kompetenzen der Gesundheitsprofessionen, insbesondere der Pflege, weiter zu entwickeln und z. B. die zugehende Unterstützung durch eine Familiengesundheitspflegerin oder einen Familiengesundheitspfleger, nach dem Konzept der WHO „Family Health Nurse“, einzuführen.

Weiterhin wird im Sachverständigengutachten von 2014[6] darauf hingewiesen, dass sowohl Organisation und Konzepte der Pflegeberatung/Pflegestützpunkte weiterentwickelt werden müssten als auch die Formen der Beratung. Es gilt insbesondere z. B. zugehende, mobile Beratungsstrukturen auszubauen. Hierauf sollte sich der Gesetzentwurf stärker fokussieren. Insbesondere Modellprojekte bieten die Möglichkeit neue Versorgungsformen zu erproben.

Zu Nummer 24 (§ 123 Durchführung der Modellvorhaben zur kommunalen Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen, Verordnungsermächtigung)

Gesetzentwurf (Abs. 4)

[5] http://www.dip.de/projekte/projekt-details/?tx_ttnews%5BbackPid%5D=57&tx_ttnews%5Btt_news%5D=56&cHash=844edb60eb58222abda294382d873879
Projekt mobil. Präventive Hausbesuche bei Senioren.
[6] http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=521

Zur Durchführung von Modellvorhaben soll der Spitzenverband Bund der Pflegekassen Empfehlungen über die konkreten Voraussetzungen, Ziele, Inhalte und die Durchführung von Modellvorhaben beschließen. Dabei sind die Verbände der behinderten und pflegebedürftigen Menschen auf Bundesebene sowie der Verband der Privaten Krankenversicherung anzuhören. Die Empfehlungen sind den Ländern und dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen.

Stellungnahme

Es muss auch kleinen Kommunen unterhalb der Kreisebene möglich sein, solche Modelle durchzuführen. Die Versicherten brauchen nicht mehr von der gleichen Beratung, sondern eine umfassende Beratung zu den regionalen Strukturen, Ansprechpartnern und den Leistungen in ihrem Einzugsgebiet. Da es sich hier um Beratungen zu den Themen der Pflege handelt, sind die Berufsverbände auf Bundesebene zu den Empfehlungen pflegefachlicher Voraussetzungen, Ziele, Inhalte und der Durchführung hinzuzuziehen.

Änderungsvorschlag

Wir regen folgende Änderungen an: „Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt nach Anhörung der Verbände der Behinderten und Pflegebedürftigen auf Bundesebene, *der Berufsverbände auf Bundesebene* sowie des Verbands der privaten Krankenversicherung e. V. Empfehlungen über die konkreten Voraussetzungen, Ziele, Inhalte und Durchführung der Modellvorhaben."

Zu Nummer 24 (§ 124 Befristung, Widerruf und Begleitung der Modellvorhaben zur kommunalen Beratung; Beirat)

Gesetzentwurf (Abs. 5)

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen richtet einen Beirat zur Begleitung des Modellvorhabens ein, dem Vertreterinnen und Vertreter der kommunalen Spitzenverbände, der Länder, der Pflegekassen, der Wissenschaft und des Bundesministeriums für Gesundheit sowie des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend angehören.

Stellungnahme

Der DBfK begrüßt die Einrichtung eines Beirats. Da es in den Modellvorhaben jedoch primär um eine Beratung von pflegebedürftigen Versicherten geht, sollten die Betroffenenverbände sowie die Interessensvertretungen der Pflegenden bei der Entwicklung, Durchführung und Evaluation der Modellprojekte beteiligt werden.

Änderungsvorschlag

Wir regen an die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe älterer, pflegebedürftiger und behinderter Menschen auf Bundesebene und die Berufsverbände der Pflegenden auf Bundesebene in den Absatz 5 Satz 3 aufzunehmen.

Artikel 2 – Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch

Zweites Kapitel

§ 19 Leistungsberechtigte

Gesetzentwurf

keine Änderung

Stellungnahme

§ 19 Absatz 6 SGB XII regelt den Übergang des Anspruchs auf Leistungen für Einrichtungen nach dem Tode des Berechtigten auf denjenigen, der die Leistung erbracht hat, soweit ein Anspruch besteht und die Leistung erbracht wurde. Unter den Einrichtungsbegriff fallen in der jetzigen Gesetzesfassung keine ambulanten Pflegedienste. Da die Leistungsbewilligung nach der Antragstellung oft mehrere Monate (drei und mehr) in Anspruch nimmt, gehen ambulante Pflegedienste in Vorleistung. Sie haben jedoch keinen Anspruch auf Vergütung der erbrachten Leistungen, wenn die leistungsberechtigte Person verstirbt, bevor über die Bewilligung von Hilfe zur Pflege entschieden werden konnte. Da der Hilfebedarf in der letzten Lebensphase besonders hoch ist, sind auch die Verluste für die ambulante Einrichtung oft existenzbedrohend, insbesondere dann, wenn gleich mehrere Personen betroffen sind. Menschen am Ende ihres Lebens, die entsprechend der gesetzlichen Forderung „ambulant vor stationär“, in der eigenen Häuslichkeit versorgt werden können, sollten nicht länger benachteiligt

werden. Den Pflegediensten ist eine umfassende und vom Pflegebedürftigen auch benötigte Versorgung jedoch im Zweifelsfall nicht möglich, solange unklar ist, ob die Kosten hierfür auch durch den Sozialleistungsträger übernommen werden. Vor allem in Hinblick auf die gesetzlichen Änderungen im § 63 SGB XII (Leistungen für Pflegebedürftige), welcher explizit die Begleitung in der letzten Lebensphase als Bestandteil sieht, ist die Regelung in § 19 Absatz 6 noch dringlicher.

Änderungsvorschlag

§ 19 Absatz 6 SGB XII ist anlog auf die von ambulanten Pflegediensten erbrachten Leistungen anzuwenden, auch wenn bis zum Tod des Berechtigten keine formale Bescheiderteilung oder Kostenzusage erfolgt ist und die sozialhilferechtlichen Voraussetzungen zur Leistungsgewährung erfüllt sind.

Siebtes Kapitel

Zu Nummer 5 (§ 61 Leistungsberechtigte)

Gesetzentwurf

Personen, die pflegebedürftig im Sinne des § 61a sind, haben entsprechend des Gesetzentwurfs Anspruch auf Hilfe zur Pflege soweit ihnen, ihren nicht getrennt lebenden Ehegatten oder Lebenspartnern und, wenn sie minderjährig und unverheiratet sind, auch ihren Eltern oder einem Elternteil die Aufbringung der Mittel aus dem Einkommen und Vermögen nicht zuzumuten ist.

Stellungnahme

Aus Sicht des DBfK gibt es zwischen dem § 61 und dem § 61a Unstimmigkeiten. Es fehlt eine klare Regelung, dass Personen, die im Sinne des § 61a nicht pflegebedürftig sind, jedoch pflegerische Hilfe benötigen, Unterstützung erhalten. Entsprechend des Bedarfsdeckungsprinzips, nach dem unabhängig von den Gründen der Notlage ein Anspruch auf Leistungen besteht, muss aus Sicht des DBfK eine Klarstellung erfolgen.

Änderungsvorschlag

Wir regen an einen neuen Satz 2 in § 61 einzufügen: *„Hilfe zur Pflege ist auch kranken Menschen und Menschen mit Behinderung zu bewilligen, die einen*

geringeren Bedarf als nach Satz 1 haben oder die anderer, weitergehender Hilfen bedürfen.“

Zu Nummer 5 (§ 63 Leistungen für Pflegebedürftige)

Gesetzentwurf (Abs. 1 und 2)

Der Rahmen für Umfang, Art und Inhalt der Leistungen des SGB XII soll sowohl durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff sowie das neue Begutachtungsinstrument festgelegt werden. Der Leistungskatalog ist abschließend und beinhaltet für die Pflegegrade 2 bis 5 die Leistungen der häuslichen Pflege in Form von Pflegegeld, häuslicher Pflegehilfe, Verhinderungspflege, Pflegehilfsmittel, Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes und andere Leistungen. Darüber hinaus können Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 Leistungen der teilstationären Pflege, Kurzzeitpflege, einen Entlastungsbetrag und Leistungen der stationären Pflege erhalten. Die Begleitung in der letzten Lebensphase soll Bestandteil der Leistungen der Hilfe zur Pflege sein.
Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 haben Anspruch auf Pflegehilfsmittel, Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes und einen Entlastungsbetrag. Darüber hinaus haben Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 keinen Anspruch auf weitere Leistungen.

Stellungnahme

Für eine anderweitige Formulierung zur Begleitung von Menschen in der letzten Lebensphase als im SGB XI sieht der DBfK keinen Grund. Wir sprechen uns daher für eine Anpassung an die Formulierung des SGB XI aus.

Satz 2 im § 61 des gültigen SGB XII wurde mit der Neufassung unter § 63 Absatz 1 gestrichen, d. h. Hilfsmittel sind nicht mehr im Leistungskatalog enthalten. In dem Leistungskatalog zum Pflegegrad 1 sind zudem diverse Leistungen, die im SGB XI aufgeführt sind, nicht erfasst. Es ist für uns nicht nachvollziehbar, warum diese Leistungen nicht mit aufgenommen wurden und die Pflegebedürftigen, die Leistungen nach dem SGB XII erhalten an dieser Stelle erheblich benachteiligt sind.

Änderungsvorschlag

Absatz 1 Satz 2 ist wie folgt zu fassen: *„Die Hilfe zur Pflege schließt Sterbebegleitung mit ein.“*

In § 63 Absatz 1 ist Nummer 1d) wie folgt zu ergänzen: „*Pflegehilfsmittel und Hilfsmittel*“.

In § 63 Absatz 1 ist nach Nummer 1b) folgende Nummer 1c) einzufügen: „*1c) Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen (§ 38a)“.*

In § 63 Absatz 2 sind nach Nummer 2 folgende Nummern zu ergänzen: „*3. zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen, 4. zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen, 5. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen“.*

Ebenfalls mit aufgenommen werden sollte:

„(3) Wählen Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 vollstationäre Pflege, wird ein Zuschuss in Höhe von 125 Euro monatlich gewährt.“

Zu Nummer 5 (§ 63b Leistungskonkurrenz)

Gesetzentwurf (Abs. 1)

Im § 63b SGB XII wird das Verhältnis von Leistungen der Hilfe zur Pflege und Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach dem Zwölften Buch, dem Bundesversorgungsgesetz und dem Achten Buch geregelt. Eine Differenzierung wird zwischen dem häuslichen und dem außerhäuslichen Bereich vorgenommen. Der Gesetzentwurf sieht im häuslichen Bereich den Vorrang der Hilfe zur Pflege gegenüber den Leistungen der Eingliederungshilfe, ausgenommen, es stehen Aufgaben der Eingliederungshilfe im Vordergrund. Im außerhäuslichen Bereich gehen die Leistungen der Eingliederungshilfe den Leistungen anderer Sozialleistungsträger vor.

Stellungnahme

Es erschließt sich uns nicht, wie der häusliche Bereich vom außerhäuslichen Bereich abgegrenzt werden kann. Auch die Gesetzesbegründung lässt offen, wer die Entscheidung trifft, welche Leistungen bei welchem Pflegebedürftigen unter welchen Voraussetzungen der Eingliederungshilfe oder den Leistungen der Hilfe zur Pflege zuzuordnen sind. Dies kann nur die Entscheidung des

Pflegebedürftigen in Zusammenarbeit mit den jeweiligen Leistungserbringern sein. Eine Leistungskonkurrenz kann daher nicht im Sinne des Pflegebedürftigen sein.
Der DBfK sieht den Nachrang der Eingliederungshilfe im häuslichen Bereich kritisch. Hilfe zur Pflege und Eingliederungshilfe stehen aus unserer Sicht nicht in Konkurrenz zueinander, sondern müssen sich ergänzen.

Änderungsvorschlag

Wir schlagen vor § 63b Satz 1 und 2 zu streichen und Satz 3 wie folgt zu fassen: „Leistungen der Hilfe zur Pflege werden nicht erbracht, soweit Pflegebedürftige gleichartige Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften erhalten."

Zu Nummer 5 (§ 64 Vorrang)

Gesetzentwurf

Durch die Präzisierung des bisherigen § 63 Satz 1 im neuen § 64 soll die Vorrangigkeit der Sicherstellung der Pflege durch Pflegegeld klargestellt werden. Häusliche Pflege soll durch nahestehende Personen oder im Rahmen der Nachbarschaftshilfe erbracht werden.

Stellungnahme

Auch Empfänger von Hilfe zur Pflege haben ein Recht darauf, qualitätsgesicherte professionelle Pflege zu nutzen und nicht ausschließlich auf die Hilfe durch Laien zurückgreifen zu müssen.

Änderungsvorschlag

Sachleitung und Geldleistung müssen optional möglich sein.

Zu Nummer 5 (§ 64 e Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes)

Gesetzentwurf

Die Träger der Sozialhilfe sollen als Ermessensleistung ganz oder teilweise wohnumfeldverbessernde Maßnahmen des Pflegebedürftigen finanzieren können, soweit sie angemessen sind.

Stellungnahme

Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen tragen maßgeblich dazu bei, dass pflegebedürftige Menschen trotz erheblichen Hilfsbedarfen so lange wie möglich in ihrer eigenen Häuslichkeit verbleiben können. Gerade Sozialhilfeempfänger sind auf ergänzende Hilfe angewiesen. Der Ermessensspielraum ist in § 64a weit gefasst und sollte aus unserer Sicht minimiert werden.

Änderungsvorschlag

In § 64e ist in Satz 1 der Punkt 1 zu streichen. Satz 1 ist wie folgt zu fassen: *„Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes der Pflegebedürftigen können gewährt werden, wenn dadurch im Einzelfall die häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert werden kann oder eine möglichst selbständige Lebensführung der Pflegebedürftigen wiederhergestellt werden kann.“*

Zu Nummer 5 (§ 64 h Kurzzeitpflege)

Gesetzentwurf

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 sollen Anspruch auf Leistungen der Kurzzeitpflege erhalten, sofern die häusliche Pflege und die teilstationäre Pflege nicht ausreichend sind.

Stellungnahme

§ 61 SGB XII sieht vor, dass jene Personen der Hilfe zur Pflege leistungsberechtigt sind, die finanziell bedürftig sind und deren Bedarf an Pflegeleistungen über die Leistungen des SGB XI hinausgeht. Diese finanzielle Bedürftigkeit kann auch bereits bei Personen eintreten, die Leistungen des Pflegegrads 1 der sozialen Pflegeversicherung erhalten. Zu diesen Leistungen gehört der Anspruch auf Kurzzeitpflege unter Einbeziehung des Entlastungsbetrags nach § 45b SGB XI. Werden die darüber hinausgehenden Kosten bei einer finanziellen Bedürftigkeit nicht durch den Träger der Sozialhilfe übernommen, führt dies zu einer Ungleichbehandlung der Leistungsbezieher, die Anspruch auf zusätzliche Leistungen nach dem SGB XII haben.

Änderungsvorschlag

Die Wörter „Pflegegrade 2 bis 5“ sind durch „Pflegegrade 1 bis 5“ zu ersetzen.

Zu Nummer 5 (§ 66 Entlastungsbetrag bei Pflegegrad 1)

Gesetzentwurf

Nichtversicherte Pflegebedürftige sollen die gleichen Leistungen erhalten wie versicherte Pflegebedürftige. Der Entlastungsbetrag soll Pflegebedürftige des Pflegegrads 1 möglichst lange befähigen, in ihrer häuslichen Umgebung verbleiben zu können. Der Betrag soll zweckgebunden eingesetzt werden für die Entlastung pflegender Angehöriger oder nahestehender Pflegepersonen, zur Förderung der Selbständigkeit und Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen bei der Gestaltung ihres Alltags, zur Inanspruchnahme von Leistungen nach den §§ 64b (Häusliche Pflegehilfe), 64e (Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes), 64f (Andere Leistungen) und 64g (Teilstationäre Pflege).

Stellungnahme

In der Gesetzesbegründung ist aufgeführt, dass nichtversicherte Pflegebedürftige die gleichen Leistungen wie Pflegebedürftige erhalten sollen, die Mitglieder der sozialen Pflegeversicherung sind. Der Entlastungsbetrag soll jedoch, entgegen dem Leistungsumfang des § 28a SGB XI, auch für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen eingesetzt werden. Es ist zu erwarten, dass die Träger der Sozialhilfe den Entlastungsbetrag bei einem Bedarf an wohnumfeldverbessernden Maßnahmen in der Regel vorrangig hierfür einsetzen werden. Dies führt zu einer Ungleichbehandlung von versicherten und nichtversicherten Pflegebedürftigen.

Änderungsvorschlag

Wir regen an, im § 66 Punkt 3 den Verweis auf § 64e (Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfelds) zu streichen.

„Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 haben Anspruch auf einen Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 Euro monatlich. Der Betrag ist zweckgebunden einzusetzen zur

1. Entlastung pflegender Angehöriger oder nahestehender Pflegepersonen,

2. Förderung der Selbständigkeit und Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen bei der Gestaltung ihres Alltags,

3. Inanspruchnahme von

a) Leistungen der häuslichen Pflegehilfe im Sinne des § 64b,

b) Andere Leistungen nach § 64f,

c) Leistungen zu teilstationären Pflege im Sinne des § 64g,

4. Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten im Sinne des § 45a des Elften Buches.“

Stellungnahme des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe

zum Änderungsantrag der Fraktionen CDU/CSU und SPD

Der DBfK begrüßt die Absicht der Fraktionen CDU/CSU und SPD die pflegerische Versorgung in Deutschland qualitativ weiter zu verbessern. Kritisch sehen wir jedoch folgenden Antrag:

Zu Artikel I Nummer 10 (§ 43):

Durch die Anfügung von Nummer 10a sieht der DBfK ein massives Risiko der Wettbewerbsverzerrung durch die Umlage des Leistungssatzes auf die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung. Ein Unterschreiten des Leistungsbetrags für die pflegerischen Aufwendungen kann aus Sicht des DBfK nur zustande kommen, wenn der Anbieter die, durch die Pflege entstehenden Kosten senkt. Dies betrifft in erster Linie die Personalkosten und damit die Qualifikation und auch Qualifizierung der Mitarbeiter. Wir möchten zu Bedenken geben, dass eine gute Pflege von hoch qualifiziertem und ausreichendem Personal erbracht werden muss. Der Vorschlag der Fraktionen setzt allerdings eine Form des Wettbewerbs frei, die zwangsläufig zu Lohndumping und Beschäftigung von niedrigqualifiziertem Personal führen wird. Darüber hinaus führt eine Anrechnung des verbleibenden Leistungsbetrags auf die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung zu einem geringeren Eigenanteil. Die fehlende Auseinandersetzung mit den Voraussetzungen für eine gute Pflege kann also dazu führen, dass ein Anbieter mit einem niedrigen Eigenanteil, den er durch den Leistungsbetrag aufgestockt hat wirbt, die Pflege jedoch nicht unter qualitativen Aspekten erbringen kann.

Stellungnahme des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe

zum Antrag der Fraktion DIE LINKE

Der DBfK begrüßt die Forderung der Fraktion DIE LINKE, gute Arbeitsbedingungen für Beschäftigte in allen Regionen zu schaffen, damit eine bedarfsdeckende Versorgung in hoher Qualität ermöglicht werden kann.
Aus Sicht des DBfK sollten Personalschlüssel zukünftig bundeseinheitlich festgelegt werden. Die Leistungsansprüche der Versicherten als auch die Leistungsverpflichtungen der stationären Einrichtungen sind bundesweit identisch geregelt. Nicht nachvollziehbar ist, warum für eine identische Leistung nicht eine identische Zahl an Vollzeitstellen bzw. an Nettoarbeitszeit zur Verfügung steht.
Der DBfK sieht die Gefahr, dass Finanzierungsgrundlagen verändert werden, aber die Bedingungen in der stationären Altenpflege sich nicht verändern.
Der DBfK setzt sich dafür ein, dass der Personalbedarf anhand der pflegefachlich beurteilten individuellen Versorgungsbedarfe der Versicherten bemessen wird und nicht auf der Basis leistungsrechtlich definierter Versorgungssituationen.

Der DBfK unterstützt ausdrücklich den Antrag der Fraktion DIE LINKE, dass Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach §37 SGB V nicht als Sachleistungsbeträge über das SGB XI mitfinanziert werden dürfen. Wir möchten an dieser Stelle nochmals explizit darauf hinweisen, dass nach unserer Ansicht die Erfassung aller ärztlich angeordneten Maßnahmen nach Art und Häufigkeit im Begutachtungsinstrument nicht dazu führen darf, dass Sach-, Geld- und Kombi- Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger diese Maßnahmen künftig aus dem Leistungsanspruch des SGB XI finanzieren müssen. Die Finanzierung dieser Maßnahmen muss weiterhin im SGB V verankert bleiben.

Stellungnahme des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe

zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN

Der DBfK begrüßt das Ansinnen der Fraktion Bündnis 90/ Die Grünen, die Versorgung der Pflegebedürftigen weiter zu stärken und in den Fokus zu rücken. Zu unterstützen ist unter anderem der Vorschlag einer besseren Vernetzung von Angeboten. Auch den Vorschlag Case Manager und Case Managerinnen zur Unterstützung von Pflegebedürftigen bei der Zusammenstellung ihrer individuellen Versorgung einzusetzen, unterstützen wir. Zu einzelnen Punkten möchten wir uns im Folgenden detaillierter äußern.

Zu 1:

Der DBfK befürwortet das Anliegen der Fraktion, die Strukturen weiter zu verbessern. Ein vorgeschlagener Gesundheits- und Pflegebeirat ist hierfür eine Möglichkeit. Wir möchten jedoch anmerken, dass nicht nur die Vertreterinnen und Vertreter der der Patienten- und Selbsthilfeorganisationen und der Kommunalpolitik dem Beirat angehören sollten, sondern auch die Vertreter der professionell Pflegenden, zum Beispiel ein Vertreter oder eine Vertreterin der jeweiligen Landespflegekammer oder der Berufsverbände.

Zu 2:

Wir begrüßen das Ziel des Antrags, das Leistungsangebot für die Pflegebedürftigen auf kommunaler Ebene weiter auszubauen und zu verbessern. Wir sehen die Möglichkeit vor allem in der Stärkung der ambulanten Angebote. Diese können aus unserer Sicht jedoch nur mit einem entsprechenden Wettbewerb der Ideen und den damit verbundenen innovativen Angeboten weiter gestärkt werden. Wir stimmen der Fraktion jedoch in ihrem Anliegen zu, den Wettbewerb nicht zu einem rein wirtschaftlichen Wettbewerb mit den entsprechenden Konsequenzen für die Mitarbeiter und die Entwicklung des Unternehmens werden zu lassen. Wir befürworten eine Trägervielfalt und halten eine Übertragung der Ausgestaltung der pflegerischen Infrastruktur allein auf die Kommunen von daher nicht für sinnvoll.

Zu 3:

Wie bereits unter Punkt 1 angeführt halten wir eine Beteiligung der Berufsverbände bzw. der Pflegekammern für notwendig um die Arbeit in den verschiedenen Ausschüssen auch auf fachlicher Ebene weiter zu steigern.

Zu 7:

Wir unterstützen das Anliegen der Fraktion ausdrücklich, den Kostenvorhalt bei Leistungen der Eingliederungshilfe aufzuheben. Die Entscheidung, wo ein Mensch versorgt werden möchte, muss der Betroffene für sich selbst und aus seiner individuellen Lebenssituation heraus entscheiden dürfen.

stellungnahme

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0204(21)
gel. VB zur öAnhörung am 17.10.2016_PSGIII
12.10.2016

Stellungnahme des Deutschen Gewerkschaftsbundes zum Gesetzentwurf der Bundesregierung

Gesetzentwurf der Bundesregierung
Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III) – BT-Drucksache 18/9518

Änderungsanträge der Fraktionen CDU/CSU und SPD
zum Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III) – BT-Drucksache 18/9518

Antrag der Fraktion DIE LINKE
„Pflege teilhabeorientiert und wohnortnah gestalten"
BT-Drucksache 18/8725

Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
„Pflege teilhabeorientiert und wohnortnah gestalten"
BT-Drucksache 18/9668

zur Erörterung im
Ausschuss für Gesundheit
am 17. Oktober 2016

10.10.2016

Deutscher Gewerkschaftsbund
Bundesvorstand
Abteilung Sozialpolitik

Marco Frank
Referatsleiter Pflegepolitik

marco.frank@dgb.de

Telefon: +49 30 – 24060-289
Telefax: +49 30 – 24060-226

Henriette-Herz-Platz 2
D – 10178 Berlin

Verantwortlich: Annelie Buntenbach, Mitglied des Geschäftsführenden DGB-Bundesvorstandes

A)

Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III) – BT-Drucksache 18/9518

Allgemeine Einschätzung und Bewertung

Der DGB setzt sich für die Verbesserung der Leistungen für Pflegebedürftige, pflegende Angehörige sowie für verbesserte Rahmenbedingungen beruflich Pflegender ein. Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf für ein Drittes Pflegestärkungsgesetz (PSG III) sollen die leistungsrechtlichen Regelungen des PSG II, mit dem der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt wird, in das Sozialhilferecht nach dem SGB XII überführt werden. Mit Inkrafttreten des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes ist das gleichzeitige Inkrafttreten des PSG III zum 1.1. 2017 avisiert um gleiche leistungsrechtliche Standards sicherzustellen. Damit sind rechtliche Anpassungen auch für den Bereich der Eingliederungshilfe und die Hilfen zur Pflege verbunden. Der DGB kritisiert in diesem Zusammenhang, dass es im SGB XII keinen doppelten Stufensprung bei der Überleitung von Pflegestufen zu Pflegegraden geben soll. Für viele Menschen wäre ein stationärer Heimaufenthalt damit nicht mehr gesichert. Das SGB XII muss als letztes Auffangbecken auch für Nichtversicherte eine bedarfsdeckende Pflege sicherstellen. Der DGB fordert eine leistungsrechtlich vollumfängliche Übernahme des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ins SGB XII.

Einen weiteren Schwerpunkt des Gesetzentwurfes bildet die geplante Stärkung der Kommunen in Bezug auf Koordination, Kooperation und Steuerung in der Pflege. Wie angekündigt, sollen somit die Ergebnisse der „Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege" vom 12. Mai 2015 umgesetzt werden.

Der DGB begrüßt das Vorhaben aus Sicht der Versicherten im Sinne einer flächendeckenden Versorgung, spricht sich aber auch für eine verbesserte Zusammenarbeit zwischen Pflegekassen und Kommunen aus, um die bereits bestehenden gesetzlichen Regelungen in diesem Sinne voll auszuschöpfen. Eine bloße Verlagerung von Kompetenzen bei gleichzeitiger Finanzierung durch die Pflegekassen soll dabei vermieden werden. Besser wäre ein gemeinsames Agieren im Rahmen der jeweiligen Zuständigkeiten, um Doppelstrukturen zu vermeiden und Insellösungen auszuschließen.

Mit den Leistungsgesetzen zum PNG, PSG I und PSG II soll nun eine vernetzte Beratungsstruktur auf kommunaler Ebene etabliert werden, die einen besseren und umfassenden Leistungszugang für alle Versicherten ermöglicht. Ziel muss ein trägerübergreifendes Schnittstellenmanagement im Sinne einer bestmöglichen Versorgung der Versicherten sein.

Die Zukunft der Pflege ist eine Pflege im Quartier. Dem erklärten Wunsch der meisten Pflegebedürftigen, so lange wie möglich selbstbestimmt in der eigenen Häuslichkeit oder zumindest in der gewohnten Umgebung verbleiben zu können, wird damit Rechnung getragen. Dafür ist ein enges Zusammenwirken von Bund, Ländern, Kommunen, Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen nötig, um die Versorgung der Pflegebedürftigen, aber auch ihrer Angehörigen angemessen zu gewährleisten. In diesem Sinne weist der Gesetzentwurf in die richtige Richtung.

Der DGB nimmt die Gelegenheit wahr, in diesem Zusammenhang auch auf die mangelnde Inanspruchnahme der gesetzlichen Regelung zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf hinzuweisen. Während der sechsmonatigen Freistellung nach geltendem Gesetz sollten für pflegende Angehörige bezahlte Leistungen analog zum Elterngeld geschaffen werden.

Der DGB weist ebenfalls darauf hin, dass auch mit einem kommunalen Pflegestärkungsgesetz die Probleme der Unterfinanzierung der Pflegeversicherungsleistungen sowie die mangelnde Einhaltung von Qualitätsstandards durch personelle Unterdeckung in der Pflege nicht gelöst werden. Hier bedarf es dringend einer Weiterentwicklung der Pflegeversicherung im Sinne einer solidarischen Bürgerversicherung Pflege sowie die Einführung einer bundeseinheitlichen Personalbemessung in der stationären Versorgung.

Einschätzung des Gesetzentwurfes im Einzelnen

Beratung (§7a, §37 SGB XI)

Die ambulante Versorgung durch Familie, Freunde und Ehrenamtliche bedarf einer professionellen Unterstützung, insbesondere einer kompetenten und umfassenden Beratung. Gerade vor dem Hintergrund der künftig weiter steigenden Zahl an Pflegebedürftigen ist es deshalb aus Sicht des DGB und seiner Gewerkschaften richtig, die Pflegeberatung vor Ort in Kooperation mit den Pflegekassen zu stärken. Das Ziel, eine vernetzte, ganzheitlich ausgerichtete Beratung von Hilfebedürftigen und ihrer Angehörigen zu etablieren, die nicht an den Grenzen leistungsrechtlicher Zuständigkeiten halt macht, ist deshalb zu befürworten. In diesem Sinne müssen Prävention und Rehabilitation gestärkt werden, um die Menschen länger gesund zu erhalten und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden bzw. mindestens zu verschieben. Im Falle von Pflegebedürftigkeit hilft das Zusammenspiel eines Case- und Care-Managements, damit die Menschen so lange wie möglich selbstbestimmt in der gewohnten Umgebung verbleiben und passgenaue Leistungen und Hilfen in Anspruch nehmen können.

Insbesondere die Probleme der pflegerischen Versorgung in strukturschwachen Gegenden verdeutlicht die Notwendigkeit, den Kommunen in Zusammenarbeit mit den Pflegekassen mehr Initiativrechte und Handlungsspieleräume zu eröffnen. Mit der geplanten Pflegeberatung nach § 7a Absatz 1 SGB XI durch kommunale Beratungseinrichtungen sollen mehr Angebote auf örtlicher Ebene entstehen. Dabei spielt die Sicherstellung pflegefachlicher Qualität der Beratung eine wichtige Rolle, die aus Sicht des DGB regelmäßiger Überprüfung bedarf. Der Gesetzgeber muss gewährleisten, dass bundeseinheitliche Qualitätsstandards in der Beratung vorzuhalten sind und Doppelstrukturen vermieden werden.

Initiativrecht zur Gründung von Pflegestützpunkten (§7c SGB XI)

Die Träger der Sozialhilfe sollen ein Initiativrecht zur Gründung von Pflegestützpunkten erhalten, wenn das Land dafür eine Rechtsgrundlage schafft. Dadurch sollen die vorhandenen kommunalen Beratungsstrukturen besser zu genutzt werden. Der DGB begrüßt dies, spricht sich aber für eine anschließende Evaluation aus, auf deren Grundlage ggf. nachgesteuert werden kann.

Des Weiteren ist nicht ersichtlich, warum mit der Errichtung von Pflegestützpunkten durch kommunale Stellen eine Verpflichtung zur finanziellen Beteiligung durch die soziale Pflegeversicherung einhergeht. Der DGB spricht sich dafür aus, diese Kosten durch Steuermittel zu finanzieren.

Positiv ist, dass Einrichtungen in der Kommune, wie z.B. Seniorenbüros, Mehrgenerationenhäuser, lokale Allianzen für Demenz, Freiwilligenagenturen usw. durch das geplante Gesetz eine Beteiligung an einem Pflegestützpunkt zu ermöglichen ist. Dies sollte jedoch nach Möglichkeit in Kooperation mit den Pflegekassen passieren. Um die erweiterten Gestaltungsmöglichkeiten ausschöpfen zu können, muss eine reale Vergleichbarkeit an Qualität und Sicherheit der medizinischen und pflegerischen Versorgung in den Einrichtungen durch ein entsprechendes Referenzsystem (Pflege-TÜV) möglich sein. Insbesondere in strukturschwachen Gegenden eröffnet sich so die Möglichkeit, gemeinsam mit den Pflegekassen ein dichtes Netz an Beratungsmöglichkeiten zur Verfügung zu stellen, ohne Doppelstrukturen zu etablieren.

Einrichtung sektorenübergreifender Landespflegeausschüsse (§8a neu SGB XI)

Die Länder können sektorenübergreifende Landespflegeausschüsse einrichten. Tun sie dies, sind die Landesverbände der Kranken- und Pflegekassen und die Ersatzkassen neben der Kassenärztlichen Vereinigung und der Landeskrankenhausgesellschaft zur Mitarbeit verpflichtet.

Damit wird das Pflegeversicherungsrecht analog dem Krankenversicherungsrecht (90a SGB V) gleichgestellt. Somit wäre in jedem Falle ein Austausch zu übergreifenden Fragen der pflegerischen Versorgung gewährleistet, wenngleich die Beschlüsse keinen Verbindlichkeitscharakter besitzen.

Der DGB befürwortet die Regelung insofern, als damit gemeinsam abgestimmte Empfehlungen zur Sicherstellung der pflegerischen Infrastruktur (Pflegestrukturplanung) gegeben wären. Darin könnten Versorgungs-, Rahmen- und Vergütungsverträge eine entsprechende Berücksichtigung finden.

Dynamisierung der Pflegeleistungen (§30 SGB XI)

Der DGB nutzt die Gelegenheit der Stellungnahme zum PSG III, um die unzureichende Dynamisierung der Versicherungsleistungen in der Pflege erneut zu kritisieren.

Die im Gesetzentwurf avisierte Prüfung der Leistungsanpassung erst im Jahre 2020 ist aus Sicht des DGB unverständlich. In allen Pflegestufen liegt der Eigenanteil vielfach deutlich höher als die Versicherungsleistungen. Insbesondere für Menschen mit geringen und mittleren Einkommen stellt damit der Eintritt in die Pflegebedürftigkeit eine reale Armutsbedrohung dar. Pflege muss bezahlbar bleiben und darf nicht zum Armutsrisiko werden. Der DGB fordert deshalb den Ausgleich des vollen Kaufkraftverlustes für die Versicherungsleistungen, und

regt an, die Vorgaben des § 30 SGB XI entsprechend zu überprüfen. Sinnvoll wäre eine jährliche Anpassung statt einer Dynamisierung nach Kassenlage. Langfristig könnte die Weiterentwicklung der Teilkostenversicherung zu einer Pflegevollversicherung zur Finanzierung pflegerischer Leistungen eine sinnvolle Zukunftsperspektive sein.

Der DGB verweist darüber hinaus auf die ineffiziente Einführung des Pflegevorsorgefonds, und fordert wie schon in seiner Stellungnahme zum PSG I eine Umwidmung der Mittel zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung.

Die langfristige und gerechte Finanzierung von Leistungsverbesserungen wäre insbesondere in der Pflegeversicherung am einfachsten durch die Aufhebung eines Nebeneinanders von Gesetzlicher Pflegeversicherung und Privater Pflegeversicherung machbar. Die erneut verpasste Chance einer generellen Systemumstellung im Sinne der Weiterentwicklung der Pflegeversicherung zu einer Bürgerversicherung Pflege ist deshalb aus Sicht des DGB enttäuschend.

Abgrenzung zur Eingliederungshilfe (§43a SGB XI)

Der Gesetzentwurf sieht eine möglichst klare Abgrenzung der Leistungen der Pflegeversicherung von denen der Eingliederungshilfe vor. Konkret würde das bedeuten, dass alle Leistungen, die im häuslichen Umfeld erbracht werden von der Pflegeversicherung zu tragen sind. Leistungen, die außerhalb des häuslichen Umfelds erbracht werden, würden über die Eingliederungshilfe finanziert, so zum Beispiel in den stationären Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben oder am Leben in der Gemeinschaft.

Der DGB verweist in diesem Zusammenhang darauf, dass es trotzdem zu ‚Verschiebebahnhöfen' zwischen der Pflegeversicherung und dem BTHG kommen könnte, da die Neufassung der Leistungen der Eingliederungshilfe noch aussteht. Eine klare und rechtssichere Abgrenzung in den Gesetzentwürfen ist hier zwingend erforderlich.

Qualitätsprüfungen und Regelungen zum Abrechnungsbetrug (§75, 79, 114 SGB XI neu)

Die Regelung im Kabinettsentwurf sieht ein systematisches Prüfrecht vor. Auch Pflegedienste, die ausschließlich Leistungen der häuslichen Krankenpflege im Auftrag der Krankenkassen erbringen, sollen zukünftig regelmäßig von den

Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) erfasst werden.

Zudem sollen bestehende Instrumente der Qualitätssicherung im Bereich der Pflegeversicherung weiterentwickelt werden. In die Stichproben bei den MDK-Prüfungen von Pflegediensten sollen auch Personen einbezogen werden, die allein Leistungen der häuslichen Krankenpflege erhalten. In der häuslichen Krankenpflege werden die Dokumentationspflichten der Pflegekräfte an die in der ambulanten Altenpflege bereits geltenden Pflichten angepasst. Abrechnungsprüfungen sollen von den Pflegekassen zudem künftig auch unabhängig von den Qualitätsprüfungen des MDK durchgeführt werden, wenn Anhaltspunkte für fehlerhaftes Abrechnungsverhalten vorliegen. Sie dürfen im Verdachtsfall unangemeldet kontrolliert werden, und ihre Abrechnungen müssen vom MDK regelmäßig überprüft werden.

Der DGB begrüßt die Regelungen im Sinne der Versicherten, durch die Abrechnungsbetrug verhindert- und die Versicherungsgelder für ihren originären Verwendungszweck erhalten bleiben. Insbesondere das Vertrauen der zumeist älteren Pflegebedürftigen in die Seriosität der Pflegedienste kann somit gestärkt werden.

Modellvorhaben zur kommunalen Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen (§123 SGB XI neu)

Im Rahmen von „Modellvorhaben zur kommunalen Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen" sollen Beratungsaufgaben der Pflegeversicherung mit kommunalen Beratungsaufgaben, zum Beispiel der Altenhilfe, der Eingliederungshilfe oder der Wohnberatung, zusammengeführt und vernetzt werden können. Damit wird aus Sicht des DGB die Möglichkeit zur Einführung eines modernen Case- und Care-Managements eröffnet. Trägerübergreifend sollen umfassende Informationen auf kürzestem Weg vermittelt werden, damit hilfebedürftige Menschen eine qualitativ hochwertige Versorgung erhalten können.

Aus Sicht des DGB ist es wichtig darauf hinzuweisen, dass die qualifizierten Mitarbeiter kommunaler Beratungseinrichtungen tariflich nach dem TVÖD zu entlohnen sind.

Häusliche Pflegehilfe (§64b SGB XII)

De DGB begrüßt, dass die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes im SGB XII ab 1.1.2017 auch pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen

bei der Haushaltsführung beinhalten wird. Damit wird der Teilhabeanspruch auch jener Menschen, die nicht versichert sind, eingelöst.

Kritisch sieht der DGB, dass die Leistungen der häuslichen Pflege nur als Pflegesachleistung (häusliche Pflegehilfe) gewährt werden sollen, wenn sie nicht durch Pflegegeld sichergestellt werden kann. Damit wird in der Praxis ein Rechtfertigungszwang aufgebaut, der zu erklären hat, warum eine Versorgung durch Angehörige oder Nachbarn nicht möglich ist. Gerade das Wegbrechen familialer Strukturen führt jedoch heutzutage dazu, dass verstärkt professionelle Hilfe in Anspruch genommen werden muss. Der DGB kritisiert, dass mit dieser geplanten Regelung die Wahlfreiheit der Pflegebedürftigen in Bezug auf die Leistungserbringung unzulässig eingeschränkt wird.

Überleitung in Pflegegrade zum 1. Januar 2017 (§137 SGB XII)

Die Regelung sieht vor, dass Menschen, die heute Hilfen zur Pflege beziehen, künftig keine Überleitung von Pflegestufen in Pflegegrade erfahren werden, wie das SGB XI dies vorsieht. Für diese Menschen ist nur ein sog. einfacher Stufensprung vorgesehen. Die Folge wäre, dass Menschen, die heute ohne Pflegestufe über einen Zuschuss der Hilfe zur Pflege in Pflegeheimen leben, künftig im Pflegegrad I mit 125 Euro monatlich einen stationären Heimaufenthalt nicht mehr finanzieren könnten.

Der DGB kritisiert die geplante Regelung und verweist darauf, dass niemand durch die Pflegereform schlechter gestellt werden solle als bisher. Der DGB fordert auch im SGB XII eine bedarfsdeckende Pflege sicherzustellen, welche die leistungsrechtlichen Möglichkeiten des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes analog zum SGB XI vollumfänglich abdecken.

B)

Änderungsanträge der Fraktionen CDU/CSU und SPD zum Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III) - BT-Drucksache 18/9518

Änderungsantrag 6: Verwendung der vollstationären Leistungsbeträge (§ 43 Absatz 2 SGB XI)

Die Neuregelung soll künftige Rechtssicherheit darüber geben, dass der Leistungsbetrag für vollstationäre Dauerpflege zukünftig für Unterkunft und Verpflegung verwandt werden darf, soweit er die pflegerischen Aufwendungen und die Aufwendungen für medizinische Behandlungspflege übersteigt.

Dabei besteht aus Sicht des DGB die Gefahr, dass vornehmlich die stationäre Unterbringung kognitiv eingeschränkter Menschen bei personeller Unterdeckung mit schlecht bezahlten Pflegekräften zu einem geringen, bzw. negativen einrichtungseinheitlichen Eigenanteil für die Versicherten führen wird. Der DGB warnt in diesem Sinne vor Negativanreizen im Wettbewerb der Pflegeanbieter, die eine Spirale nach unten auslösen könnten.

Ein Unterbietungswettbewerb würde nicht nur zulasten der Beschäftigten gehen, sondern damit einhergehend auch eine qualitativ gute Versorgung der pflegebedürftigen Menschen gefährden. Um dieser Gefahr entgegenzuwirken spricht sich der DGB für transparente Pflegesatzverhandlungen aus, aus denen hervorgeht, wieviel des ausverhandelten Personals auch tatsächlich refinanziert wird. Insbesondere Betriebs- und Personalräte sollten ein Informationsrecht bekommen, welches sie in die Lage versetzt, sich einen Überblick über die Höhe und Ausgestaltung der Pflegesätze und der Investitionskostenzuschüsse zu verschaffen.

Gute Arbeit in der Pflege ist für den DGB eine Kernforderung, um den Fachkräftemangel zu stoppen und eine qualitativ hochwertige Pflege zu ermöglichen. Die Beschäftigten brauchen Arbeitsbedingungen, die sie nicht krank machen und Einkommen, die der anspruchsvollen und für große Teile der Bevölkerung unverzichtbaren Tätigkeit gerecht werden.

C)

Antrag der Fraktion DIE LINKE
„Pflege teilhabeorientiert und wohnortnah gestalten“
BT-Drucksache 18/8725

Der DGB begrüßt die inhaltliche Ausrichtung des Antrages. Richtig ist, dass eine regelgebundene Anpassung der Pflegesätze an die Kostenentwicklung bislang fehlt und stattdessen eine Dynamisierung nach Kassenlage stattfindet. Leidtragende sind die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen, die einen immer höheren Eigenanteil für die Pflege aufbringen müssen. Für den DGB ist dies nicht hinnehmbar. Pflege darf kein Armutsrisiko sein. Mehr und mehr Menschen müssen Hilfen zur Pflege nach dem SGB XII in Anspruch nehmen. Die Forderung nach Einführung einer Bürgerversicherung in der Pflege wird vom DGB mitgetragen.

Der DGB begrüßt das Ansinnen des Antrages zur Herstellung gleichwertiger Lebensbedingungen in der Pflege für alle Menschen mit Unterstützungsbedarf. Eine bedarfsgerechte Versorgung unabhängig vom Lebensort oder Einkommen ist zwingend sicherzustellen.

Der DGB unterstützt insbesondere das Ziel des Antrages, dass pflegebedürftige Menschen, die Sozialhilfe beziehen, leistungsrechtlich nicht schlechter gestellt werden dürfen als pflegebedürftige Menschen ohne Sozialhilfebezug.

Der DGB setzt sich insbesondere auch für die Beschäftigten in der Pflege ein. Insofern ist die im Antrag postulierte Forderung über die Transparenz von Pflegesatzverhandlungen – insbesondere über die Höhe und Ausgestaltung der Pflegesätze und Investitionskostenzuschüsse für Menschen mit Pflegebedarf ein wichtiges Anliegen, welches vom DGB voll unterstützt wird.

D)

Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
„Pflege vor Ort gestalten – Bessere Bedingungen für eine nutzerorientierte Versorgung schaffen"
BT-Drucksache 18/9668

Viele Menschen möchten auch im Alter auf ihre gewohnte Selbständigkeit nicht mehr verzichten. Die Unterbringung in Heimen stellt in diesem Sinne immer weniger eine reale Zukunftsperspektive dar. Stattdessen muss ein Ausbau professioneller Angebote, Kleinräumigkeit und gelebte Solidarität im Sozialraum in den Vordergrund rücken. Dazu bedarf es vor allem einer Stärkung der Rolle der Kommunen, die Pflege im örtlichen Verbund und nah bei den Menschen organisieren. Gebraucht wird ein transparentes Hilfesystem, welches an eine geeignete örtliche Infrastruktur gekoppelt ist und Beratung sowie ambulante Angebote beinhaltet.

In den Kommunen muss eine altersgerechte Ausrichtung von Wohnungsbau und Sanierungsförderung erfolgen, um ausreichend barrierefreie Wohnungen zu schaffen und neue Wohnformen zu ermöglichen. Die koordinierte Planung sozialer Infra- und Leistungsstruktur in Kooperation mit den Kostenträgern stellt dabei eine wichtige Aufgabe dar. Mit zusätzlicher Hilfe von verlässlichen sozialen Netzwerken ist so für den Einzelnen ein möglichst langer Verbleib in der gewohnten häuslichen Umgebung zu realisieren. Pflegepolitik muss in diesem Sinne mehr als Pflegeversicherungspolitik sein.

Der Anteil der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer mit Pflegeverantwortung steigt. Es sind insbesondere Frauen, die ihre Angehörigen pflegen und die unter den vielfältigen Belastungen durch die schwierige Vereinbarkeit von Beruf und Pflege leiden. Wird heute noch größtenteils im familiären Umfeld zu Hause gepflegt, so ist bereits absehbar, dass dieses Pflegepotential abnehmen wird, weil die nachfolgenden Generationen zahlenmäßig schwächer besetzt sind und Bereitschaft und Möglichkeiten abnehmen, familiäre Pflegeaufgaben zu übernehmen. Eine Steigerung der künftigen Inanspruchnahme professioneller Hilfen ist somit absehbar.

Der DGB begrüßt die inhaltliche Ausrichtung des Antrages insofern, als die Zukunft der Pflege im Quartier liegt. Insofern gilt es nicht nur die Beratungsstrukturen in den Kommunen zu stärken, sondern auch Anreize für ein modernes Quartiersmanagement zu schaffen und regionale Anbindungen unterschiedlichster Einrichtungen miteinander zu verzahnen.

Die Schaffung von Vernetzungsstrukturen vor Ort im Sinne von mehr Pflege und Teilhabe ist demzufolge ein wichtiges und richtiges Anliegen. Auch die Forderung nach einem individuellen Case-Management weist aus Sicht des DGB in die richtige Richtung.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0204(25)
gel. VB zur öAnhörung am 17.10. 2016_PSGIII
12.10.2016

BKK Dachverband e.V.
Mauerstraße 85
10117 Berlin

TEL (030) 2700406-0
FAX (030) 2700406-222
politik@bkk-dv.de
www.bkk-dachverband.de

Stellungnahme
des BKK Dachverbandes e.V.

vom 12. Oktober 2016

zum

Gesetzentwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III)

- BT-Drs. 18/9518 -

sowie zu den Änderungsanträgen der Fraktionen CDU/CSU und SPD

- Ausschussdrucksache 18(14)0206.1 –

Inhaltsverzeichnis

I. Vorbemerkung **3**

II. Detailkommentierung **6**

Artikel 1 – Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 1a)
§ 7 Abs. 3 (Aufklärung und Auskunft/Preis- und Vergleichslisten) 6
Nr. 2
§ 7b (Beratungsgutscheine) 8
Nr. 3
§ 7c (Pflegestützpunkte/Initiativrecht der Sozialhilfeträger) 10
Nr. 4
§ 8a (Landespflegeausschüsse/Gemeinsame Empfehlungen der pflegerischen Versorgung) 14
Nr. 6
§ 13 (Verhältnis der Leistungen der Pflegeversicherung zu anderen Sozialleistungen) 16
Nr. 16b)
§ 75 (Rahmenverträge…) 18
Nr. 17
§ 79 (Wirtschaftlichkeitsprüfung und Abrechnungsprüfung) 21
Nr. 21b)
§ 115 (Ergebnisse von Qualitätsprüfungen…) 22
Nr. 24
§§ 123/124 (Modellvorhaben) 23

I. Vorbemerkung

Mit dem Dritten Pflegestärkungsgesetz soll die Rolle der Kommunen in der Pflege gestärkt werden. Insbesondere das dabei verfolgte Ziel, den pflegebedürftigen Menschen einen möglichst langen Verbleib in ihrem häuslichen Umfeld zu gewährleisten, begrüßen die Betriebskrankenkassen.

Außerdem werden die Regelungen im Zusammenhang mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und das neue Begutachtungsassesment zur Feststellung des Leistungsanspruchs bei Pflegebedürftigkeit (NBA) auf das SGB XII übertragen. Die Betriebskrankenkassen begrüßen ausdrücklich diese folgerichtige Überführung der entsprechenden Regelungen der Pflegestärkungsgesetze I und II.

Zusätzlich wird mit diesem Gesetz ein systematisches Prüfrecht implementiert, mit welchem den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung (MDK) regelmäßige Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen auch bei ambulanten Pflegediensten durchführen können, die ausschließlich Leistungen der häuslichen Krankenpflege (HKP) erbringen. Auch diese Regelung wird von den Betriebskrankenkassen positiv bewertet.

Kritisch stehen die Betriebskrankenkassen einigen der geplanten Regelungen zur Stärkung der Rolle der Kommunen gegenüber. Dies betrifft insbesondere die Modellvorhaben zur kommunalen Beratung. Eine Verlagerung der Pflegeberatung von den Pflegekassen zu den Kommunen bei gleichzeitiger Finanzierung dieser Pflegeberatung durch die Pflegekassen lehnen die Betriebskrankenkassen strikt ab.

Folgende Punkte sollten bei den weiteren Überlegungen des Gesetzgebers aus Sicht der Betriebskrankenkassen besonders berücksichtigt werden:

Beratungsgutscheine

Für die Betriebskrankenkassen ist es von großer Bedeutung, dass ein Gleichklang der Anforderungen bei den Beratungsangeboten der Pflegekassen und den Beratungsangeboten der Beratungsstellen gemäß § 7b SGB XI besteht, damit Pflegebedürftige und deren Angehörige von gleichwertigen Beratungsstrukturen profitieren können. Da es sich bei der Pflegeberatung um einen leistungsrechtlichen Anspruch der Versicherten gegenüber der Pflegeversicherung insgesamt handelt, muss § 7b Absatz 2 SGB XI insbesondere hinsichtlich des Gestaltungsrechts und des Sicherstellungsauftrages der Pflegekassen sowie der Qualitätsanforderungen auch gegenüber den Beratungsstellen in kommunaler Trägerschaft gelten. Außerdem ist es explizit notwendig, dass die Delegation der Aufgaben an Dritte ausgeschlossen wird, da ansonsten nicht

sichergestellt werden kann, dass die übertragenen Beratungsaufgaben ausschließlich in kommunaler Hand bleiben.

Pflegestützpunkte

Die Regelung, nach welcher das Initiativrecht für die Einrichtung von Pflegestützpunkten auch für kommunale Stellen in deren regionalen Einzugsgebiet vorgesehen wird, ist nachvollziehbar. Zur Erhaltung der Beratungskontinuität für die Betroffenen bzw. zur Vermeidung von Doppelstrukturen ist es aus Sicht der Betriebskrankenkassen aber notwendig, dass etwaige Vereinbarungen zur Errichtung von Pflegestützpunkten auf Initiative kommunaler Stellen im Einvernehmen mit den Pflege- und Krankenkassen erfolgen.
Zudem sollten die in § 7a Abs. 3 formulierten Anforderungen und die damit verbundenen Empfehlungen zur erforderlichen Anzahl, Qualifikation und Fortbildung von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern auch für die Pflegeberatungsstrukturen innerhalb der Pflegestützpunkte gelten. Ansonsten drohen die Beratungsangebote hinsichtlich deren Qualität auseinanderzudriften und es besteht die Gefahr, dass für die Betroffenen keine gleichwertigen Angebote gewährleistet werden können.
Die Regelung, nach welcher den Ländern bzw. den Landesregierungen die Möglichkeit gegeben wird, Schiedsstellen einzurichten, für den Fall, dass eine Rahmenvereinbarung innerhalb der durch landesrechtliche Vorgaben bestimmten Frist nicht zustande kommt, ist aus Sicht der Betriebskrankenkassen aufgrund der Gefahr eines Interessenkonflikts auf der Ebene der Länder zu streichen. Es wäre ein Novum, dass eine vom Land errichtete bzw. benannte (oberste) Behörde (bspw. ein Ministerium) Rahmenvereinbarungspartner im Sinne des § 7c ist und gleichzeitig die genannten Fristen bestimmt, während die Landesregierungen, welche die obersten Landesbehörden errichten, eine Schiedsstelle im Sinne des § 7c sind.

Schnittstelle Pflegeversicherung und Eingliederungshilfe

Die Schnittstelle zwischen Pflegeversicherung und Eingliederungshilfe wird im Gesetzentwurf als Vorrang-/Nachrangregelung konzipiert. Allerdings erfolgt aus Sicht der Betriebskrankenkassen keine eindeutige Abgrenzung der Leistungen. Im Zusammenhang mit dem Referentenentwurf zum Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG) wurden seitens der Politik "Verschiebebahnhöfe" zwischen den Sozialgesetzbüchern immer ausgeschlossen. Insofern ist die nunmehr mit dem vorliegenden Gesetzentwurf vorgesehene Abgrenzung der Pflegeversicherungsleistungen von denen der Eingliederungshilfe zu konkretisieren.

Modellvorhaben kommunale Beratung

Die vorgesehenen Regelungen zur Durchführung von Modellvorhaben zur kommunalen Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen werden von den Betriebskrankenkassen abge-

lehnt. Die Modellvorhaben zielen darauf ab, die insgesamt von den Versicherten positiv wahrgenommene Pflegeberatung durch die Pflegekassen auf Beratungsstellen der Kommunen oder auf von Kommunen beauftragte Dritte zu verlagern. Dass dadurch die Versorgungssituation der Versicherten verbessert wird, ist nicht erkennbar.
Mit der Übertragung der Beratung auf die Kommunen bei gleichzeitiger Finanzierung der Pflegeberatung durch die Pflegekassen, wird eine kontraproduktive Trennung zwischen Finanzierungs- und Durchführungsverantwortung vorgenommen. Haftungsfragen entstehen, die im Rahmen der Modellvorhaben zu aufwendigen vertraglichen Regelungen führen werden. Bereits etablierte und bestehende Beratungsstrukturen der Pflegekassen, in die bislang - und auch zukünftig - personell, organisatorisch und inhaltlich investiert wurde, werden infrage gestellt. Die gleichzeitige Schaffung neuer kommunaler Beratungsstrukturen ist ordnungspolitisch verfehlt. Das angestrebte Ziel der „Beratung aus einer Hand“ wird auf der Grundlage der vorgenommenen einseitigen Kompetenzverlagerung verfehlt werden. Gleiches gilt für den Beschluss des Bundesrates, der eine selektive Übernahme der Beratungsaufgaben durch die Kommunen/die Träger der Sozialhilfe vorschlägt.

Zielführend wäre aus Sicht der Betriebskrankenkassen ausschließlich ein gleichberechtigtes und gemeinsames Handeln von Ländern, Kommunen und Pflege-/Krankenkassen im Sinne einer echten Kooperation unter Berücksichtigung vorhandener Strukturen. Eine solche Kooperation könnte konkret in einem Modellvorhaben aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung organisiert werden, bei gemeinsamer und partnerschaftlicher Antragstellung von Kommunen und Kassen. Umsetzungs- und Erfolgsfaktoren sind hierbei die nachweisliche individuelle Berücksichtigung der Beratungs- und Versorgungsbedarfe der betroffenen Menschen vor Ort und die hierfür notwendigen und darauf abgestimmten Kooperationsstrukturen. Eine alleinige Finanzierung der Kommunen und etwaiger neuer Strukturen aus den solidarisch finanzierten Beiträgen der Pflegeversicherung ist versorgungspolitisch der falsche Ansatz.

Rahmenverträge § 75 SGB XI

Abzulehnen ist, dass die grundsätzlich nachvollziehbare Regelung, eine weitere Möglichkeit der Abrechnungsprüfung auf Landesebene zu implementieren, auf der Grundlage einer gemeinsamen Vereinbarung mit den Trägerverbänden der Pflegeeinrichtungen auf Landesebene i. S. d. § 75 Absatz 2 ausgestaltet werden soll. Diese Vorgehensweise widerspricht dem Prozedere der Abrechnungsprüfung innerhalb der Qualitätsprüfungen i. S. d. § 114, zu welcher der GKV-Spitzenverband die Richtlinienkompetenz qua Gesetz innehat. Sämtliche (bundeseinheitlichen) Regelungen werden hier unter Beteiligung der Verbände der Pflegeeinrichtungen und der Betroffenenverbände vom GKV-Spitzenverband vorgenommen. Eine Mitentscheidung derjenigen, welche zur Bekämpfung des Abrechnungsbetrugs hinsichtlich des Abrechnungsverhaltens und etwaiger Unstimmigkeiten zulasten der Solidargemeinschaft geprüft werden sollen, entbehrt jeder Logik und wird dem Ziel, Abrechnungsbetrug aufzudecken und vorzubeugen, nicht gerecht.

II. Detailkommentierung

Artikel 1 – Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 1a (Änderungsantrag 2 vom 27.09.2016, Ausschussdrucksache 18(14)0206.1))

§ 7 Abs. 3 (Aufklärung und Auskunft/Preis- und Vergleichslisten)

§ 7 wird wie folgt geändert:

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Zur Unterstützung der pflegebedürftigen Person bei der Ausübung ihres Wahlrechts nach § 2 Absatz 2 sowie zur Förderung des Wettbewerbs und der Überschaubarkeit des vorhandenen Angebots hat die zuständige Pflegekasse der antragstellenden Person auf Anforderung unverzüglich und in geeigneter Form eine Leistungs- und Preisvergleichsliste zu übermitteln; die Leistungs- und Preisvergleichsliste muss für den Einzugsbereich der antragstellenden Person, in dem die pflegerische Versorgung und Betreuung gewährleistet werden soll, die Leistungen und Vergütungen der zugelassenen Pflegeeinrichtungen, die Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a sowie Angaben zur Person des zugelassenen oder anerkannten Leistungserbringers enthalten.“

bb) folgender Satz wird eingefügt:
„Die Landesverbände der Pflegekassen erarbeiten Nutzungsbedingungen für eine zweckgerechte, nicht gewerbliche Nutzung der Angaben nach Satz 1 durch Dritte; die Übermittlung der Angaben erfolgt gegen Verwaltungskostenersatz, es sei denn, es handelt sich bei den Dritten um öffentlich-rechtliche Stellen.“

Gewünschte Änderung

aa) Die Änderungen sind zu streichen.

bb) Der eingefügte Satz ist zu streichen.

Anderenfalls ist folgender Satz zu ergänzen:
„Die nichtgewerbliche Nutzung der Angaben nach Satz 1 durch Dritte ist an ein konkretes, nicht gewerbliches Beratungsangebot gebunden.“

Begründung

aa)
Die durch Neufassung von Satz 1 vorgenommene Ergänzung in Absatz 3, welche den Leistungs- und Preisvergleichslisten zusätzlich Angaben zur Person des zugelassenen oder anerkannten Leistungserbringers vorsieht, kann aus Sicht der Betriebskrankenkassen nicht nachvollzogen werden. Auch erscheint diese Ergänzung nicht sachgerecht. In den Vergleichslisten sind Angaben sowohl zum Angebot als auch zum Anbieter selbst zu erfassen. Diese Angaben umfassen insofern auch Daten (z. B. Anschrift und Telefonnummer des Anbieters), die der Kontaktaufnahme des Versicherten mit dem jeweiligen Angebot dienen. Unklar ist hier, welche erforderlichen Daten zur Person der Gesetzgeber darüber hinaus vorsehen will. Beispielsweise lassen Angaben zur Person des Anbieters (z. B. Name des Geschäftsführers, oder einzelner Mitarbeiter) keinen Mehrwert für die Versicherten oder die Leistungserbringer erkennen. Bereits heute sind alle zugelassenen Leitungserbringer in den Preis- und Vergleichslisten aufzunehmen und insofern ist für die Anbieter kein Wettbewerbsnachteil zu befürchten. Auch die Versicherten müssen keine Einschränkung ihrer Wahlfreiheit wegen unvollständiger Leistungs- und Preisvergleichslisten befürchten, zumal auch Einzelpersonen in den Listen erfasst werden, sofern sie als Leistungserbringer zugelassen sind. Da bislang auch keine weiteren Zusatzinformationen zu erfassen sind, ist die Neufassung des Satz 1 zu streichen.

bb)
Aus Sicht der Betriebskrankenkassen bestehen Zweifel daran, dass es der hier vorgenommen Konkretisierung von Zugangs- und Weiterverwendungsansprüchen der Inhalte und damit Daten der Preis- und Vergleichsliste bedarf, welche die Landesverbände der Pflegekassen erstellen. Die Neuregelung wird vor diesem Hintergrund grundsätzlich abgelehnt. Die entsprechenden Informationen werden bereits heute auf den jeweiligen Veröffentlichungsplattformen der Landesverbände der Pflegekassen veröffentlicht und sind somit zumutbar allgemein zugänglich. Diese Plattformen dienen originär der Erfüllung der Aufgaben der Pflegekassen bzw. der Landesverbände der Pflegekassen, die mit § 7 vorgegeben werden und explizit im Zusammenhang mit der „Auskunft und Information“ und der Pflegeberatung stehen. Vor diesem Hintergrund und hinsichtlich des angestrebten Ausschlusses, dass die Nutzung der Daten nicht in einem gewerblichen Kontext stehen soll, ist eine explizite Anbindung an nichtkommerzielle Beratungsangebote vorzusehen, falls diese Neuregelung weiter Bestand haben sollte.

Nr. 2

§ 7b (Beratungsgutscheine)

Nach § 7b Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:

„(2a) Sofern kommunale Gebietskörperschaften, von diesen geschlossene Zweckgemeinschaften oder nach Landesrecht zu bestimmende Stellen

1. *für die wohnortnahe Betreuung im Rahmen der örtlichen Altenhilfe oder*

2. *für die Gewährung der Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch*

Pflegeberatung im Sinne von § 7a erbringen, sind sie Beratungsstellen, bei denen Pflegebedürftige nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 Beratungsgutscheine einlösen können; sie haben die Empfehlungen nach § 7a Absatz 3 Satz 3 zu berücksichtigen und die Pflegeberatungs-Richtlinien nach § 17 Absatz 1a zu beachten. Absatz 2 Satz 1 findet keine Anwendung. Die Pflegekasse schließt hierzu allein oder gemeinsam mit anderen Pflegekassen mit den in Satz 1 genannten Stellen vertragliche Vereinbarungen über die Vergütung. Für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Sozialdaten gilt § 7a Absatz 6 entsprechend.“

Gewünschte Änderung

"(2a) Sofern kommunale Gebietskörperschaften, von diesen geschlossene Zweckgemeinschaften oder nach Landesrecht zu bestimmende Stellen

1. *für die wohnortnahe Betreuung im Rahmen der örtlichen Altenhilfe oder*

2. *für die Gewährung der Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch*

Pflegeberatung im Sinne von § 7a erbringen, sind sie Beratungsstellen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2. Absatz 2 sowie § 7a Absatz 6 gelten entsprechend. Die Delegation der Aufgaben der Pflegeberatung im Sinne von § 7a durch die in Satz 1 genannten Stellen an Dritte ist ausgeschlossen."

Anderenfalls ist die Neuregelung zu streichen.

Ergänzender Änderungsbedarf

§ 7b Absatz 3 Satz 1 ist wie folgt zu fassen:

„Stellen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 dürfen personenbezogene Daten nur erheben, verarbeiten und nutzen, soweit dies für den Zweck der Beratung nach § 7a erforderlich ist.“

Satz 2 ist zu streichen.

Begründung

Die Regelung, nach welcher die Pflegeberatung nach § 7a Abs. 1 über Beratungsgutscheine nunmehr auf kommunale Gebietskörperschaften bzw. von diesen geschlossene Zweckgemeinschaften oder nach Landesrecht bestimmte Stellen (Gemeindeebene) übertragen wird, ist nachvollziehbar. Aus Sicht der Betriebskrankenkassen, bei welchen die Beratungsgutscheine nach § 7b häufig zur Anwendung kommen, ist es dabei jedoch von großer Bedeutung, dass ein Gleichklang der Anforderungen bei den Beratungsangeboten der Pflegekassen und den Beratungsangeboten der Beratungsstellen gemäß § 7b SGB XI besteht, damit Pflegebedürftige und deren Angehörige von gleichwertigen Beratungsstrukturen profitieren können.

In diesem Zusammenhang ist es zwingend erforderlich, dass die Pflegekassen – als für die Pflegeberatung originär zuständigen Träger – gegenüber den Beratungsstellen in kommunaler Trägerschaft ihrem Sicherstellungsauftrag zur Einhaltung der genannten Anforderungen an die Beratung nachkommen und entsprechende Haftungsregelungen treffen können. Da es sich bei der Pflegeberatung um einen leistungsrechtlichen Anspruch der Versicherten gegenüber der Pflegeversicherung insgesamt handelt, muss § 7b Absatz 2 SGB XI insbesondere hinsichtlich des Gestaltungsrechts und des Sicherstellungsauftrages der Pflegekassen sowie der Qualitätsanforderungen auch hier gelten.
Nach Auffassung der Betriebskrankenkassen müssen die kommunalen Beratungsstellen also umfänglich den Anforderungen des § 7b unterliegen und sind den bereits geregelten Beratungsstellen gleichzustellen. Außerdem ist es explizit notwendig, dass die Delegation der Aufgaben an Dritte ausgeschlossen wird, da ansonsten nicht sichergestellt werden kann, dass die hier übertragenen Beratungsaufgaben ausschließlich in kommunaler Hand bleiben.

Darüber hinaus bleibt die Frage offen, wie die betreffenden Beratungsstellen die Anforderungen nach § 7a erfüllen sollen, da die Beratungs-Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes gemäß § 7a Abs. 3, die wiederum ausdrücklich genannt werden, erst zum 31.07.2018 zu erlassen sind.

Durch die in den §§ 7 und 7a vorgenommene Harmonisierung der datenschutzrechtlichen Vorgaben für „Auskunft und Information“ und den entsprechenden Regelungen der Pflegeberatung wird bewirkt, dass eine Nutzung und Verarbeitung der hierfür notwendigen Daten gleichermaßen möglich ist (vgl. Änderungsanträge 2 und 3 vom 27.09.2016, Ausschussdrucksache 18(14)0206.1)). Außerdem wird eine gleichlautende Nutzung ermöglicht, wenn „Dritte“ von den Pflegekassen mit der Pflegeberatung nach § 7a beauftragt werden. Damit die harmonisierte Datennutzung auch in Beratungsstellen umgesetzt werden kann, welche von den Pflegkassen mittels Beratungsgutscheinen nach § 7b mit der Pflegeberatung beauftragt werden, ist es notwendig, auch § 7b Abs. 3 Satz 1 gleichlautend zu ändern.

Nr. 3

§ 7c (Pflegestützpunkte/Initiativrecht der Sozialhilfeträger)

§ 7c wird wie folgt geändert:

[…]

b) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Die für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch können bis zum 31. Dezember 2021 aufgrund landesrechtlicher Vorschriften von den Pflegekassen und Krankenkassen den Abschluss einer Vereinbarung zur Einrichtung eines Pflegestützpunktes verlangen. Ist in der Vereinbarung zur Einrichtung eines Pflegestützpunktes oder in den Rahmenverträgen nach Absatz 6 nichts anderes vereinbart, werden die Aufwendungen, die für den Betrieb des Pflegestützpunktes erforderlich sind, von den Trägern des Pflegestützpunktes zu gleichen Teilen unter Berücksichtigung der anrechnungsfähigen Aufwendungen für das eingesetzte Personal getragen.“

c) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 Nummer 1 werden nach dem Wort „Hilfsangebote“ die Wörter „einschließlich der Pflegeberatung nach § 7a in Verbindung mit den Richtlinien nach § 17 Absatz 1a“ eingefügt.

[…]

d) Absatz 6 wird durch die folgenden Absätze 6 bis 8 ersetzt:

„(6) Sofern die zuständige oberste Landesbehörde die Einrichtung von Pflegestützpunkten bestimmt hat, vereinbaren die Landesverbände der Pflegekassen mit den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen und den für die Hilfe zur Pflege zuständigen Trägern der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch und den kommunalen Spitzenverbänden auf Landesebene Rahmenverträge zur Arbeit und zur Finanzierung der Pflegestützpunkte. Bestandskräftige Rahmenverträge gelten bis zum Inkrafttreten von Rahmenverträgen nach Satz 1 fort. Die von der zuständigen obersten Landesbehörde getroffene Bestimmung zur Einrichtung von Pflegestützpunkten sowie die Empfehlungen nach Absatz 9 sind beim Abschluss der Rahmenverträge zu berücksichtigen. In den Rahmenverträgen nach Satz 1 ist die Strukturierung der Zusammenarbeit mit weiteren Beteiligten sowie die Zuständigkeit insbesondere für die Koordinierung der Arbeit, die Qualitätssicherung und die Auskunftspflicht gegenüber den Trägern, den Ländern und dem Bundesversicherungsamt zu bestimmen. Ferner sollen Regelungen zur Aufteilung der Kosten unter Berücksichtigung der Vorschriften nach Absatz 4 getroffen werden. Die Regelungen zur Kostenaufteilung gelten unmittelbar für die Pflegestützpunkte, soweit in den Verträgen zur Errichtung der Pflegestützpunkte nach Absatz 1 nichts anderes vereinbart ist.

(7) Die Landesregierungen werden ermächtigt, Schiedsstellen einzurichten. Diese setzen den Inhalt der Rahmenverträge nach Absatz 6 fest, sofern ein Rahmenvertrag nicht innerhalb der in

der Rechtsverordnung nach Satz 6 zu bestimmenden Frist zustande kommt. Die Schiedsstelle besteht aus Vertretungen der Pflegekassen und der für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch in gleicher Zahl sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. Für den Vorsitzenden und die unparteiischen Mitglieder können Stellvertretungen bestellt werden. § 76 Absatz 3 und 4 gilt entsprechend. Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Zahl, die Bestellung, die Amtsdauer, die Amtsführung, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für Zeitaufwand der Mitglieder der Schiedsstelle, die Geschäftsführung, das Verfahren, die Frist, nach deren Ablauf die Schiedsstelle ihre Arbeit aufnimmt, die Erhebung und die Höhe der Gebühren sowie über die Verteilung der Kosten zu regeln.

(8) Abweichend von Absatz 7 können die Parteien des Rahmenvertrages nach Absatz 6 Satz 1 einvernehmlich eine unparteiische Schiedsperson und zwei unparteiische Mitglieder bestellen, die den Inhalt des Rahmenvertrages nach Absatz 6 innerhalb von sechs Wochen nach ihrer Bestellung festlegen. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen.“

Gewünschte Änderung

Zu Absatz 1)

Abs. 1a S. 1 ist wie folgt zu fassen:

„(1a) Die für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch können aufgrund landesrechtlicher Vorschriften bis zum 31. Dezember 2018 im Einvernehmen mit den Pflegekassen und Krankenkassen eine Vereinbarung zur Einrichtung eines Pflegestützpunktes schließen."

Zu Absatz 2)

Nach den Wörtern *„einschließlich der Pflegeberatung nach § 7a"* werden die Wörter *"unter Anwendung von § 7a Absatz 3"* eingefügt.

Zu Absatz 6)

Absatz 6 ist wie folgt zu fassen:

"(6) Die Landesverbände der Pflegekassen können mit den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen und den zuständigen Trägern der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch sowie den kommunalen Spitzenverbänden auf Landesebene Rahmenverträge zur Arbeit und zur Finanzierung der Pflegestützpunkte vereinbaren. Bestandskräftige Rahmenverträge gelten bis zum Inkrafttreten von Rahmenverträgen nach Satz 1 fort. In den Rahmenverträgen nach Satz 1 ist die Zuständigkeit insbesondere für die Koordinierung der Arbeit, die Qualitätssicherung und die Auskunftspflicht gegenüber den Trägern, den Ländern und dem Bundesversicherungsamt zu bestimmen. Ferner sollen Regelungen zur Aufteilung der Kosten unter Berücksichtigung der Vorschriften nach Absatz 4 getroffen werden; diese gelten unmittelbar für die

Pflegestützpunkte, soweit in den Verträgen zur Errichtung der Pflegestützpunkte nach Absatz 1 nichts anderes vereinbart ist."

Absätze 7 und 8 sind zu streichen.

Begründung

Zu Absatz 1)

Die Regelung, nach welcher das Initiativrecht für die Einrichtungen von Pflegestützpunkten auch für kommunale Stellen in deren regionalen Einzugsgebiet vorgesehen wird, ist nachvollziehbar. Allerdings wurden in den Pflegekassen – aufgrund der originären Verantwortung für die Pflegeberatung nach § 7a – umfangreiche Beratungsstrukturen geschaffen, die sich auch an den jetzigen regionalen Gegebenheiten orientieren. Um im Sinne der Betroffenen die Beratungskontinuität zu erhalten bzw. um Doppelstrukturen zu vermeiden, ist es aus Sicht der Betriebskrankenkassen notwendig, dass etwaige Vereinbarungen zur Errichtung von Pflegestützpunkten auf Initiative kommunaler Stellen immer im Einvernehmen mit den Pflege- und Krankenkassen erfolgen. Dies wahrt einen flexiblen Umgang hinsichtlich einer Planungssicherheit. Um die Neuregelung und deren Auswirkungen vollumfänglich im ersten Bericht nach § 7a Abs. 9 berücksichtigen zu können, sollte das Zeitfenster für den Abschluss von Vereinbarungen nach Abs. 1a enger gefasst werden, zumal eine Begrenzung auf zwei Jahre hier ausreichend sein sollte. Außerdem würde die vorgeschlagene zeitliche Begrenzung des Initiativrechts die Planungssicherheit der Pflegekassen hinsichtlich des Auf- und Ausbaus von Beratungsstrukturen erhöhen, wenn es zu keiner Ausübung des Initiativrechts seitens der Kommunen/den Trägern der Sozialhilfe kommen sollte.

Hinsichtlich der nunmehr aufgenommenen Verpflichtung, dass Rahmenvereinbarungen zur Errichtung eines Pflegestützpunktes zwingend zu schließen sind – wenn die Träger der Sozialhilfe aufgrund landesrechtlicher Vorschriften diese verlangen – ist anzumerken, dass die bisherige Kann-Regelung ausreichend war. Vielmehr dürfte die nunmehr verortete Verpflichtung zum Abschluss von Rahmenverträgen im Zusammenspiel mit dem Initiativrecht der Landesregierungen zur Einrichtung von Schiedsstellen und der Berücksichtigung landesrechtlicher Bestimmungen zur Errichtung von Pflegestützpunkte dazu führen, dass das bisher ausgewogene Verhältnis zwischen Gebietskörperschaften und den Kranken- und Pflegekassen ausgehebelt und damit empfindlich gestört würde.

Zu Absatz 2)

Die Betriebskrankenkassen weisen darauf hin, dass explizit gesetzlich normiert werden sollte, dass die in § 7a Abs. 3 formulierten Anforderungen und die damit verbundenen Empfehlungen zur erforderlichen Anzahl, Qualifikation und Fortbildung von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern auch für die Pflegeberatungsstrukturen innerhalb der Pflegestützpunkte gelten müssen. Ansonsten drohen die Beratungsangebote hinsichtlich deren Qualität auseinanderzudriften und es besteht die Gefahr, dass keine gleichwertigen Angebote für die Betroffenen gewährleistet werden können.

Zu Absätzen 6, 7, 8)

Die Regelung, nach welcher den Ländern bzw. den Landesregierungen die Möglichkeit gegeben wird, Schiedsstellen einzurichten, für den Fall, dass eine Rahmenvereinbarung innerhalb der durch landesrechtliche Vorgaben bestimmten Frist nicht zustande kommt, wird abgelehnt. Aus Sicht der Betriebskrankenkassen wäre es ein Novum, dass eine vom Land errichtete bzw. benannte (oberste) Behörde (bspw. ein Ministerium) Rahmenvereinbarungspartner im Sinne des § 7c ist und gleichzeitig die genannten Fristen bestimmt, während die Landesregierungen, welche die obersten Landesbehörden errichten, eine Schiedsstelle im Sinne des § 7c Abs. einrichten können. Die Regelung ist daher aufgrund der Gefahr eines Interessenkonflikts auf der Ebene der Länder zu streichen. Außerdem ist die Einrichtung einer Schiedsstelle aus Sicht der Betriebskrankenkassen auch deshalb nicht notwendig, weil bislang die entsprechenden Rahmenverträge auch ohne diese zustande gekommen sind, u.a. auch deshalb, weil die Länder die Rolle der Moderation bei Meinungsverschiedenheiten übernommen haben.

Nr. 4

§ 8a (Landespflegeausschüsse/Gemeinsame Empfehlungen der pflegerischen Versorgung)

[…]

c) Die folgenden Absätze werden angefügt:

„(3) Sofern nach Maßgabe landesrechtlicher Vorschriften regionale Ausschüsse insbesondere zur Beratung über Fragen der Pflegeversicherung in Landkreisen und kreisfreien Städten eingerichtet worden sind, entsenden die Landesverbände der Pflegekassen Vertreter in diese Ausschüsse und wirken an der einvernehmlichen Abgabe gemeinsamer Empfehlungen mit.

(4) Die in den Ausschüssen nach den Absätzen 1 und 3 vertretenen Pflegekassen, Landesverbände der Pflegekassen sowie die sonstigen in Absatz 2 genannten Mitglieder wirken in dem jeweiligen Ausschuss an einer nach Maßgabe landesrechtlicher Vorschriften vorgesehenen Erstellung und Fortschreibung von Empfehlungen zur Sicherstellung der pflegerischen Infrastruktur (Pflegestrukturplanungsempfehlung) mit. Sie stellen die hierfür erforderlichen Angaben bereit, soweit diese ihnen im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgaben verfügbar sind und es sich nicht um personenbezogene Daten handelt. Die Mitglieder nach Satz 1 berichten den jeweiligen Ausschüssen nach den Absätzen 1 bis 3 insbesondere darüber, in wie weit diese Empfehlungen von den Landesverbänden der Pflegekassen und der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen, den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landeskrankenhausgesellschaften bei der Erfüllung der ihnen nach diesem und dem Fünften Buch übertragenen Aufgaben berücksichtigt wurden.

(5) Empfehlungen der Ausschüsse nach den Absätzen 1 bis 3 zur Weiterentwicklung der Versorgung sollen von den Vertragsparteien nach dem Siebten Kapitel beim Abschluss der Versorgungs- und Rahmenverträge und von den Vertragsparteien nach dem Achten Kapitel beim Abschluss der Vergütungsverträge einbezogen werden.“

Gewünschte Änderung

Zu Absatz 3)

In Absatz 3 Satz 1 sind die Wörter *„in Landkreisen und kreisfreien Städten“* zu streichen.

Zu Absatz 4)

Absatz 4 Satz 1 ist wie folgt zu ändern:

Die Wörter *"Pflegekassen, Landesverbände der Pflegekassen sowie die sonstigen in Absatz 2 genannten Mitglieder"* werden gestrichen und durch das Wort *"Mitglieder"* ersetzt.

Zu Absatz 5)

Absatz 5 ist wie folgt zu fassen:

"Empfehlungen der Ausschüsse nach den Absätzen 1 bis 3 sollen von den Ländern bei der Förderung der Pflegeinfrastruktur berücksichtigt werden."

Begründung

Zu Absatz 3)

Die Unterstützung der Planung, Sicherstellung und Weiterentwicklung der örtlichen pflegerischen Angebotsstruktur sollte nicht auf der Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte erfolgen, wie es der Gesetzentwurf vorsieht. Vielmehr sollten größere bzw. zusammengefasste regionale Einheiten berücksichtigt werden, um eine überregionale Infrastrukturplanung in den Blick zu nehmen. Beispielsweise wird es an Stadtgrenzen häufig sinnvoll sein, auch den vorstädtischen/ländlichen Bereich hinsichtlich einer pflegerischen Strukturplanung in den Blick zu nehmen.

Zu Absatz 4)

Dass die genannten Ausschüsse für die Erstellung und Fortschreibung von Pflegestrukturplänen eine hinreichende Datenbasis benötigen, ist unbestritten. Allerdings lässt die Regelung des Absatz 4 Daten von Angeboten zur Entlastung im Alltag und neuer Wohnformen außen vor. Diese liegen nur den Ländern vor, da sie hierfür die Zuständigkeit besitzen. Daher ist es zweckmäßig, dass alle Mitglieder der benannten Ausschüsse zur Übermittlung von Daten gesetzlich verpflichtet werden.

Zu Absatz 5)

Die Planung und Förderung der Pflegeeinrichtungen liegt in die Regelungsverantwortung der Länder (Kommunen). Sie sind verantwortlich für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur. Sind Defizite bzw. Unterversorgung festzustellen, obliegt es den Ländern, mittels Infrastrukturförderung steuernd einzugreifen. Hierfür sieht § 9 entsprechende Instrumente vor, die von den Ländern durch Bereitstellung entsprechender Mittel umgesetzt werden. Daher ist es zielführend, dass die Länder als Adressaten der Empfehlungen der genannten Ausschüsse berücksichtigt werden.
Demgegenüber ist es u.a. Aufgabe der Pflegekassen, die Erfüllung des Sicherstellungsauftrags nach § 69 und dessen Finanzierung im Rahmen der Leistungspflicht zu gewährleisten. Dies erfolgt insbesondere durch die Zulassung von ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen zur pflegerischen Versorgung der Versicherten. Die Zulassung einer Pflegeeinrichtung erfolgt durch Abschluss eines Versorgungsvertrages. Wichtig hierbei ist, dass jede Pflegeeinrichtung – welche die gesetzlichen und vertraglichen Voraussetzungen erfüllt – einen Anspruch auf Abschluss eines Versorgungsvertrages hat. Insofern bleibt den Pflegekassen unter den derzeitigen Regelungen des SGB XI kein Spielraum, um steuernd hinsichtlich einer pflegerischen Infrastrukturplanung einzugreifen. Darüber hinaus wäre eine eventuelle Gewährung von Ver-

gütungszuschlägen zur Beseitigung von regionalen quantitativen Versorgungsdefiziten nicht mit den Bemessungsgrundsätzen nach §§ 84 ff. vereinbar. Die Pflegesätze stationärer Pflegeeinrichtungen und die Vergütungen für ambulante Leistungen müssen leistungsgerecht sein und sind für alle Pflegebedürftigen nach einheitlichen Grundsätzen zu vereinbaren.
Außerdem wird darauf hingewiesen, dass die Beschlüsse der Ausschüsse nach § 8 Abs. 1 bis 3 keine unmittelbare Verbindlichkeit haben. Sie können insofern nur als Empfehlung gelten und begründen damit keine rechtlich begründete Grundlage für eine Steuerung der pflegerischen Versorgung bei der Verhandlung und beim Abschluss von Rahmen- und Versorgungsverträgen bzw. bei Vergütungsvereinbarungen mit Pflegeeinrichtungen. Insofern würde die vorgesehene Berücksichtigung der genannten Empfehlungen zu Rechtsunsicherheiten führen, Rechtsstreitigkeiten provozieren und zudem in den durch die Pflegeversicherung institutionalisierten Anbieterwettbewerb eingreifen.

Nr. 6

§ 13 (Verhältnis der Leistungen der Pflegeversicherung zu anderen Sozialleistungen/Abgrenzung der Leistungen von Eingliederungshilfe und Pflegeversicherung)

§ 13 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird vor dem Punkt am Ende ein Komma und werden die Wörter

„soweit dieses Buch nichts anderes bestimmt“ eingefügt.

bb) Satz 3 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Im häuslichen Umfeld im Sinne des § 36 der Pflegebedürftigen gehen die Leistungen der Pflegeversicherung den Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach dem Zwölften Buch, dem Bundesversorgungsgesetz und dem Achten Buch vor, es sei denn, bei der Leistungserbringung steht die Erfüllung der Aufgaben der Eingliederungshilfe im Vordergrund. Außerhalb des häuslichen Umfelds gehen die Leistungen der Eingliederungshilfe den Leistungen der Pflegeversicherung vor, soweit in diesem Buch nichts anderes bestimmt ist. Die notwendige Hilfe in den Einrichtungen nach § 71 Absatz 4 ist einschließlich der Pflegeleistungen zu gewähren.“

b) Absatz 3a wird aufgehoben.

Gewünschte Änderung

An der bisherigen Regelung zur Gleichrangigkeit von Eingliederungshilfe und Pflegeversicherung ist festzuhalten. Insofern ist die vorgesehene (Neu-) Regelung zu streichen.

Begründung

Die Schnittstelle zwischen Pflegeversicherung und Eingliederungshilfe wird im Referentenentwurf als Vorrang-/Nachrangregelung konzipiert. Allerdings wird aus Sicht der Betriebskrankenkassen der Zweck einer eindeutigen Abgrenzung der Leistungen nicht nachvollziehbar und eindeutig erfüllt.

Der Referentenentwurf zum Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG) formuliert im Teil 2 in § 90 SGB IX (neu) u.a. neue Aufgaben der Eingliederungshilfe, welche auch den Regelleistungen der Pflegeversicherung weitestgehend entsprechen. Insofern würde die Pflegeversicherung im häuslichen Bereich grundsätzlich nach Inkrafttreten des BTHG vorrangig leistungspflichtig. Dies betrifft insbesondere Betreuungsleistungen der Pflegeversicherung, denn diese sind mit den Leistungen der Eingliederungshilfe vergleichbar. Darüber hinaus werden die Fallzahlen in der häuslichen Versorgung durch die im BTHG zugrundeliegende Personenzentrierung erheblich ansteigen, welche wiederum Ausgabensteigerungen im Bereich der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V erwarten lassen. Solche "Verschiebebahnhöfe" wurden bislang seitens der Politik in der Diskussion um das BTHG immer ausgeschlossen. Darüber hinausdürfte das hier

neu verortete Vorrang-/Nachrangigkeitsverhältnis von Eingliederungshilfe und Pflegeversicherung die Frage der Zuständigkeit dazu auf, ob die Pflegekassen oder die Träger der Eingliederungshilfe über den „Schwerpunkt der Leistungserbringung“ entscheiden. In diesem Zusammenhang muss es im Falle der Nachrangigkeit der Eingliederungshilfe gegenüber der Pflegeversicherung zu einer größeren Schnittmenge beider Leistungssysteme führen und damit zu einer Leistungsverlagerung in die Pflegeversicherung. Vor diesem Hintergrund dürften die gewachsenen Strukturen an der bisherigen Schnittstelle in Frage zu stellen sein und damit zusätzliche Zuständigkeitsstreitigkeiten provozieren. Insofern ist die nunmehr mit dem vorliegenden Gesetzentwurf vorgesehene Abgrenzung der Pflegeversicherungsleistungen in dieser Form abzulehnen.

Nr. 16b

§ 75 (Rahmenverträge, Bundesrahmenempfehlungen und –vereinbarungen über die pflegerische Versorgung/Verfahrens- und Prüfgrundsätze für die Abrechnungsprüfung)

b) Nummer 7 wird wie folgt gefasst:

„7. die Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze für Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen,“

Gewünschte Änderung

Die Neuregelung ist zu streichen.

Begründung

Die Regelung zielt darauf ab, eine weitere Möglichkeit der Abrechnungsprüfung auf der Landesebene zu implementieren, die etwaige besondere Landesspezifika berücksichtigen. Dies ist nachvollziehbar.

Abzulehnen ist jedoch, dass die geplante Regelung auf der Grundlage einer gemeinsamen Vereinbarung mit den Trägerverbänden der Pflegeeinrichtungen auf Landesebene i. S. d. § 75 Absatz 2 ausgestaltet werden soll. Diese Vorgehensweise widerspricht dem Prozedere der Abrechnungsprüfung innerhalb der Qualitätsprüfungen i. S. d. § 114, zu welcher der GKV-Spitzenverband die Richtlinienkompetenz qua Gesetz innehat. Sämtliche (bundeseinheitlichen) Regelungen werden hier unter Beteiligung der Verbände der Pflegeeinrichtungen und der Betroffenenverbände vom GKV-Spitzenverband vorgenommen. Eine Mitentscheidung derjenigen, welche zur Bekämpfung des Abrechnungsbetrugs hinsichtlich des Abrechnungsverhaltens und etwaiger Unstimmigkeiten zulasten der Solidargemeinschaft geprüft werden sollen, entbehrt jeder Logik und wird dem Ziel, Abrechnungsbetrug aufzudecken und vorzubeugen, nicht gerecht.

Darüber hinaus hat der Gesetzgeber mit dem Pflegestärkungsgesetz II innerhalb der Qualitätsprüfungen nach § 114 Abs. 2 Satz 6 die Möglichkeit zur Abrechnungsprüfung explizit herausgestellt. Auf dieser Grundlage wurde ein Konzept zur Prüfung von Abrechnungen in der ambulanten Pflege im Rahmen der Qualitätsprüfungen nach § 114 durch Vertreter der Kassenartenverbände auf Bundes- und Landesebene, Vertreter der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung, des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und des Prüfdienstes des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. unter der Leitung des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen (GKV-Spitzenverband) erarbeitet und pilotiert. Dieses Konzept wurde insofern folgerichtig auch durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen in den rechtlichen Rahmen der Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR) eingearbeitet und vom BMG genehmigt. Konzeptionell wird bei der Prüfung nach § 114 SGB XI in einem Screening-Verfahren die Plausibilität der erbrachten und in Rechnung gestellten Pflegeleistungen beurteilt, um Auffälligkeiten zu identifizieren. Das weitere Vorgehen zur vertieften Abrechnungs-

prüfung bei von den Prüfern festgestellten Auffälligkeiten obliegt in erster Linie den Pflegekassen, welche hierfür die notwendige Datengrundlagen und die entsprechenden Kompetenzen vorhalten. Nur im Ausnahmefall werden an dieser Stelle die Landesverbände der Pflegekassen aktiv. Aufgrund dessen, dass das erarbeitete Konzept der Abrechnungsprüfung derzeit in den regelhaften Praxisbetrieb der Qualitätsprüfungen eingeführt wurde, sollte nach Auffassung der Betriebskrankenkassen derzeit von weiteren parallelen Abrechnungsprüfungsstrukturen abgesehen werden. Vielmehr sollte abgewartet werden, ob sich das nunmehr implementierte Konzept der Abrechnungsprüfung bewährt und anderenfalls zu einem späteren Zeitpunkt ggf. auch mit neuen bzw. ergänzenden Strukturen nachjustiert werden.

Nr. 17

§ 79 (Wirtschaftlichkeitsprüfung und Abrechnungsprüfung)

§ 79 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 79 Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen“.

b) Folgender Absatz 4 wird angefügt:

„(4) Die Landesverbände der Pflegekassen können eine Abrechnungsprüfung selbst oder durch von ihnen bestellte Sachverständige durchführen lassen, wenn tatsächliche Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die Pflegeeinrichtung fehlerhaft abrechnet. Die Abrechnungsprüfung bezieht sich

1. *auf die Abrechnung von Leistungen, die zu Lasten der Pflegeversicherung erbracht oder erstattet werden, sowie*
2. *auf die Abrechnung der Leistungen für Unterkunft und Verpflegung (§ 87).*

Für die Abrechnungsprüfung sind Absatz 1 Satz 3 und 4 sowie die Absätze 2 und 3 entsprechend anzuwenden.“

Gewünschte Änderung

Die Neuregelung ist zu streichen.

Begründung

Es ist grundsätzlich nachvollziehbar, dass die Möglichkeiten zur Abrechnung erweitert werden. Gleichwohl lehnen die Betriebskrankenkassen die Implementierung von Abrechnungsprüfungsstrukturen über den § 75 ab und sehen darüber hinaus derzeit auch nicht die Notwendigkeit, im § 79 herauszustellen, dass die Landesverbände der Pflegekassen eine Abrechnungsprüfung selbst oder durch von ihnen bestellte Sachverständige durchführen lassen können.

Wie bereits in der Begründung zur Nr. 16 (§ 75) ausgeführt, wird derzeit ein neu konzipiertes Konzept der Abrechnungsprüfung innerhalb der Qualitätsprüfungen nach § 114 implementiert. Dieses Konzept berücksichtigt bereits ausdrücklich etwaige bestehende Strukturen der Abrechnungsprüfung auf der Landesebene. Vor dem Hintergrund, dass das erarbeitete Konzept der Abrechnungsprüfung derzeit in den regelhaften Praxisbetrieb der Qualitätsprüfungen eingeführt wurde, sollte nach Auffassung der Betriebskrankenkassen derzeit von weiteren parallelen Abrechnungsprüfungsstrukturen abgesehen werden. Vielmehr sollte abgewartet werden, ob sich das nunmehr implementierte Konzept der Abrechnungsprüfung bewährt und anderenfalls zu einem späteren Zeitpunkt ggf. auch mit neuen bzw. ergänzenden Strukturen nachjustiert werden.

Nr. 21b (Änderungsantrag 18 vom 28.09.2016/Ausschussdrucksache 18(14)0206.1))

§ 115 (Ergebnisse von Qualitätsprüfungen, Qualitätsdarstellung/Weitergabe der Daten der Qualitätsprüfungen an Dritte)

Nach Artikel 1 Nummer 21a wird folgende Nummer 21b eingefügt:

21b. Nach § 115 Absatz 1b wird folgender Absatz 1c eingefügt:

„(1c) Die Landesverbände der Pflegekassen haben Dritten für eine zweckgerechte, nicht gewerbliche Nutzung die Daten, die den Qualitätsdarstellungsvereinbarungen nach Absatz 1a zu Grunde liegen, auf Antrag in maschinen- und menschenlesbarer sowie plattformunabhängiger Form zur Verarbeitung und Veröffentlichung zur Verfügung zu stellen. Das Nähere zu der Übermittlung der Daten an Dritte, insbesondere zum Datenformat, zum Datennutzungsvertrag, zu den Nutzungsrechten und den Pflichten des Nutzers bei der Verwendung der Daten, bestimmen die Vertragsparteien nach § 113 bis zum 31. Dezember 2017 in Nutzungsbedingungen, die dem Datennutzungsvertrag unabdingbar zu Grunde zu legen sind. Mit den Nutzungsbedingungen ist eine nicht missbräuchliche, nicht wettbewerbsverzerrende und manipulationsfreie Verwendung der Daten sicherzustellen. Der Dritte hat zu gewährleisten, dass die Herkunft der Daten für die Endverbraucherin oder den Endverbraucher transparent bleibt. Dies gilt insbesondere, wenn eine Verwendung der Daten in Zusammenhang mit anderen Daten erfolgt. Für die Informationen nach Absatz 1b gelten die Sätze 1 bis 4 entsprechend.“

Gewünschte Änderung

Die Neuregelung ist zu streichen.

Begründung

Wie bereits zur Weitergabe der Preis- und Vergleichslisten ausgeführt (vgl. Stellungnahme zu Nr. 1a bb/ÄA 2 vom 28.09.2016), bestehen aus Sicht der Betriebskrankenkassen Zweifel an der Notwendigkeit der hier vorgenommen Konkretisierung von Zugangs- und Weiterverwendungsansprüchen der Inhalte und damit der Daten, die den Qualitätsdarstellungsvereinbarungen nach Absatz 1a zu Grunde liegen und die von den Landesverbänden der Pflegekassen erstellt werden. Die entsprechenden Informationen werden bereits heute auf den jeweiligen Veröffentlichungsplattformen der Landesverbände der Pflegekassen veröffentlicht und sind somit zumutbar allgemein zugänglich. Die Neuregelung wird vor diesem Hintergrund abgelehnt.

Darüber hinaus sieht die Neuregelung vor, dass nicht gewerblich tätige Dritte zu gewährleisten haben, dass bei der Verwendung der entsprechenden Daten deren Herkunft transparent bleibt, insbesondere im Zusammenhang mit der gemeinsamen Verwendung mit weiteren bzw. anderen Daten, die nicht den Qualitätsdarstellungsvereinbarungen zu Grunde liegen. Damit werden Dritten weiterreichende Rechte hinsichtlich der Nutzung/Veröffentlichung dieser Daten zugestanden, als den Landesverbänden der Pflegekassen selbst, denn diesen ist eine direkte gemeinsame Verwendung mit weiteren Daten nicht möglich. Die erweiterte Verwendungsmöglichkeit für Dritte lehnen die Betriebskrankenkassen daher ebenfalls ab.

Nr. 24

§§ 123/124 (Durchführung der Modellvorhaben zur kommunalen Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen, Verordnungsermächtigung/ Befristung, Widerruf und Begleitung der Modellvorhaben zur kommunalen Beratung; Beirat)

[…]

Gewünschte Änderung

Die Neuregelung ist zu streichen.

Begründung

Die vorgesehenen Modellvorhaben zielen darauf ab, die insgesamt von den Versicherten positiv wahrgenommene Pflegeberatung durch die Pflegekassen auf Beratungsstellen der Kommunen oder auf von Kommunen beauftragte Dritte zu verlagern. Dass dadurch die Versorgungssituation der Versicherten verbessert wird, ist nicht erkennbar.

Mit der Übertragung der Beratung auf die Kommunen bei gleichzeitiger Finanzierung der Pflegeberatung durch die Pflegekassen, wird eine kontraproduktive Trennung zwischen Finanzierungs- und Durchführungsverantwortung vorgenommen. Haftungsfragen entstehen, die im Rahmen der Modellvorhaben zu aufwendigen vertraglichen Regelungen führen werden.

Da der Anspruch der Versicherten auf Pflegeberatung gegenüber ihrer Pflegekasse i. S. d. § 7a Abs. 1SGB XI weiterhin bestehen bleibt, wird das Nebeneinander von § 7a Abs. 1 und § 123 Abs. 6 zur erheblichen Problemen in der Praxis führen, zumal die Kommunen/Träger der Sozialhilfe sich bei der zur Erfüllung der hier übertragenen Aufgaben Dritter bedienen können.

Den Kassen wird außerdem die Möglichkeit entzogen, ihre eigenen Beratungskonzepte – in welche bereits umfänglich personell, organisatorisch und inhaltlich investiert wurde – durchzuführen. Insofern ist das Vorhaben, noch nicht vorhandene Beratungsstrukturen bei den Kommunen aufzubauen, obgleich diese bei den Pflegekassen bereits vorhanden sind und diese ihre Strukturen im Sinne ihrer Versicherten weiter ausbauen wollen, ordnungspolitisch verfehlt.

In der Konsequenz entstehen vermeidbare Schnittstellenprobleme sowie ein erhöhter Verwaltungsaufwand bei den Kranken- und Pflegekassen. Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang auch darauf, dass die eigentlich gewünschte Verzahnung von Beratungsstrukturen der GKV und der Pflegeversicherung konterkariert wird. Beispielsweise hat der Gesetzgeber zuletzt durch das Hospiz- und Palliativgesetz – HPG mit § 39b SGB V die Hospiz- und Palliativberatung durch die Krankenkassen eingeführt, welche explizit und sinnhaft mit der Pflegeberatung nach § 7a des Elften Buches abgestimmt werden soll. Mit dem nunmehr angedachten Modellvorhaben ist deshalb die Frage zu stellen, ob die sinnvolle Abstimmung der Hospiz- und Palliativberatung mit der Pflegeberatung problemlos und im Sinne der Betroffenen funktionieren kann, wenn diese organisatorisch und räumlich noch weiter getrennt werden.

Besonders kritisch zu sehen ist, dass Beiträge der sozialen Pflegeversicherung für bereits bestehende kommunale Aufgaben der Daseinsvorsorge verwendet werden. So besteht heute schon die Aufgabe der Kommunen, in eigener Zuständigkeit zu beraten. Auch die Begrenzung

der Kostenübernahme durch die Pflegeversicherung für die Modellvorhaben ändert nichts daran, dass die Daseinsvorsorge und die Altenhilfe nicht aus Versichertenbeiträgen der Pflegeversicherung zu zahlen sind.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0204(26)
gel. VB zur öAnhörung am 17.10. 2016_PSGIII
12.10.2016

Stellungnahme des IKK e.V. zum Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Gesetze

(Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III)

Stand 12.10.2016

IKK e.V.
Hegelplatz 1
10117 Berlin
030/202491-0
info@ikkev.de

Inhalt

Grundsätzliche Anmerkungen 3
Pflegeberatung 5
Pflegestützpunkte 6
Modellprojekt 8
Zeit der Leistungserbringung 10

Grundsätzliche Anmerkungen

Nach der Verabschiedung des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes legt die Bundesregierung nun die geplante dritte Stufe der umfassenden Pflegereform vor. Im Zentrum des Gesetzentwurfes für ein Drittes Pflegestärkungsgesetz (PSG III) steht neben der Übertragung der Leistungen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes auf die Berechtigten nach dem SGB XII die verstärkte Einbindung der Kommunen in der Pflege.

Die Innungskrankenkassen begrüßen zum einen den seit langem überfälligen Schritt, mit welchem die Leistungsträger ein gemeinsames Pflegebedürftigkeitsverständnis erhalten. Kritisch ist jedoch die Ungleichbehandlung der Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz zu bewerten, die nach dem SGB XII bisher keine Pflegeleistungen des Sozialhilfeträgers empfangen haben. Sie erhalten künftig weniger Leistungen im Vergleich zu Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, die Ansprüchen gegenüber den Pflegekassen haben. An der Ausgestaltung der Eckpunkte hatten die Innungskrankenkassen im Expertenbeirat 2011/2012 mitgewirkt und bereits auf die Anpassungserfordernisse hingewiesen.

Ebenfalls kritisch bewerten die Innungskrankenkassen die Umsetzung der Ergebnisse der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege. Nach dem vorliegenden Gesetzentwurf soll die kommunale Ebene wieder stärker in das gesamtpflegerische Geschehen eingebunden und ihre Rolle im Rahmen der Daseinsvorsorge intensiviert werden. Dabei gehörte es schon immer zu den originären Aufgaben der Kommunen, sich hier zu engagieren. Dass dies aber nicht immer der Fall war, zeigt sich zum Beispiel daran, dass sich die Kommunen in bestimmten Regionen an der Aufgabe der Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgungsstrukturen nur unzureichend beteiligt haben. Hier regelt der Gesetzgeber nun erheblich nach. Der „kommunalen Familie“ wird mehr Verantwortung hinsichtlich der Zuständigkeit für pflegerische Strukturen übertragen und ihre Steuerungs- und Planungskompetenz gestärkt. Die Innungskrankenkassen haben in der Vergangenheit bereits im Rahmen der Zusammenarbeit der Landesverbände der Pflegekassen diese Aufgaben gemeinsam mit den Kommunen und anderen Kassenarten verantwortungsbewusst wahrgenommen und werden dies zum Wohl der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen auch weiter tun.

Nach Einschätzung der Innungskrankenkassen erscheinen vor diesem Hintergrund allerdings nicht alle der vom Gesetzgeber vorgesehenen Neuregelungen geeignete Schritte zu sein, um die pflegerischen Versorgungsstrukturen zielführend weiterzuentwickeln. Zum Beispiel führt die vom Gesetzgeber forcierte Verantwortungsübertragung für die Pflegeberatung auf die Kommunen nicht automatisch zur Verbesserung der Versorgungssituation. Hier wird auf Kosten der Pflegekassen und der sozialen Selbstverwaltung neuer Handlungsspielraum für die Kommunen geschaffen, in dem u.a. die Anzahl

der Pflegestützpunkte nicht mehr vom Land mit den Kranken- und Pflegekassen in den Landesrahmenvereinbarungen festgelegt werden soll. Nunmehr sollen die Kommunen das Initiativrecht zur Gründung von Pflegestützpunkten erhalten. Eine Mengenbegrenzung ist dabei nicht vorgesehen. Gleichzeitig sollen Aufgaben der Kommune in der Pflege künftig aus Versichertenbeiträgen finanziert werden. Ein weiterer Rückzug der Kommunen aus ihrem originären Aufgabenfeld ist aus Sicht der Innungskrankenkassen nicht hinnehmbar. Aufgaben des Staates bzw. der Länder sind aus Steuermitteln zu finanzieren.

Der IKK e.V. nimmt im Folgenden Stellung zu einzelnen Aspekten des Gesetzentwurfes. Im Übrigen wird auf die detaillierten Stellungnahmen des GKV-Spitzenverbandes verwiesen.

Pflegeberatung

Zu Artikel 1 (Elftes Buch Sozialgesetzbuch)

Nummer 2

§ 7b SGB XI Absatz 2a: Beratungsgutscheine

Beabsichtigte Neuregelung

Die Beratungsstellen gemäß § 7b SGB XI, die mit einem von der Pflegekasse ausgestellten Beratungsgutschein in Anspruch genommen werden können, werden um Kommunale Stellen/Einrichtungen erweitert. Hierzu zählen kommunale Gebietskörperschaften, von diesen geschlossene Zweckgemeinschaften oder nach Landesrecht zu bestimmende Stellen für die wohnortnahe Betreuung im Rahmen der örtlichen Altenhilfe und für die Gewährung der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII.

Bewertung

Der Gesetzentwurf sieht eine Ausweitung der Pflegeberatung durch Erweiterung der Beratungsstellen gemäß § 7b SGB XI auf kommunaler Ebene vor. Für die neuen Stellen sollen die Beratungsrichtlinien des GKV-SV (§ 7 Absatz 2 Satz 1 SGB XI) ab 31.07.2018 zwar ebenfalls gelten, allerdings kommt die Regelung des § 7b Absatz 2 Satz 1 SGB XI, nach welcher die Pflegkasse sicherzustellen hat, dass die Beratungsstellen die Anforderungen an die Beratung nach § 7a einzuhalten haben, nicht zum Tragen. Unterschiede z.B. in den Qualifikationsanforderungen der Pflegeberater können die Folge sein. Das angedachte Vorgehen ist für die Innungskrankenkassen widersprüchlich und nicht nachvollziehbar. Es stellt sich die Frage, wie garantiert werden soll, dass die kommunalen Stellen die Qualitätsanforderungen an die Beratung erfüllen.

Bereits heute leisten die Pflegekassen durch den Einsatz qualifizierter Fachkräfte in den Beratungsstellen wichtige und hochwertige Beratungsarbeit. Eine darüber hinausgehende Ausweitung des Gestaltungsspielraums der Kommunen bei den Beratungsstellen wird von den Innungskrankenkassen als nicht notwendig und mit Blick auf die abgeschwächten Beratungsanforderungen für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen sogar als kritisch erachtet. In diesem Zusammenhang möchten wir auch auf unsere Ausführungen zu § 123 und § 124 SGB IX verweisen.

Änderungsvorschlag

Die Neuregelung ist zu streichen.

Pflegestützpunkte

Zu Artikel 1 (Elftes Buch Sozialgesetzbuch)

Nummer 3

§ 7c SGB XI Absatz 1a, 2 und 7: Pflegestützpunkte

Beabsichtigte Neuregelung

Die Kommunalen Stellen erhalten zeitlich befristet die Möglichkeit, Pflegestützpunkte zu initiieren, wenn die Länder dies vorsehen. Die Pflegestützpunkte sind dabei in gemeinsamer Trägerschaft mit den Kranken- und Pflegekassen zu führen und zu finanzieren. Auch nichtgewerblichen Einrichtungen in der Kommune, die Einwohnern der betreffenden Gemeinde zur Nutzung zur Verfügung stehen und die Aufgaben insbesondere zur Verbesserung der Situation Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen wahrnehmen, wird eine Beteiligung an den Pflegestützpunkten ermöglicht.

Die Anzahl der Pflegestützpunkte soll nicht mehr vom Land mit den Kranken- und Pflegekassen in den Landesrahmenvereinbarungen festgelegt werden. Mit der Neufassung des § 7c SGB XI gilt nun das Initiativrecht ohne Mengenbegrenzung. Das gesetzlich vorgegebene Aufgabenspektrum der Pflegestützpunkte wird zudem um die Erbringung der Beratung nach § 7a SGB XI ergänzt.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen bewerten die Ausweitung des Gestaltungsspielraums der Kommunen bei den Pflegestützpunkten als kritisch. Bereits heute leisten die Pflegekassen durch den Einsatz qualifizierter Fachkräfte in der häuslichen Umgebung bzw. in Pflegestützpunkten wichtige und hochwertige Beratungsarbeit. In vielen Ländern betreiben die Innungskrankenkassen gemeinsam mit den Kommunen Pflegestützpunkte, realisieren dort die Pflegeberatung und stärken gemeinsam mit den Kommunen die pflegerischen Strukturen. Aber auch in Ländern, die sich hingegen für eine Zusammenarbeit mit den Kommunen im Rahmen der „Vernetzten Pflegeberatung“ entschieden haben, z. B. in Sachsen-Anhalt, hat sich diese in den einzelnen Landkreisen und kreisfreien Städten kontinuierlich weiterentwickelt.

Für die Pflegeberatung ist darüber hinaus bereits jetzt in § 7a Abs. 9 SGB XI ein Bericht des GKV-Spitzenverbandes vorgesehen. Derzeit gibt es keine Grundlage, wie die Beratungsleistungen der kommunalen Stellen in diesen Bericht einfließen soll. Hier ist der

Gesetzgeber aufgerufen, eine für alle Beratungsstellen geltende Regelung zu schaffen, damit ein objektive und transparente Berichtsmöglichkeit ermöglicht werden kann.

Die Zusammenarbeit der Kommunen mit den Kranken- und Pflegekassen hat sich in all ihrer Vielfalt bewährt. Bisher haben die Innungskrankenkassen deshalb bei allen Gesetzesinitiativen den Ausbau der Beratungsangebote zur Pflegestärkung begrüßt. Eine Eins-zu-eins-Übertragung des bisherigen Systems auf die Kommunen stellt jedoch die bisherige Arbeit der Kranken- und Pflegekassen in Frage und gefährdet die Arbeit der wenigen derzeit in Kooperation mit den Kommunen bestehenden und gut funktionierenden Strukturen. Hinzu kommt, dass sich in der Vergangenheit einzelne Kommunen (z.B. in Nordrhein-Westfalen) aus den Pflegestützpunkten zurückgezogen haben. Aus diesem Grund halten die Innungskrankenkassen eine Ausweitung der bestehenden Regelungen für nicht zielführend.

Änderungsvorschlag

Die Neuregelung ist zu streichen.

Modellprojekt

Zu Artikel 1 (Elftes Buch Sozialgesetzbuch)

Nummer 24

§ 123 SGB XI (neu): Durchführung der Modellvorhaben zur kommunalen Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen

§ 124 SGB XI (neu): Befristung, Widerruf und Begleitung der Modellvorhaben zur kommunalen Beratung; Beirat

Beabsichtigte Neuregelung

Es wird ein für die Länder optionales Modellprojekt mit einer Laufzeit von fünf Jahren eingeführt, in dessen Rahmen eine Anzahl von bis zu 60 „Modellvorhaben Pflege“ zugelassen wird. In den Modellvorhaben können kommunale Stellen die Beratung nach §§ 7a bis 7c, 37 Absatz 3 und § 45 SGB XI von den Pflegekassen und sonstigen Beratungsstellen übernehmen. Antragsberechtigt sind Landkreise und kreisfreie Städte; das Nähere wird durch Landesrecht geregelt. Die Zahl der Modellprojekte pro Land ermittelt sich nach dem Königsteiner Schlüssel. Übertragungen von einem Land auf ein anderes sind im Einvernehmen mit dem BMG möglich.

Die Beratung kann durch Pflegeberater oder Pflegestützpunkte und die Beratungseinsätze in der Häuslichkeit der Pflegebedürftigen nach § 37 Absatz 3 SGB XI durch Beratungsstellen der Kreise beziehungsweise kreisfreien Städte übernommen und Pflegekurse für Angehörige dort angeboten werden. Alternativ können Dritte, zum Beispiel unabhängige Beratungsstellen, beauftragt werden.

Eine Kooperationsvereinbarung soll die Zusammenarbeit mit den Pflegekassen regeln. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erarbeitet Empfehlungen zur Durchführung der Modellvorhaben, welche den Ländern und dem BMG zur Zustimmung vorzulegen sind. Er richtet darüber hinaus einen Beirat ein. Eine Evaluation soll für alle Modellvorhaben gemeinsam erfolgen.

Bewertung

Kranken- und Pflegekassen arbeiten mit den Kommunen bereits heute in der Pflegeberatung eng zusammen. Vor allem das Zusammenwirken in den Pflegestützpunkten hat sich in vielen Punkten bewährt. In der Vergangenheit hat jedoch ein Rückbau dieser Beratungsangebote stattgefunden. Einzelne Kommunen haben sich aus den Pflegestütz-

punkten zurückgezogen. Forderungen seitens der Kommunen nach dem Aufbau weiterer Strukturen wurden nicht gestellt. Im Gegenteil: Nach Erfahrung der Innungskrankenkassen haben sich die Kommunen teils sogar geweigert, Angebote der Kranken- und Pflegekassen anzunehmen und diese umzusetzen. Ein weiteres optionales Modellprojekt lehnen die Innungskrankenkassen vor diesem Hintergrund ab und regen an, diese Mittel zur Verbesserung der Pflege am Menschen zu verwenden. Darüber hinaus sind die Innungskrankenkassen auch ohne ein weiteres Modellvorhaben gerne bereit, den in einigen Bundesländern erfolgreich eingeschlagenen Weg konstruktiv und produktiv weiter zu begleiten.

Die vom Gesetzgeber forcierte Verantwortungsübertragung für die Pflegeberatung auf die Kommunen führt nach Auffassung der Innungskrankenkassen auch unter Qualitätsgesichtspunkten nicht zur Verbesserung der Versorgungssituation. In den angedachten Modellvorhaben ist vorgesehen, dass Dritte, zum Beispiel unabhängige Beratungsstellen, mit der Beratung beauftragt werden können. Nach den Erfahrungen der Innungskrankenkassen verfügen die eingesetzten externen Berater häufig nicht über die notwendige Qualifikation.

Die Pflegekassen leisten anerkannte gute Arbeit. Die Innungskrankenkassen fordern deshalb, die wichtige Aufgabe der Pflegeberatung auch zukünftig in den Händen der Pflegekassen zu belassen und diese nicht weiter an Dritte zu übertragen. Sollten Berater der Kommunen zum Einsatz kommen, so haben diese die Fortbildung zum Pflegeberater, analog zu den Pflegekassen, zu absolvieren. Die Finanzierung der Fortbildung der kommunalen Pflegeberater darf dabei aber nicht zu Lasten der Beitragszahler der Pflegeversicherung erfolgen, sondern muss durch die Kommunen getragen werden. Nur so kann eine strukturierte und qualitativ gute Beratung im Interesse der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen gewährleistet werden.

Änderungsvorschlag Pflegeberatung

Die Neuregelungen sind zu streichen.

Zeit der Leistungserbringung

Zu Artikel 13 (Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)

Nummer 7

§ 302 Absatz 1: Abrechnung sonstiger Leistungserbringer

Beabsichtigte Neuregelung

Bei der Abrechnung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V soll zukünftig zusätzlich zu den Angaben nach § 302 Abs. 1 SGB V auch die „Zeit der Leistungserbringung“ angegeben werden.

Bewertung

Die vorgeschlagene Formulierung ist als Basis für die Prüfung der ordnungsgemäßen Leistungserbringung aus Sicht der Innungskrankenkassen nicht konkret genug. Es ist stattdessen genau zu bestimmen, welche Uhrzeiten zu nennen sind. Es wird daher vorgeschlagen, eine analoge Konkretisierung des § 105 Abs. 1 Ziffer 1. SGB XI vorzunehmen, um eine exakte Abrechnungsprüfung zu ermöglichen.

Da auch Haushaltshilfen von Pflegediensten erbracht werden, sollten diese von der Regelung ebenfalls umfasst werden.

Änderungsvorschlag

Der vorgeschlagene Satz 2 in § 302 Absatz 1 wird wie folgt verändert:

„Bei der Abrechnung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V <u>und Haushaltshilfe nach § 38 SGB V</u> ist zusätzlich zu den Angaben nach Satz 1 <u>die Uhrzeit des Leistungsbeginns und -endes beim Versicherten je Einsatz zwingend</u> anzugeben.“

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0204(29)
gel. VB zur öAnhörung am 17.10.2016_PSGIII
12.10.2016

Deutscher Pflegerat e.V.
Bundesarbeitsgemeinschaft Pflege- und Hebammenwesen

Stellungnahme des Deutschen Pflegerates e.V. (DPR) zum Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften

(Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III) Drs. 18/9518

Stand 05.09.2016

den Anträgen der

Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

„Pflege vor Ort gestalten – Bessere Bedingungen für eine nutzerorientierte Versorgung schaffen“ und der

Fraktion DIE LINKE.

„Pflege teilhabeorientiert und wohnortnah gestalten“

sowie den

Änderungsanträgen der Fraktionen CDU/CSU und SPR,

Stand 27.09.2016

Die Pflege von gesundheitlich beeinträchtigten Menschen hat in vielen Pflegesettings einen regionalen Bezug. Dies trifft insbesondere auf die ambulante Versorgung zu. Zudem treten parallel zum Pflegebedarf bei gesundheitlich beeinträchtigten Menschen häufig weitere Bedarfslagen auf, die sich beispielweise auf die Erreichbarkeit von Einkaufsmöglichkeiten, benötigten Dienstleistungen und medizinische Behandlung beziehen. Darüber hinaus benötigen gesundheitlich beeinträchtigte Menschen und ihre Familie Informationen über bestehende Angebote und die Voraussetzungen für ihre Inanspruchnahme.

Um diesen Bedarfslagen gerecht zu werden, bedarf es kommunaler Versorgungsstrukturen. Daher begrüßt der DPR die Initiative der Bundesregierung diese Strukturen zu stärken und durch entsprechende Regelungen auszubauen. Dazu ist es notwendig, dass die Kostenträger, die Kommunen, Leistungserbringer und die Zivilgesellschaft koordiniert arbeiten. Um diese Koordinierungsprozesse zu gewährleisten, bedarf es entsprechender Strukturen wie Pflegekonferenzen. Dazu sind eine Finanzierung und gesetzliche Regelungen erforderlich.

Um die Angebote für gesundheitlich eingeschränkte Menschen bedarfsgerecht zugänglich zu machen sind Koordinierungsstellen erforderlich, die beraten können und einen Hilfemix aus Selbst- und Fremdhilfe, Profi- und Laienpflege, Medizin, Pflege und Alltagsversorgung sicherstellen. Dazu bedarf es Beraterinnen mit pflegefachlicher Expertise, die auf der Grundlage des neuen Begutachtungs-Assessment (NBA) bedarfsgerechte Angebote für zu pflegende Menschen und ihre Angehörigen zusammenstellen. Der vorgelegte Gesetzentwurf enthält einige Schritte hin zu einer Versorgung pflegebedürftiger Menschen, die pflegerische Handlungen bei einer Einzelperson bis hin zu kommunalen Versorgungsstrukturen in einen Zusammenhang bringen.

Die Stärkung der Rolle der Kommunen in Bezug auf den Auf- und Ausbau niedrigschwelliger Angebote muss von allen Beteiligten als Chance verstanden werden. Im Bereich der Altenhilfe wurden entlastende Angebote geschaffen. Dies betrifft sowohl den ambulanten als auch den stationären Bereich. Familien mit Kindern mit erheblichem Pflegebedarf hingegen sind hier bislang deutlich benachteiligt. Familien mit Kindern sind in einer Ausnahmesituation, deren Chance auf Entlastung von Infrastrukturen abhängig ist. Im Zusammenhang mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der damit einhergehenden Leistungserweiterung muss das Angebot auch für Familien mit Kindern erweitert werden um langfristige Entlastung zu schaffen.

Insgesamt ist das PSG III als notwendige Folge des eingeleiteten gesetzlichen Änderungsprozesses des SGB XI anzusehen. Die im Hinblick auf die Kommunen angestrebten Änderungen sind zu begrüßen. Die in der Regel landesspezifischen aber bundesweit übertragbaren Probleme in dem 3-seitigen Verhältnis von Pflegekassen, Sozialhilfeträgern und Leistungserbringern werden jedoch nicht beseitigt, sondern vielmehr verstärkt.

Der DPR weist zudem darauf hin, dass durch mehrere Regelungen im Gesetzentwurf für pflegebedürftige Menschen, deren Pflegebedürftigkeit weniger als sechs Monate andauert und Menschen, die Eingliederungshilfe beziehen, erhebliche qualitative und quantitative Leistungseinschränkungen zu erwarten sind. Bei diesen Regelungen handelt es sich um die Paragraphen 13, 28a, 61, 61b, 63, 63a, 63b, 64, 64a, 64c, 64h und 66. Um das zu vermeiden muss der Gesetzentwurf erheblich nachgebessert werden.

Zu den geplanten Neuregelungen im Einzelnen:

Artikel 1

Nummer 2

§ 7b, Absatz 2a

Geplante Neuregelung

Die Pflegeberatung soll auf die Gemeindeebene ausgeweitet werden. Beratungsgutscheine können damit auch bei nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen eingelöst werden.

Stellungnahme

Der DPR begrüßt diese Regelung, weil sie zu zusätzlichen Beratungsstellen führt. Zudem wird durch die Einbindung kommunaler Gebietskörperschaften in die Pflegeberatung die regionale Einbeziehung der Pflegeinfrastruktur gestärkt. Der DPR weist darauf hin, dass die Wahlmöglichkeit der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen gewahrt werden muss.

Nummer 3

§ 7c, Absatz 1a, Buchstabe b)

Geplante Neuregelung

Kommunale Stellen, die für die Hilfe zur Pflege zuständig sind, erhalten das Initiativrecht zur Errichtung eines Pflegestützpunktes. Dadurch soll die Möglichkeit geschaffen werden, die von kommunalen Stellen getragenen Beratungsstellen besser zu vernetzen, indem auch für kommunale Stellen ein Initiativrecht landesrechtlich vorgesehen werden kann.

Stellungnahme

Der DPR begrüßt das Initiativrecht der kommunalen Stellen zur Errichtung eines Pflegestützpunktes, weil es den Kommunen eine stärkere Beteiligung ermöglicht.

Buchstaben c) bb)

Gemäß Absatz 6 Nummer 3 sollen sich Einrichtungen in der Kommune wie Seniorenbüros, Mehrgenerationenhäuser oder lokale Allianzen für Menschen mit Demenz an den Pflegestützpunkten beteiligen können.

Stellungnahme

Diese Öffnung begrüßt der DPR, weil sie dazu beiträgt, regionale Projekte in die Beratungsstruktur einzubinden.

Nummer 4

§ 8a Absatz 2, Buchstabe c)

Geplante Neuregelung

Wurde ein Ausschuss zur Beratung über sektorenübergreifende Zusammenarbeit in der Versorgung von Pflegebedürftigen (sektorenübergreifender Landespflegeausschuss) nach landesrechtlichen Vorschriften eingerichtet, entsenden die Landesverbände der Pflegekassen und der Krankenkassen sowie die Ersatzkassen als auch die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landeskrankenhausgesellschaften Vertreter in diesen Ausschuss. Dort wirken sie an der einvernehmlichen Abgabe gemeinsamer Empfehlungen mit.

Stellungnahme

Aus Sicht des DPR sind professionell Pflegende als die größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen und als unmittelbarer Erbringer von Pflegeleistungen an der Erarbeitung von Empfehlungen zur pflegerischen Versorgung zu beteiligen. Denn gerade die pflegefachliche und auch pflegewissenschaftliche Expertise ist von entscheidender Bedeutung, wenn Entscheidungen über die Struktur und Qualität der pflegerischen Versorgung im Sinne der Betroffenen getroffen werden sollen. Der Kabinettsentwurf geht nicht auf eine institutionelle Einbindung von Landespflegeräten oder auch Landespflegekammern in diesen Gremien ein. Daher fordert der DPR die Vertreter der Berufsorganisationen aus der Pflege durch Landespflegeräte bzw. Landespflegekammern in den sektorenübergreifenden Landespflegeausschüssen auch formal rechtlich zu beteiligen.

Änderungsvorschlag

(2) Sofern nach Maßgabe landesrechtlicher Vorschriften ein Ausschuss zur Beratung über sektorenübergreifende Zusammenarbeit in der Versorgung von Pflegebedürftigen (sektorenübergreifender Landespflegeausschuss) eingerichtet worden ist, entsenden die Landesverbände der Pflegekassen und der Krankenkassen sowie die Ersatzkassen, die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landeskrankenhausgesellschaften **wie auch die Pflegekammern oder Landespflegeräte** Vertreter in diesen Ausschuss und wirken an der einvernehmlichen Abgabe gemeinsamer Empfehlungen mit. Soweit erforderlich, ist eine Abstimmung mit dem Landesgremium nach § 90a des Fünften Buches herbeizuführen.

Absatz 3, Buchstabe c)

Geplante Neuregelung

Bestehen regionale Ausschüsse, insbesondere zur Beratung über Fragen der Pflegeversicherung in Landkreisen und kreisfreien Städten, entsenden die Landesverbände der Pflegekassen Vertreter in diese Ausschüsse und wirken an der einvernehmlichen Abgabe gemeinsamer Empfehlungen mit.

Stellungnahme

Der DPR fordert, dass auch bei den regionalen Pflegeausschüssen die entsprechenden Vertreter der Berufsorganisationen aus der Pflege durch Landespflegeräte bzw. Landespflegekammern beteiligt werden.

Das Pflege-Thermometer 2016 unterstreicht die Wichtigkeit, dass die ambulante Pflege an regionalen Pflege- und Gesundheitskonferenzen und Sozialraum-Planungen teilnimmt. Dazu müssen allerdings die Ressourcen vorhanden sein, „um diese Netzwerkarbeit in Verbindung mit sogenannten informellen Sorgestrukturen auch produktiv zu nutzen und gestalterisch dabei mitzuwirken“ (Pflege-Thermometer 2016, S. 8). Die Ergebnisse des Pflege-Thermometers zeigen, dass die ambulanten Dienste hier deutlich an ihre derzeitigen Leistungsgrenzen kommen. „An entsprechenden kommunalen Arbeitsgruppen oder Pflegekonferenzen nehmen die befragten Dienste nach eigenen Aussagen überwiegend teil (55,3 %). Sie bewerten die damit verbundenen Informationen, den Austausch und die Diskussionen offenbar überwiegend positiv und hilfreich für die eigene Einrichtung (57,6 %). Zugleich aber markieren sie Grenzen und Barrieren bei der Entwicklung, die über eine bloße Teilnahme hinausgehen. So geben mehr als die Hälfte der befragten Leitungskräfte an, dass konzeptionelle Entwicklungen offenbar mit den vorhandenen Finanzierungsmöglichkeiten nicht geleistet werden können (52,2 %). Lediglich 36 % sehen sich hier bezogen auf die Übernahme von Aufgaben bei quartiersbezogenen Ansätzen gut vorbereitet“ (Pflege-Thermometer 2016)[1].

Aus den Ergebnissen der Untersuchung ergibt sich, dass die Vertreter der Berufsorganisationen aus der Pflege in Ländern, in denen bisher noch keine Pflegekammer eingerichtet wurde, eine Finanzierung für die Mitarbeit in regionalen Pflegeausschüssen benötigen.

Änderungsvorschlag

(3) Sofern nach Maßgabe landesrechtlicher Vorschriften regionale Ausschüsse insbesondere zur Beratung über Fragen der Pflegeversicherung in Landkreisen und kreisfreien Städten eingerichtet worden sind, entsenden die Landesverbände der Pflegekassen Vertreter in diese Ausschüsse und wirken an der einvernehmlichen

[1] Pflege-Thermometer 2016, Seite 8, http://www.dip.de/materialien/berichte-dokumente/

Abgabe gemeinsamer Empfehlungen mit. **Pflegekammern oder Landespflegeräte sind an den regionalen Pflegeausschüssen zu beteiligen**.

Absatz 4, Buchstabe c)

Geplante Neuregelung

Durch die Regelung werden die Pflegekassen, die Landesverbände der Pflegekassen sowie die weiteren in Absatz 2 genannten Mitglieder der sektorenübergreifenden Landespflegeausschüsse verpflichtet, an der Erstellung und Fortschreibung von Empfehlungen zur Sicherstellung der pflegerischen Infrastruktur mitzuarbeiten (Pflegestrukturplanung).

Stellungnahme

Insofern für die pflegerischen Aspekte der Versorgung Vertreterinnen und Vertreter der Berufsorganisationen aus der Pflege in den Ausschüssen vertreten sind, insbesondere die Pflegekammer, begrüßt der DPR diese Regelung. Im Rahmen der gemeinsamen Empfehlungen müssen auch die Bedürfnisse der Familien mit Kindern Berücksichtigung finden.

Absatz 5, Buchstabe c)

Geplante Neuregelung

(5) Empfehlungen der Ausschüsse zur Weiterentwicklung der Versorgung sollen von den Vertragsparteien beim Abschluss der Versorgungs- und Rahmenverträge bzw. Vergütungsverträge einbezogen werden.

Stellungnahme

Pflegerische Leistungen können nur mit ausreichendem und qualifiziertem Pflegepersonal erbracht werden. Hier genügt es nicht, entsprechende Anreize bei den Trägern von ambulanten Pflegediensten zu setzen. Das entsprechende Wissen, wieviel Pflegepersonal mit welchen Qualifikationen in welchen Regionen zur Verfügung steht, fehlt zurzeit. Die Einrichtung von Pflegekammern und die Einbindung in die vorab genannten Gremien könnten diesem vorhandenen Informationsdefizit entgegenwirken.

Nummer 5

§10, Absatz 2, Buchstabe c)

Geplante Neuregelung

Die Länder sollen jeweils bis zum 30. Juni über die finanzielle Förderung der Pflegeeinrichtungen sowie über die mit dieser Förderung verbundenen durchschnittlichen Investitionskosten für die Pflegebedürftigen berichten.

Stellungnahme

Es besteht nach § 82 Absatz 3 SGB XI die Möglichkeit, dass die Länder betriebsnotwendige Investitionsaufwendungen der Pflegeeinrichtungen fördern. Es ist bislang jedoch nicht vollumfänglich bekannt, ob und in welchem Umfang diese Förderung erfolgt.

Die Förderung ist jedoch ein probates Mittel, die von den Pflegebedürftigen nach § 82 Absatz 3 SGB XI zu zahlenden betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen zu reduzieren. Schließlich dürfen in der Pflegevergütung unverändert keine betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen berücksichtigt werden bzw. enthalten sein.

Der DPR begrüßt die jährlichen Berichte im Sinne einer transparenten Förderung. Sinnvoll wäre es jedoch, nicht nur die jährlich verausgabten Mittel und die durchschnittlichen Investitionskosten zu erheben, sondern auch die prozentuale Aufteilung nach Versorgungsart (ambulant, teil- und vollstationär) und Trägerschaft (gemeinnützig oder privat) zu erfassen.

Nummer 6

§ 13, Absatz 3, Satz 3, Buchstaben a), bb)

Geplante Neuregelung

Im häuslichen Umfeld gehen die Leistungen der Pflegeversicherung den Leistungen der Eingliederungshilfe und dem Bundesversorgungsgesetz vor, es sei denn, bei der Leistungserbringung stehen die Leistungen der Eingliederungshilfe im Vordergrund.

Außerhalb des häuslichen Umfelds gehen die Leistungen der Eingliederungshilfe den Leistungen der Pflegeversicherung vor.

Stellungnahme

Aus Sicht des DPR lässt sich nicht begründen, dass Leistungen der Eingliederungshilfe verzichtbar werden, wenn eine zu pflegende Person Pflegeleistungen im häuslichen Umfeld erhält. Die Eingliederungshilfe sollte vielmehr gleichrangig neben Pflegeleistungen Bestand haben.

Änderungsvorschlag

Daher schlägt der DPR vor den § 13 Absatz 3 in seiner bisherigen Form beizubehalten.

Nummer 7

§ 28a, Absatz 1, Nummer 3, Buchstabe a)

Geplante Neuregelung

Die Änderung schließt eine Leistungslücke beim Anspruch auf den Wohngruppenzuschlag für Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1.

Stellungnahme

Der DPR begrüßt die Ausweitung des Wohngruppenzuschlages für Menschen mit Pflegegrad 1, weil sie eine Gesetzeslücke schließt, die Vielfalt der Pflegearrangements fördert und betroffenen Personen Wahlmöglichkeiten eröffnet.

Nummer 10

§ 37, Absatz 8, Buchstabe b)

Geplante Neuregelung

Beratungsbesuche können auch Pflegeberater/innen oder anerkannte Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften durchführen. Dazu müssen sie entsprechend pflegefachlich qualifiziert sein.

Stellungnahme

Bislang sind die Beratungseinsätze nach § 37 Absatz 3 ambulanten Pflegediensten vorbehalten. Sie dienen zum einen dazu Kontakt zu Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen aufzubauen und zum anderen die Versorgungssituation im häuslichen Umfeld kennenzulernen und auf ihre Angemessenheit zu überprüfen. Diese Beratungspraxis hat sich bewährt, auch wenn pflegefachliche Kriterien als Vorgaben für die Beratungsbesuche bislang fehlen.

Das Beratungsangebot durch die Kommune führt zudem zu einer Parallelstruktur, die zu einer gewissen Unübersichtlichkeit führt. Die Stärkung der Beratungskompetenz der Kommune und unentgeltliche Erbringung der Leistung lässt zudem vermuten, dass dieser Bereich den ambulanten Pflegediensten sukzessiv entzogen werden wird.

Es ist insbesondere nicht nachgewiesen, dass das bisherige Beratungsangebot nicht ausreicht oder unqualifiziert ist. Der Bedarf an Beratungen wird flächendeckend durch ca. 13.000 Einrichtungen hochqualifiziert und kompetent abgedeckt. Daher ist

nicht erkennbar, welche Verbesserung durch die Ausweitung dieser Einsätze durch die Kommunen erreicht werden kann.

Der Begründung ist zu entnehmen, dass die Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften vorzugsweise in einem Anstellungsverhältnis zur Kommune stehen. Dies ist zumindest kritisch zu hinterfragen, da die Pflegeberater bislang unabhängig sein mussten und insbesondere nicht bei den Pflegekassen beschäftigt sein dürfen. Ein Beschäftigungsverhältnis eines Pflegeberaters mit dem Sozialhilfeträger als Kostenträger geht aber mit einer gewissen Abhängigkeit einher. Pflegeberater sollten jedoch unabhängig von potenziell entstehenden Kosten den tatsächlichen individuellen Beratungsbedarf eruieren.

Zudem möchte der DPR darauf hinweisen, dass die Beratungseinsätze nach § 37 Absatz 3 grundsätzlich nicht sachgerecht vergütet werden. Dies zeigen auch die Ergebnisse des Pflege-Thermometers 2016. Demnach sind Beratungsbesuche nach § 37 Absatz 3 unterfinanzierte Leistungen. „Im Zuge der Pflegereformen wird daher keine substanzielle Steigerung erzielt und die Beratung bleibt damit in der Tendenz eine Zusatzleistung, die durch die ambulanten Dienste selbst mitgetragen und mitfinanziert wird“ (Pflege-Thermometer 2016)[2]. Aus Sicht des DPR muss daher grundsätzlich bei der Finanzierung der Beratungsbesuche nach § 37 Absatz 3 dringend nachgebessert werden.

Änderungsvorschlag

Daher ist aus Sicht des DPR an der bisherigen Beratungspraxis festzuhalten und der Absatz 8 des § 37 zu streichen.

Nummer 13

§ 45b

Absatz 2, Buchstabe a)

Geplante Neuregelung

Der Anspruch auf den Entlastungsbetrag entsteht mit dem Vorliegen der in § 45 Absatz 1 Satz 1 genannten Voraussetzungen.

Stellungnahme

Gemäß Absatz 1 soll der Anspruch bereits entstehen, sobald die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen. Der Gesetzesbegründung ist jedoch zu entnehmen, dass der nachträgliche Antrag auf die Erstattung der Kosten (z.B. konkludent in Form des Einreichens der Belege) weiterhin vorgesehen ist. Eine Änderung der aktuellen Praxis erscheint demnach ungewiss.

[2] Pflege-Thermometer 2016, Seite 3 http://www.dip.de/materialien/berichte-dokumente/

Die Weiterführung der Regelung zum „Ansparen“ ist jedoch positiv, da damit eine flexible und bedarfsgerechte Inanspruchnahme durch den Versicherten ermöglicht wird.

Absatz 3, Buchstabe b)

Geplante Neuregelung

Leistungen nach § 45b finden bei den Fürsorgeleistungen zur Pflege keine Berücksichtigung. Das war bisher auch schon so (Regelung in § 13 Absatz 3a). Es wird bestimmt, dass § 63b Absatz 1 Satz 3 des Zwölften Buches, nach dem grundsätzlich Leistungen der Hilfe zur Pflege nicht erbracht werden, soweit Pflegebedürftige gleichartige Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften erhalten, auf den Entlastungsbetrag nach § 45b keine Anwendung findet. Mit dieser Regelung wird unter anderem sichergestellt, dass der als separater Betrag ausgewiesene Entlastungsbetrag auch bei entsprechenden Empfängern von Fürsorgeleistungen weiterhin insbesondere für die Entlastung von Pflegepersonen in vollem Umfang tatsächlich zur Verfügung steht.

Stellungnahme

Die bisher in § 13 Absatz 3a enthaltene Regelung, dass Leistungen nach § 45b bei den Fürsorgeleistungen zur Pflege keine Berücksichtigung finden, wird in § 45b integriert. Obwohl damit keine inhaltliche Änderung verbunden ist, wird klargestellt, dass der Entlastungsbetrag als separat zu betrachten ist und in vollem Umfang zur Verfügung stehen soll. Es bleibt abzuwarten, ob der Sozialhilfeträger bei der Bedarfsfeststellung nicht mehr darauf verweist, dass kein oder nur reduzierter Bedarf besteht, da alle notwendigen Leistungen über § 45b abgedeckt sind.

Nummer 14

§ 45c

Absatz 2, Buchstabe a)

Geplante Neuregelung

Der Zuschuss aus Mitteln der sozialen und privaten Pflegeversicherung, der vom Land oder der kommunalen Gebietskörperschaft für die einzelne Fördermaßnahme geleistet wird, kann auch für Personal- oder Sachmittel eingebracht werden. Gemeint ist damit etwa die unentgeltliche Bereitstellung von Räumlichkeiten oder die Abstellung von Personal für eine geförderte Initiative. Denkbar ist beispielsweise, dass die kommunale Gebietskörperschaft selbst eine hierfür entsprechend qualifizierte Pflegefachperson beschäftigt, die unmittelbar und ausschließlich für die Supervision und zur kontinuierlichen fachlichen Begleitung und Unterstützung von als Angeboten zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a anerkannten

Einzelhelferinnen und Einzelhelfern im Gebiet der kommunalen Gebietskörperschaft eingesetzt wird, und die hierfür anfallenden Kosten als zuschussgleich anerkannt werden.

Stellungnahme

Diese Regelung kann bei der Förderung der niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebote und Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen die Ausstattung mit qualifiziertem Personal fördern.

Absatz 6, Buchstabe b)

Geplante Neuregelung

Nach Satz 2 übertragene Mittel, die am Ende des Folgejahres nicht in Anspruch genommen worden sind, können für konkret benannte Projekte im darauf folgenden Jahr von Ländern beantragt werden, die im Jahr vor der Übertragung der Mittel nach Satz 2 mindestens 80 Prozent der auf sie nach dem Königsteiner Schlüssel entfallenden Mittel ausgeschöpft haben. Fördermittel, die bis zum Ende des auf das Folgejahr folgenden Jahres nicht beantragt sind, verfallen.

Stellungnahme

Aus Sicht des DPR flexibilisiert diese Regelung die Verwendung der Mittel für Projekte innerhalb der Länder. Sie kann allerdings auch dazu führen, dass die Unterschiede zwischen den aktiveren und weniger aktiven Ländern zunehmen.

Nummer 16

§75

Absatz 2 Satz 1, Nummer 7, Buchstabe b,

Geplante Neuregelung

Der Satz wird wie folgt gefasst: „7. die Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze für Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen,“.

Absatz 2 Satz 1, Buchstabe d

Geplante Neuregelung

Folgende Nummer 10 wird angefügt:

„10. die Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze für die Zahlung einer ortsüblichen Vergütung an die Beschäftigten nach § 72 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2.“

Nummer 17

§ 79

Absatz 4, Buchstabe b

Geplante Neuregelung

„Die Landesverbände der Pflegekassen können eine Abrechnungsprüfung selbst oder durch von ihnen bestellte Sachverständige durchführen lassen, wenn tatsächliche Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die Pflegeeinrichtung fehlerhaft abrechnet. Die Abrechnungsprüfung bezieht sich

1. auf die Abrechnung von Leistungen, die zu Lasten der Pflegeversicherung erbracht oder erstattet werden, sowie

2. auf die Abrechnung der Leistungen für Unterkunft und Verpflegung (§ 87).

Für die Abrechnungsprüfung sind Absatz 1 Satz 3 und 4 sowie Absätze 2 und 3 entsprechend anzuwenden.“

Stellungnahme

Ziel der Formulierungen zur Abrechnungsprüfung ist laut Gesetzesbegründung der Schutz vor unlauteren Anbietern.

Zunächst erschließt sich der Regelungsbedarf bzgl. der beschrieben Gefahr von „Strohmännern“ nicht unmittelbar. Bereits in der Gesetzesbegründung wird darauf verwiesen, dass der Rahmenvertrag im Bundesland Berlin bereits detaillierte Regelungen enthält, um entsprechende Umgehungsversuche bei Neuzulassung zu unterbinden. Die aktuelle Gesetzeslage lässt demnach bereits vielfältige Regelungen zu.

Der DPR verurteilt Abrechnungsbetrug selbstverständlich auf das Schärfste. Pauschalierte Verurteilungen lehnt er jedoch ab. Der DPR fordert stattdessen einen transparenten und partnerschaftlichen Dialog.

Mit den Formulierungen zur Abrechnungsprüfung wird jedoch kein transparenter Umgang gefördert, sondern die gesamte Pflegebranche unter Generalverdacht gestellt. Zudem stellt sich die Frage, wie die geforderten tatsächlichen Anhaltspunkte für die Durchführung der Abrechnungsprüfung in der Praxis ausgelegt werden. Es fehlt zudem der Hinweis, dass der strafrechtlich relevante Betrug nach § 263 StGB eine vorsätzliche Tatbegehung voraussetzt, eine fahrlässige Begehung scheidet in Anbetracht des Tatbestandsmerkmals der Absicht per se aus.

Hinsichtlich der ortsüblichen Vergütung bleibt nur anzumerken, dass diese zwar hilfreich wäre, aber bislang weder die Erhebung noch die Umsetzung oder deren Auswirkungen klar sind.

Nummer 18

§ 106a

Geplante Neuregelung

In § 106a Satz 1 werden die Wörter „sowie beauftragte Pflegefachkräfte“ durch ein Komma und die Wörter „beauftragte Pflegefachkräfte sowie Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften“ ersetzt.

Stellungnahme

Die Ergänzung ist in Anbetracht der Erweiterung in § 37 Absatz 8 folgerichtig und unterstreicht die politisch gewollte Stärkung der kommunalen unentgeltlichen Pflegeberatung. Wie bereits zu § 37 Absatz 8 erläutert, ist dies jedoch durchaus kritisch zu sehen.

Nummer 20

§ 113b, Absatz 2, Buchstabe a)

Geplante Neuregelung

Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen (Betroffenenorganisationen) erhalten ein Antragsrecht, das über das bislang vorgesehene Mitberatungsrecht hinausgeht.

Stellungnahme

Der DPR begrüßt das Antragsrecht der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen (Betroffenenorganisationen).

Darüber hinaus schlagen wir dringend folgende gesetzliche Klarstellung vor:

Nach § 113b Absatz 2 SGB XI soll nach der bisherigen Regelung auch ein „Vertreter der Verbände der Pflegeberufe“ dem Qualitätsausschuss angehören.

Diese Regelung bedarf der Klarstellung.

Die bisherige Regelung in § 113b Absatz 2 S. 5 SGB XI lautet im Wortlaut:

„Dem Qualitätsausschuss soll auch ein Vertreter der Verbände der Pflegeberufe angehören.“

Änderungsvorschlag

Wir schlagen dringend folgende klarstellende Regelung vor:

„Dem Qualitätsausschuss soll auch ein Vertreter der Spitzenorganisation der Pflegeberufe angehören."

Oder alternativ:

„Dem Qualitätsausschuss soll auch ein Vertreter des Deutschen Pflegerates angehören."

Begründung

Aus historischen Gründen war das Feld der Pflegeorganisationen kleinteilig zersplittert. Daher wurde die Spitzen- bzw. Dachorganisation der Pflegeberufsorganisationen, der DPR e.V., gegründet, um die Positionen der Pflegeberufe einheitlich darzustellen und einen Ansprechpartner für die Politik zu haben. Dem DPR gehören derzeit sechzehn Mitgliedsorganisationen an. Der DPR nimmt beispielsweise auch beim Gemeinsamen Bundesausschuss als Spitzenorganisation die gesetzlichen Beteiligungsrechte der Verbände der Pflegeberufe wahr.

Bei der Besetzung des Qualitätsausschusses nach § 113 Absatz 2 SGB XI haben sich aber nunmehr neben dem DPR zwei kleine Pflegeverbände einzeln und gesondert für die stimmberechtigte Position gemeldet, was dazu führte, dass die Leistungserbringerverbände die Position des Vertreters der Verbände der Pflegeberufe aufgrund des Dissenses der Verbände der Pflegeberufe wegfallen lassen und mit Verbänden der Leistungserbringer besetzt haben, so dass ein Vertreter der Pflegeberufe dem Qualitätsausschuss voraussichtlich nicht angehören wird . Nach Wortlaut und Sinn und Zweck der gesetzlichen Regelung ist die Beteiligung eines Vertreters der Verbände der Pflegeberufe vorgesehen. Dies ist der DPR als Zusammenschluss der maßgeblichen Pflegeberufsorganisationen. Dies ist auch vor dem Hintergrund der sozialrechtlichen Systematik im Übrigen (vgl. beispielsweise die Vertretung beim Gemeinsamen Bundesausschuss (s.o.)) systemkonform. Es bedarf demnach der o.g. Klarstellung, um eine Ausdeutung zu vermeiden, durch die faktisch eine Beteiligung der Pflegeberufe an dem Qualitätsausschuss blockiert wird.

Absatz 7, Buchstaben c), aa) und bb)

Geplante Neuregelung

Nummer 9

Ehrenamtlich Tätige, die von den Betroffenenorganisationen zur Wahrnehmung ihres Mitberatungs- und Antragsrechts in die Gremien des Qualitätsausschusses entsandt

werden, haben einen Anspruch auf Erstattung der ihnen hierbei entstandenen Reisekosten.

Nummer 10

Die Aufwendungen für die Entschädigung der unparteiischen Mitglieder nach Nummer 2, die Aufwendungen für die Entschädigung der einbezogenen weiteren Sachverständigen oder Gutachter nach Nummer 7 sowie die Aufwendungen für die Erstattung von Reisekosten nach § 118 Absatz 1 bzw. nach Nummer 9 können den Kosten der qualifizierten Geschäftsstelle nach Absatz 6 zugerechnet werden.

Stellungnahme

Der DPR begrüßt, dass ehrenamtlich Tätige der Betroffenenorganisationen eine Entschädigung erhalten.

Dreizehntes Kapitel

Nummer 24

§ 123, Absatz 1

Geplante Neuregelung

Kommunale Stellen sollen Beratungsaufgaben nach diesem Buch mit eigenen Beratungsaufgaben für alte und/oder hilfebedürftige Menschen zusammenführen und gemeinsam in eigener Zuständigkeit erbringen können. Ziel der Modellvorhaben ist es, die Beratung zu verbessern, indem sie zusammengeführt oder verzahnt wird mit Beratungsangeboten zu Leistungen der Altenhilfe nach dem Zwölften Buch, der Hilfe zur Pflege, der Eingliederungshilfe, zu Leistungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, zur rechtlichen Betreuung, zu behindertengerechten Wohnangeboten, zum öffentlichen Nahverkehr und zur Förderung des bürgerlichen Engagements.

In den Modellvorhaben zur kommunalen Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen sollen alle Beratungsangebote aus einer Hand kommen und daher besser vernetzt werden.

Stellungnahme

Mit der Schaffung des § 123 „Durchführung der Modellvorhaben zur kommunalen Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehöriger, Verordnungsermächtigung“ wurde auch die Möglichkeit eröffnet spezielle Beratungsangebote für Familien mit Kindern zu schaffen.

Bislang wurden die bereits geschaffenen Beratungs- und Koordinierungsstellen (Pflegestützpunkte) sehr selten von Familien mit Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen zur Beratung und Unterstützung aufgesucht. Dies ist der Tatsache

geschuldet, dass diese Institutionen häufig nur mit der Altenhilfe in Verbindung gebracht werden.

Durch die Möglichkeit der Schaffung von Modellvorhaben werden die entscheidenden Stellen in die Lage versetzt, dass sie diesem speziellen Klientel gerecht werden können und entsprechende Beratungsangebote vorhalten können.

Absatz 6

Geplante Neuregelung

Mit Aufnahme der Beratungstätigkeit im Rahmen eines Modellvorhabens geht die Verantwortung für die Pflegeberatung nach den §§ 7a bis 7c und für die Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 von anspruchsberechtigten Pflegebedürftigen und deren Angehörige mit Wohnort im Bereich der örtlichen Zuständigkeit der Beratungsstelle sowie für die Pflegekurse nach § 45 auf den Antragsteller nach Absatz 1 Satz 1 über. Die Antragsteller können sich zur Erfüllung ihrer Aufgaben Dritter bedienen. Sofern sie sich für die Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 Dritter bedienen, ist die Leistungserbringung allen in § 37 Absatz 3 Satz 1 und Absatz 8 genannten Einrichtungen zu ermöglichen.

Stellungnahme

Mit der in Absatz 6 getroffenen Aussage erhält der Sozialhilfeträger gezielt die Möglichkeit die zu bewilligende Hilfe zur Pflege zu steuern. Dabei wird zu hinterfragen sein, welche Kriterien vorrangig entscheidend sein werden: objektiv-fachliche Bedarfe oder wirtschaftliche Erwägungen.

Das Gesetz darf zudem keine Vergütung enthalten, da diese nur im Rahmen einer Gesetzesänderung angepasst und somit nur schwer verändert werden könnten. Die Vergütungen, die Qualifikationsanforderungen und die Inhalte sind vielmehr im Rahmen der Verhandlungen nach dem SGB XI mit den Vereinbarungspartnern zu treffen.

§ 124

Absatz 1

Geplante Neuregelung

Die Laufzeit der Modellvorhaben ist auf fünf Jahre befristet.

Stellungnahme

Die Antragsfrist von 5 Jahren ist mit Blick auf den erforderlichen Vorlauf nachvollziehbar. Im Umkehrschluss wird demnach aber sehr spät bekannt werden,

welche Kommune sich an den Modellvorhaben beteiligt. Darüber hinaus wird die erst für 2025 vorgesehene abschließende Auswertung der Modellvorhaben zu Unsicherheiten bei den Leistungserbringern führen. Die strategische Ausrichtung (unter anderem bzgl. Aufbau von Schulungen nach § 45, Beratung nach § 37 Abs. 3) wird für die ambulanten Pflegedienste langfristig deutlich erschwert werden.

Absatz 5

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen richtet einen Beirat ein, dem Vertreterinnen und Vertreter der kommunalen Spitzenverbände, der Länder, der Pflegekassen, der Wissenschaft und des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend angehören. Dieser dient dem Informationsaustausch der Beiratsmitglieder über den Stand der Modellvorhaben, sowie über auftretende Fragestellungen hinsichtlich der für die Übernahme der Beratung einzuhaltenden Vorgaben.

Stellungnahme

Absatz 5 sieht keinen Austausch mit den Leistungserbringern vor, welche bisher entsprechend § 37 Abs. 3 SGB XI beraten. Im Sinne der Versicherten und deren bedarfsgerechter und individueller Versorgung wäre jedoch eine transparente Kommunikation erforderlich, um alle an der Pflege Beteiligten sachgerecht einzubinden.

Artikel 2

Änderungen des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch

Kernpunkt der Änderungen im SGB XII ist die Übernahme des Pflegebedürftigkeitsbegriffes und der dazugehörigen Ausführungen zu den Pflegegraden im SGB XI.

§§ 61 ff

Stellungnahme

Positiv zu bewerten ist, dass die bisherigen Leistungen der Hilfe zur Pflege erhalten bleiben und die künftigen Leistungsinhalte mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff korrespondieren. Dies ermöglicht den sozialhilfebedürftigen Pflegebedürftigen, die nicht nach dem SGB XI versichert sind, den Zugang zu Leistungen nach §§ 45b, 87b SGB XI.

Zur Sicherstellung einer angemessenen Versorgung müssen die begrenzten Leistungen der Pflegeversicherung nach dem SGB XI auch zukünftig durch die Hilfe zu Pflege ergänzt werden.

Die in § 62a hinterlegte Verbindlichkeit der Entscheidungen der Pflegekasse über den Pflegegrad gegenüber dem Sozialhilfeträger ist zu begrüßen. Die Bindungswirkung betrifft jedoch weiterhin nur die Einordnung in den Pflegegrad. Der Sozialhilfeträger ist demnach unverändert berechtigt, Inhalt und Umfang der Leistungen selbst festzulegen. Dies ist zwar teilweise nachvollziehbar, führt in der Praxis jedoch zu grundlegenden und existentiellen Unsicherheiten bei den Pflegedürftigen und den Leistungserbringern. Nicht selten werden die im Rahmen des SGB XI getroffenen Feststellungen seitens des Sozialhilfeträgers in Zweifel gezogen und häufig nach monatelangen Bearbeitungszeiten restriktiv und mit Blick auf Einsparpotenzial gekürzt. Es ist gesetzlich zu regeln, dass der Sozialhilfeträger sowohl Bearbeitungs- als auch Zahlungsfristen einzuhalten hat. Zudem ist eine Übernahme der tatsächlich entstandenen Kosten bis zur endgültigen Entscheidung durch den Sozialhilfeträger unabdingbar.

§ 64

Absatz 1 und 2

Geplante Neuregelung

(1) Soweit häusliche Pflege ausreicht, ist die Pflege vorrangig durch Pflegegeld sicherzustellen.

(2) Der Träger der Sozialhilfe soll darauf hinwirken, dass die häusliche Pflege durch Personen, die dem Pflegebedürftigen nahe stehen, als Nachbarschaftshilfe oder durch sonstige zum gesellschaftlichen Engagement bereite Personen übernommen wird.

Stellungnahme

Die Angehörigenpflege stellt die größte Gruppe in der Versorgung pflegebedürftiger Menschen dar und wird unterstützt durch die vorgeschriebenen Beratungen nach § 37 Absatz 3 SGB XI sowie durch die Angebote nach § 7a SGB XI.

Die Förderung der Pflege durch Angehörige ist gesellschaftlich sicherlich anzustreben. Die im Entwurf hinterlegte Formulierung wird jedoch voraussichtlich durch den Sozialhilfeträger zweckentfremdet werden. Für den Sozialhilfeträger ist es wirtschaftlich attraktiver, die Übernahme durch Angehörige nach eigenen Maßstäben zu erzwingen und keinen professionellen Leistungserbringer nach dem SGB XII vergüten zu müssen.

Vorbeugend ist der im Gesetz verwendete Begriff „hinwirken“ zu konkretisieren. Es wäre beispielhaft zu klären, ob der im Haushalt des Pflegebedürftigen oder in derselben Stadt lebende Angehörige verpflichtet ist, Leistungen zu übernehmen.

Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Drs. 18/9668

„Pflege vor Ort gestalten – Bessere Bedingungen für eine nutzerorientierte Versorgung schaffen“

Die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN stellt u.a. folgende Forderungen auf:

Das Initiativrecht für Kommunen zur Initiierung von Pflegestützpunkten soll dauerhaft verankert werden. Es soll darüber hinaus möglich sein, statt Pflegestützpunkte in den Kommunen, Beratungs- und Vernetzungsstrukturen vor Ort für Pflege und Teilhabe zu schaffen, die unabhängige und neutrale Pflegeberatung bieten, Angebote erfassen und zusammenführen und neue Angebote anstoßen.

Stellungnahme

Der DPR begrüßt insbesondere die Forderung nach einer unabhängigen Beratung pflegebedürftiger Menschen. Nur so kann sichergestellt werden, dass die Bedarfslagen Pflegebedürftiger im Vordergrund stehen. Zudem zeichnen sich die Kommunen durch ihre Kenntnisse zu regionalen Versorgungserfordernissen und

-angeboten aus und sollten daher Beratungs- und Vernetzungsstrukturen vor Ort für Pflege und Teilhabe aufbauen.

Forderung

Weiterhin soll der Anspruch auf ein unabhängiges, individuelles Case Management gesetzlich verankert werden. Es soll ermöglicht werden, dass Pflege-Sachleistungen auf Wunsch als persönliches Budget ausgezahlt werden können; die jeweiligen Dienstleister müssen lizenziert und qualitätsgesichert sein, der oder die Case ManagerIn sollte in die örtlichen Beratungsstrukturen für Pflege und Teilhabe eingebunden sein.

Stellungnahme

Der DPR begrüßt die Forderung ein unabhängiges, individuelles Case Management gesetzlich zu verankern. Damit wird es möglich ein passgenaues Pflegearrangement für pflegebedürftige Menschen zusammenzustellen. Das persönliche Budget kann, wenn gewünscht, diesen individuellen Zuschnitt der Versorgungsleistungen maßgeblich unterstützen. Aus Sicht des DPR ist allerdings die pflegefachliche Qualifikation der Case Managerinnen und Case Manager für eine qualifizierte Beratung und bedarfsgerechte Auswahl der Versorgungsleistungen unabdingbar.

Forderung

„Regionale Budgets“ sollen dem Antrag gemäß erprobt werden, wobei die Mittel der verschiedenen Leistungsträger für die Schaffung der Versorgungssicherheit im Quartier durch die Kommune genutzt werden.

Stellungnahme

Der in der Begründung genannte Kostenvorbehalt, der den Grundsatz „ambulant vor stationär“ aufweicht, „wenn eine Leistung für eine geeignete stationäre Einrichtung zumutbar und eine ambulante Leistung mit unverhältnismäßigen Mehrkosten verbunden ist“, schränkt die Wahlfreiheit pflegebedürftiger Menschen ihre Versorgungssituation betreffend, deutlich ein. „Regionale Budgets“ könnten dieser Einschränkung der Wahlfreiheit entgegen wirken und die Selbstbestimmung pflegebedürftiger Menschen stärken.

Antrag der Fraktion DIE LINKE, Drs. 18/8725

„Pflege teilhabeorientiert und wohnortnah gestalten“

In ihrem Einführungstext schreibt die Fraktion DIE LINKE am Ende der Seite 2 *„So verschlechtern sich Pflegequalität und Personalausstattung durch Lohndumping und Unterqualifizierung. Dennoch verzichtete die Bundesregierung im Pflegestärkungsgesetz II auf jegliche Rahmenvorgaben zur Personalausstattung.“*

Stellungnahme

Der DPR teilt diese Einschätzung. Die umfassendere Einschätzung der Pflegebedürftigkeit durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff zieht notwendigerweise mehr und differenziertere Pflegeleistungen nach sich. Ohne eine entsprechende Ausstattung mit einer ausreichenden Anzahl qualifizierter Pflegefachpersonen wird dieses Mehr an Leistungen nicht bei den pflegebedürftigen Menschen ankommen. Dies bedeutet, dass die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs keine Verbesserung der pflegerischen Versorgung bewirken kann.

Die soziale Pflegeversicherung ist ein Bundesgesetz. Der Anspruch der Versicherten wie auch die Leistungsverpflichtung der Leistungserbringer sind auf Bundebene geregelt. Geleichzeitig steht für bundesweit identische Leistungen keine identische Zahl an Vollzeitstellen bzw. an Nettoarbeitszeit zur Verfügung. Im Gegenteil: In stationären Pflegeeinrichtungen variiert der Personalschlüssel in den verschiedenen Bundesländern z.T. erheblich. Diese Unterschiede müssen aus Sicht des DPR in eine bundeseinheitliche Regelung überführt werden. Dabei ist es nicht sinnvoll einen Mittelwert aus den unterschiedlichen Personalschlüsseln als Grundlage für eine bundeseinheitliche Personalausstattung zu verwenden. Eine bundeseinheitliche Regelung muss sich vielmehr an den derzeit höchsten Werten zu orientieren.

Forderung

Die Fraktion DIE LINKE fordert in ihrem Antrag u.a., dass die Pflegekassen als Rehabilitationsträger u.a. im SGB XI verankert werden. Kosten der medizinischen Rehabilitation sollen von den Krankenkassen, Kosten der geriatrischen Rehabilitation von den Pflegekassen getragen werden.

Stellungnahme

Die Abgrenzung zwischen medizinischer und geriatrischer Rehabilitation führt in der Praxis häufig zu Unklarheiten bezüglich der Zuständigkeit der Kostenträger (SGB V, XI). In der Folge kommt es dazu, dass Versicherten benötigte Leistungen nicht

gewährt werden. Aus Sicht des DPR sind hier die Abgrenzungen so vorzunehmen, dass sie nicht zulasten der Versicherten gehen.

Forderung

Eine weitere Forderung bezieht sich darauf, dass die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V nicht als Sachleistungsbeträge über das SGB XI mitfinanziert werden dürfen. Der Anspruch auf verrichtungsbezogene, krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen (medizinische Behandlungspflege) nach § 37 SGB V wird vollumfänglich als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung gewährt. Das gilt auch in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe.

Stellungnahme

Der DPR teilt diese Auffassung. Verrichtungsbezogene, krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind der Krankenversicherung zuzuordnen.

Zum Änderungsantrag 6

Artikel I, Nummer 10 (§ 43)

Geplante Neuregelung

Die Fraktionen schlagen vor, dass die Pflegekassen abweichend von Satz 1 auch Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung übernehmen, sofern der nach Satz 2 gewährte Leistungsbetrag die in Satz 1 genannten Aufwendungen übersteigen.

Stellungnahme

Die geforderte Neuregelung führt aus Sicht des DPR zu einer negativen Entwicklung für die Beschäftigten in den Pflegeeinrichtungen. Die Unterschreitung des Leistungssatzes geht mit geringen Lohnkosten und dem Einsatz von niedrig qualifiziertem Personal einher. Damit steht den Pflegeeinrichtungen eine unzureichende Anzahl an gut qualifiziertem Personal zur Verfügung. Der DPR sieht es stattdessen als zielführend an den Leistungsbetrag vollständig für hochqualifiziertes Personal zu nutzen. Darüber hinaus ergibt sich durch die Anrechnung auf Unterkunft und Verpflegung ein geringerer Eigenanteil für die Pflegebedürftigen. Dieser führt zu einer Wettbewerbsverzerrung, da Einrichtungen, die hoch qualifiziertes Personal einsetzen keinen geringeren Eigenanteil der Bewohnerinnen und Bewohner berechnen können.

Zu Artikel 17b, Änderung des Hebammengesetzes

Geplante Neuregelung

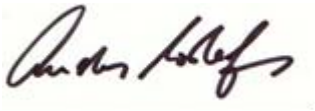
Die Modellklausel aus §33 soll bis zum Jahr 2022 verlängert werden. Bereits jetzt soll eine Modul- und Kompetenzorientierte Lehre an den Modellstudiengängen eingeführt werden können (§6). Modularisierte Prüfungen sollen anstelle von schriftlichen und mündlichen staatlichen Examensprüfungen ermöglicht werden, wenn sie den Anforderungen der staatlichen Prüfungen inhaltlich mindestens entsprechen und die zuständigen Behörden zustimmen. Diese Modulprüfungen sollen nicht mehr als acht Wochen vor dem Ende der Studienzeit durchgeführt werden können.

Stellungnahme

Der DPR begrüßt die Positionierung für die vollständige Akademisierung des Hebammenberufes bis zum 18.01.2020. Das langwierige Gesetzgebungsverfahren für das neue Pflegeberufe-Gesetz zeigt, dass mit der Erarbeitung der neuen Berufsgesetze der Hebammen zeitnah begonnen werden muss. Damit spätestens zum 18.01.2020 ein neues Hebammengesetz sowie eine Ausbildungs- und Prüfungsordnung verabschiedet werden können, ist es aus Sicht des DPR notwendig, umgehend mit der Erstellung der Gesetze durch das BMG zu beginnen.

Die jetzt vorgeschlagenen Änderungen der Berufsgesetze, um den Hochschulen mehr Spielraum für modularisierte Lehre und Prüfungen zu ermöglichen, werden positiv gesehen. Jedoch sollte der Änderungsantrag korrigiert werden bezüglich des Begriffes „Ende der Studienzeit“ in Bezug auf die staatlichen Prüfungen. Verbindliche Vorgaben für Studiengangleitungen und die Behörden sind anzustreben. Eine Ausweitung des vorgeschlagenen Prüfungszeitraumes wird für sinnvoll erachtet. Der Zeitraum von acht Wochen ist jedoch zu kurz gefasst. Die vorgeschlagene erneute Evaluation der einzelnen Modellstudiengänge lehnt der DPR ab. Sollte eine weitere Evaluierung für sinnvoll erachtet werden, so sollte eine bundesweite Erhebung stattfinden, die für die Gesamtheit der Studiengänge gilt und die Arbeitssituation der Absolventinnen mit erfasst. Weitere Regelungen z.B. für die Finanzierung der Studiengänge sollten zeitnah diskutiert werden.

Berlin, 12. Oktober 2016



Andreas Westerfellhaus
Präsident des Deutschen Pflegerates

Adresse:
Deutscher Pflegerat e.V. – DPR
Alt- Moabit 91
10559 Berlin
Tel.: + 49 30 / 398 77 303
Fax: + 49 30 / 398 77 304
E-Mail: info@deutscher-pflegerat.de
www.deutscher-pflegerat.de

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0204(3)
gel. VB zur öAnhörung am 17.10.2016_PSGIII
11.10.2016

verbraucherzentrale
Bundesverband

KOMMUNALE VERANTWORTUNG IN DER PFLEGE GESTÄRKT?

Stellungnahme des Verbraucherzentrale Bundesverbands zum Entwurf der Bundesregierung eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften

Drucksache 18/ 9518

11. Oktober 2016

Impressum

Verbraucherzentrale
Bundesverband e.V.

Team
Gesundheit und Pflege

Markgrafenstraße 66
10969 Berlin

gesundheit@vzbv.de

Bundesverband der Verbraucherzentralen und Verbraucherverbände

Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.

INHALT

I. EINLEITUNG 3

II. ALLGEMEINE HINWEISE ZUM GESETZESVORHABEN 5

1. Rechtsberatung stärken 5
2. Maßnahmen zur Sicherstellung der Versorgung 6

III. ZU AUSGEWÄHLTEN REGELUNGEN UND REGELUNGSBEREICHEN IM EINZELNEN 8

1. Im Bereich der Allgemeinen Vorschriften und zu den Beratungsleistungen 8
2. Im Bereich der Sicherstellung von Versorgungsstrukturen (Ausschüsse auf Landesebene) 9
3. Im Bereich des Leistungsgeschehens 10
4. Zu den Modellvorhaben 12
5. Zur Qualitätstransparenz und den Weiterungen bei der Beteiligung von Interessenvertretungen 13

I. EINLEITUNG

Der Verbraucherzentrale Bundesverband hat bereits umfänglich zum Referentenentwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung (Drittes Pflegestärkungsgesetz - PSG III) Stellung genommen. Die nachfolgende Stellungnahme macht diese Äußerungen zur Grundlage ergänzender Ausführungen und Hinweise – auch soweit der Regierungsentwurf vom ersten Entwurf abweicht und regierungsfraktionelle Änderungsanträge vorliegen.

Mit dem Regierungsentwurf zum PSG III liegt nun der angekündigte Dreiklang in der Reform des 11. Sozialgesetzbuches (SGB XI) in dieser Legislatur vor.
Nach der Schaffung eines erweiterten Leistungsspektrums und der für Pflegebedürftige verbesserten Möglichkeit der Kombination von Leistungen der Pflegeversicherung im ersten Pflegestärkungsgesetz (PSG I), der Einführung des neuen Begriffs von Pflegebedürftigkeit und der Schaffung eines daran angepassten, neuen Begutachtungsverfahrens (NBA) durch das zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II) werden mit dem vorliegenden Entwurf Schritte unternommen, um die Kommunen wieder stärker in die Pflege einzubinden.
Der vzbv hat in den vergangenen Jahren stets darauf hingewiesen, dass insoweit gesetzgeberische Schritte erforderlich sind, um auf lokaler und regionaler Ebene Strukturen zu schaffen, die pflegebedürftigen Menschen einen möglichst langen Verbleib in ihrem vertrauten Umfeld ermöglichen.

Diesem Ziel verschreibt sich der Gesetzesentwurf im Wesentlichen durch verschiedene Maßnahmen, die in der Regel den Empfehlungen vom 12.5.2015 der im Koalitionsvertrag von 2013 vereinbarten Bund-Länder-Arbeitsgruppe folgen:

- Kommunen sollen im Bereich der Beratung von Pflegebedürftigen und Angehörigen stärker in die Prozesse eingebunden werden
- Sektorenübergreifende und regionale Pflegeausschüsse sollen Empfehlungen zur Sicherstellung von Versorgungsstrukturen und zur Pflegestrukturplanung diskutieren und vorlegen, die von den Vertragsparteien auf Landesebene in die Verhandlungen einbezogen werden sollen
- Sie sollen auch bei der Teilnahme am System der § 45c-Förderung[1] durch die Einbringung personeller und sächlicher Mittel besser gestellt werden und beim Aufbau und der Erbringung niedrigschwelliger Betreuungs- und Entlastungsleistungen partizipieren können
- 60 kommunale Modellvorhaben zur Übernahme von Beratungsleistungen und zur Erbringung von Pflegekursen werden mit fünfjähriger Laufzeit aufgelegt, die letztlich insgesamt eine Laufzeit bis 2026 erreichen

Ferner leistet der Gesetzesentwurf eine Anpassung der Vorschriften über die Hilfe zur Pflege nach dem 12. Sozialgesetzbuch (SGB XII – Sozialhilfe) und anderer Vorschriften an die Schaffung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs nach SGB XI und

[1] Soweit vorstehend und folgend Paragraphen ohne Bezeichnung des Gesetzes zitiert werden, handelt es sich um Vorschriften nach dem 11. Sozialgesetzbuch (SGB XI – Soziale Pflegeversicherung)

bietet veränderte Ansätze zur Lösung von Schnittstellen zwischen der Pflegeversicherung, der Hilfe zur Pflege nach SGB XII sowie der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach SGB XII beziehungsweise nach dem ebenfalls in den parlamentarischen Beratungen befindlichen Bundesteilhabegesetz.

Der Dreiklang der Pflegestärkungsgesetze hat jedoch keine Fortschritte im Hinblick auf für Verbraucher wesentliche Aspekte erbracht, soweit es an Regelungen für eine „automatisierte“ Dynamisierung der Leistungen der Pflegeversicherung und deren nachhaltige Finanzierung (integrierte Pflegeversicherung) fehlt.

Der Verbraucherzentrale Bundesverband regt daher noch einmal dringend an, noch in dieser Legislaturperiode Gesetzesanpassungen zu prüfen, die folgende Aspekte berücksichtigen:

- Jährliche Anpassung der Pflegeleistungen: Etwa jeder zweite Mensch wird im Laufe seines Lebens pflegebedürftig. Dann erbringt die Soziale Pflegeversicherung (SPV) Leistungen für ambulante, teil- und vollstationäre Pflege und Betreuung – allerdings nur bis zu einer bestimmten Höhe. Weil die Kosten für Pflegeleistungen ständig steigen und die Leistungen aus der SPV meist nicht ausreichen, müssen Verbraucher immer mehr aus eigener Tasche draufzahlen. Die Regelungen zur Leistungsdynamisierung in § 30 SGB XI sind unzulänglich. Sie sehen bislang lediglich alle drei Jahre einen Prüfauftrag für die Bundesregierung zur Anpassung der Leistungen vor. Der Verbraucherzentrale Bundesverband fordert eine gesetzliche Regelung, die eine „automatisierte“ Angleichung der Leistungen an die tatsächliche Kostenentwicklung nach eindeutig festgelegten Kriterien (Bruttolohnentwicklung, Preisentwicklung) vorschreibt. Die Dynamisierung muss zudem jährlich erfolgen.

- Kaufkraftverlust ausgleichen: In den Jahren ohne oder mit geringer Anpassung der Leistungssätze ist der Kaufkraftverlust für die Versicherten immer größer geworden. Für das gleiche Geld aus der Versicherung erhalten sie immer weniger Leistungen. Dieser angehäufte Kaufkraftverlust muss sukzessive bei der Regelanpassung der Leistungen mit abgebaut werden.

- Nachhaltige Finanzausstattung: Um die Leistungsanpassungen nachhaltig finanzieren zu können und die Pflegeversicherung unter demografischen Gesichtspunkten zukunftsfähig zu gestalten, müssen die Soziale Pflegeversicherung und die Private Pflegepflichtversicherung (PPV) zusammengeführt werden: mit gleichen Zugangsvoraussetzungen und Leistungsstrukturen, mit einem Pflegeversicherungsbeitrag für alle und einer ausgeweiteten Bemessungsgrundlage für Versicherungsbeiträge. Das sorgt für mehr Gerechtigkeit und für eine sichere, nachhaltige Finanzierung.

Nach wie vor unternimmt der Gesetzesentwurf keine Schritte zu einer nachhaltigen und „automatisierten“ Dynamisierung von Leistungen sowie einer gerechteren Lösung der Gestaltung einer zukunftsfähigen Finanzierung der Sozialen Pflegeversicherung (integrierte Pflegeversicherung). Diese Schritte hatte der Verbraucherzentrale Bundesverband bereits in seinen Stellungnahmen zu den vorherigen Gesetzen zur Stärkung der Pflege eingefordert.

II. ALLGEMEINE HINWEISE ZUM GESETZESVORHABEN

1. RECHTSBERATUNG STÄRKEN

Durch zahlreiche Maßnahmen sollen die Kommunen in die Lage versetzt werden, Aufgaben einer Beratungsinstitution im Sinne der §§ 7a bis 7c und zu zahlreichen weiteren Beratungsbereichen zu übernehmen. Dazu dient nicht zuletzt auch ein umfängliches Modellprogramm (§§ 123 ff.), das sich über einen Gesamtzeitraum von etwa zehn Jahren erstrecken wird, aber nur eine marginale Anzahl von Kommunen einbindet. Daran ist nach Auffassung des Verbraucherzentrale Bundesverbands zu Recht erhebliche Kritik geäußert worden. Mit den Maßnahmen alleine wird eine effiziente Umsetzung des Anliegens der Einbindung der Kommunen nicht gestaltet.

Zunächst folgen die Regelungen weiterhin dem einschlägig häufig geäußerten Grundsatz, wonach Leistungsträgerschaft und (Leistungs-) Beratung in eine Hand gehören. So werden Initiativrechte zur Errichtung von kommunalen Pflegestützpunkten, Möglichkeiten zur Durchführung obligatorischer Hausbesuche nach § 37 und andere Gestaltungsrechte in die Zuständigkeit von Ämtern der Sozialhilfe gegeben. Das berührt unmittelbar das Problem des unserer Auffassung nach vernachlässigten Erfordernisses der Erbringung von Beratungsleistungen nach SGB XI, die unabhängig von Interessen der Leistungsträgerschaft (und auch der Leistungserbringung) erfolgen.

Jeder pflegebedürftige Mensch und jede Angehörige muss die Möglichkeit haben, sich von einem unabhängigen Case Manager oder einer Case Managerin, die sich sehr gut mit den Angeboten vor Ort auskennt, umfassend beraten und begleiten zu lassen. Nach Auffassung des Verbraucherzentrale Bundesverbands gilt es nach wie vor, die rechtlichen Grundlagen für einen Anspruch auf ein individuelles Case Management im SGB XI zu schaffen.

Zudem berücksichtigen die vorgesehenen Regelungen das Anliegen der Verbraucher nach unabhängiger Rechtsberatung in der Pflege nicht:

Pflegebedürftigkeit bringt eine Reihe rechtlicher Fragen mit sich, unter anderem zu Pflegestufen, Leistungsansprüchen oder Verträgen mit Leistungserbringern. Aus Sicht des Verbraucherschutzes ist es notwendig, jedem Pflegebedürftigen und seinen Angehörigen nicht nur eine grundlegende Angebots- und Leistungsberatung (§§ 7a bis 7c) zu bieten, sondern Ratsuchenden auch eine unabhängige, kostengünstige und qualitativ hochwertige Pflegerechtsberatung zugänglich zu machen.

Rechtsberatung gehört zu den Kernkompetenzen der Verbraucher- und der Sozialverbände. Beide besitzen nach dem Rechtsdienstleistungsgesetz (RDG) die allgemeine Befugnis, individuelle Rechtsdienstleistungen – also Rechtsberatung und -

besorgung – im Rahmen ihres Aufgaben- und Zuständigkeitsbereichs zu erbringen (§§ 7, 8 RDG). Dabei sind die Voraussetzungen erfüllt, denen zufolge diese Verbände über die zur sachgerechten Erbringung der Rechtsdienstleistungen erforderliche personelle, sachliche und finanzielle Ausstattung verfügen müssen. Auch der Sicherstellungsauftrag des RDG wird erfüllt. Dieser erfordert, dass die Rechtsdienstleistung durch eine Person, der die entgeltliche Erbringung dieser Leistung erlaubt ist, durch eine Person mit Befähigung zum Richteramt oder unter Anleitung einer solchen Person erfolgt.

Die Verbraucherverbände haben zudem nach dem Unterlassungsklagegesetz, dem Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb und weiteren Rechtsvorschriften die Möglichkeit, Unterlassung eines rechtswidrigen Verhaltens zum Nachteil der Verbraucher zu verlangen (Abmahnung) und eine strafbewehrte Unterlassungserklärung einzufordern. Diese Instrumente können zum Einsatz kommen, wenn Anbieter gegen verbraucherschützende Normen – etwa bei Verwendung unzulässiger Allgemeiner Geschäftsbedingungen – oder gegen das Wettbewerbsrecht verstoßen. Unterlassungsansprüche können auch gerichtlich verfolgt werden. Mit diesem Instrument des so genannten kollektivrechtlichen Verbraucherschutzes sollen Fehlentwicklungen am Markt zu Ungunsten der Verbraucher früh verhindert oder eingeschränkt werden.

Für den Aufbau eines flächendeckenden Netzes an unabhängigen Rechtsberatungsstellen besteht Bedarf. Hierfür müssten Länder und Pflegekassen die Träger mit angemessenen Finanzmitteln ausstatten. Es ist nämlich zu hinterfragen, inwieweit die Mitarbeiter der Pflegestützpunkte bzw. die Pflegekassenberater im Rahmen des § 7a für eine fundierte juristische Beratung qualifiziert sind. Vor allem wenn es um komplexe Themen wie etwa die Erfolgschancen bei Widerspruchsverfahren gegenüber versagenden Leistungsbescheiden der Pflege- oder Krankenkassen, der Klärung von Haftungsfragen bei Schlechtleistungen des Dienstleisters oder der Rechtmäßigkeit von Verträgen nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WBVG), ambulanten Pflegedienstverträgen oder anderen zivilrechtlich gestalteten Vereinbarungen zwischen Verbrauchern und Unternehmen geht (z.B. gewerbliche Entlastungsleistungen).

2. MAßNAHMEN ZUR SICHERSTELLUNG DER VERSORGUNG

Das Marktgeschehen im Pflegebereich ist nur bedingt in der Lage, bedürfnisorientierte Angebote zu entwickeln. In den Kommunen zeigen sich bei den ambulanten und stationären Versorgungsanteilen immense Unterschiede. Kommunen sollten daher Instrumente an die Hand bekommen, um den Defiziten des Pflegemarktes in der ambulanten Angebotsentwicklung entgegenzusteuern.
Grundsätzlich sind daher die Intentionen des Gesetzesentwurfs zur Verbreitung und Verbesserung von kommunalen Koordinations- und Planungsinstrumenten zu begrüßen. Insbesondere die Regelungen zur Etablierung von Pflegekonferenzen und Pflegestrukturplanung als Instrumente der Kommunen weisen in die richtige Richtung. Dazu gehört auch die Verpflichtung der Pflegekassen zur Teilnahme an kommunalen Vernetzungsgremien und die Berücksichtigung der Ergebnisse kommunaler Planungsprozesse in den Vertragsverhandlungen mit den Leistungserbringern. Weitere wichtige Stärkungsmaßnahmen für die lokalen Planungs- und Vernetzungsprozesse in den Kommunen sind die gesetzliche Präzisierung kommunaler Kompetenzen sowie die

Verbesserung der Datengrundlage zur regionalen Verteilung von Pflegebedürftigkeit und bürgerschaftlichem Engagement in der Pflege.

Aus Sicht des Verbraucherschutzes und einer bedarfsorientierten Weiterentwicklung ambulanter Versorgungstrukturen sollten im Rahmen des PSG III und der Novellierung von Landespflegesetzen weitergehende Maßnahmen ergriffen werden. So sollten kommunale Pflegestrukturplanung und regionale Pflegekonferenzen als verpflichtende Instrumente zur Optimierung der lokalen Pflegemärkte rechtlich verankert werden, um deren Verbreitung zu fördern. Die Erfahrung mit rein optionalen Festschreibungen, wie im Entwurf geschehen, zeigt, dass hierdurch zumeist nur Kommunen erreicht werden, die ohnehin schon aktiv sind.

Zudem müssen mit solch einer Verpflichtung auch entsprechend finanzielle Anreize beziehungsweise Förderungen zur Wahrnehmung von kommunalen Planungs- und Koordinationsaufgaben bei den dortigen Ämtern der Altenhilfe einhergehen, damit Kommunen die entsprechenden Kapazitäten zur Nutzung dieser Instrumente vorhalten können. Eine Weiterentwicklung kommunaler Pflegeplanungs- und Vernetzungskapazitäten nach Haushaltslage gilt es zu vermeiden. Wichtig dabei ist auch die Festschreibung von partizipativen Elementen der Pflegestrukturplanung (care management).

Dies bedeutet: In die Prozesse sind nicht nur professionelle Akteure auf Kommunalverwaltungs- und Anbieterseite einzuschließen, sondern die Gesamtheit der lokalen Pflegeakteure und hier insbesondere auch die Verbraucher mit ihren Bedürfnissen. Damit lässt sich eine einseitige Zieldefinition vermeiden.

Im Übrigen gilt nach Auffassung des Verbraucherzentrale Bundesverbands:
Die Ausweitung des Versorgungsangebotes zieht eine zusätzliche finanzielle Belastung der Kommunen nach sich, und das nicht nur im Hinblick auf eine entsprechende Personalausstattung.
Bei mehreren der von der Bund-Länder-Arbeitsgruppe vorgeschlagenen Maßnahmen hängt eine tatsächliche Wahrnehmung geschaffener Mitgestaltungsmöglichkeiten von einer Kostenbeteiligung der Kommunen ab. Beispiele dafür sind etwa Maßnahmen im Zusammenhang mit niedrigschwelligen Angeboten oder die Initiierung von Pflegestützpunkten. Wenn die Kommunen die formulierten Aufgaben zur bedarfsgerechten Versorgung der Bürgerinnen und Bürger vor Ort mit sicherstellen sollen, bedarf es einer nachhaltigen zusätzlichen Finanzausstattung. Ansonsten wird eine Durchführung der empfohlenen Maßnahmen von der Haushaltslage abhängig sein. Angesichts der seit Jahren äußerst angespannten Finanzsituation der Kommunen wäre das keine Perspektive, die zuversichtlich stimmen würde.
Die Zweifel an einer nachhaltigen Nutzung der neu geschaffenen Spielräume werden auch nicht dadurch ausgeräumt, dass den Kommunen gestattet wird, ihren Finanzierungsbeitrag statt durch Geldmittel durch das Einbringen von Personal- bzw. Sachmitteln zu leisten. Denn die zusätzlichen Aufgaben wie Koordination, Vernetzung, Moderation, Kontrollaufgaben oder Erschließung von finanziellen Ressourcen sind vielfältig. Ohne die Schaffung von Planstellen und Ausstattung von Arbeitsplätzen in den Ämtern der kommunalen Altenhilfe wird deren Wahrnehmung nicht gelingen.
Auch eine Finanzierung im Wege des Sponsorings vermag nicht zu überzeugen. Daraus resultierende Einnahmen können zwar die finanzielle Ausstattung ergänzen und

verbessern. Als nachhaltige und verlässliche Finanzierungsquelle kann Sponsoring hingegen nicht betrachtet werden.

III. ZU AUSGEWÄHLTEN REGELUNGEN UND REGELUNGSBEREICHEN IM EINZELNEN

1. IM BEREICH DER ALLGEMEINEN VORSCHRIFTEN UND ZU DEN BERATUNGSLEISTUNGEN

Zu Nummer 2 (§ 7b)

Die Sinnhaftigkeit der Vorschrift zur Auskehrung von Beratungsgutscheinen unter den im Gesetz genannten Voraussetzungen hat sich bisher nicht erschlossen. Sie spielen in der Realität der Beratung eine zu vernachlässigende Rolle. Der Verbraucherzentrale Bundesverband hat bereits in seiner Stellungnahme zum PSG I, mit dem diese Regelungen eingeführt wurden, darauf hingewiesen, dass es aus der Sicht des Verbraucherschutzes notwendig erscheint, die Ausstellung von entsprechenden Gutscheinen nicht von der Voraussetzung der mangelnden eigenen Erfüllung des Beratungsanspruchs durch die Kassen abhängig zu machen. Daran ändert auch die im Entwurf zum Tragen kommende Ausweitung der Möglichkeit zur Einlösung eines Gutscheins bei kommunalen oder nach Landesrecht zu bestimmenden Beratungsstellen nichts. Hier wird dem pflegebedürftigen Menschen nach wie vor ein zu enges Wahlrecht zugebilligt, anstatt ihm durch einen Gutschein freizustellen, welche – qualitätsgesicherten - Beratungsleistungen in Anspruch genommen werden sollen. Die „Gleichstellung“ der kommunalen und sonstigen Beratungsstellen mit anderen Beratungsstellen nach § 7b Abs.2 droht insgesamt ins Leere zu laufen.

Zu Nummer 3 (§ 7c)

Dagegen begrüßt der Verbraucherzentrale Bundesverband grundsätzlich das in § 7c Abs.1a beabsichtigte Initiativrecht zur Errichtung weiterer Pflegestützpunkte soweit Landesrecht dies ermöglicht. Dieses Initiativrecht wird zwar ausschließlich dem zuständigen Sozialhilfeträger zugewiesen, könnte aber geeignet sein, die Landschaft der Stützpunkte insgesamt auszuweiten und zu beleben. Diese Entwicklung muss gründlich evaluiert werden. Die Fortentwicklung wird aber auch dann abhängig sein von der inneren Verfasstheit der neuen Stützpunkte und ihrer Bereitschaft, Beratungsleistungen zum weitgehenden Wohl der Beratungssuchenden zu erbringen. Es wird also weiterhin darauf ankommen, ob eine Beratung nach Kassenlage oder eine bedarfsorientierte Beratung zum Zwecke des Empowerment der Beratungssuchenden geleistet wird. Wie auch bei der ursprünglichen Schaffung der Pflegestützpunkte und der „7a-Beratung“

hegt der Verbraucherzentrale Bundesverband nach wie vor Zweifel an deklarierten Unabhängigkeit der Beratungsinstitutionen, die zugleich Leistungsträger sind.

Zu Nummer 10 (§ 37)

Begrüßt wird auch die Öffnung der Durchführung von Beratungseinsätzen nach § 37 Abs.3 durch die Kommunen. Darauf basierende Informationen und Erfahrungen sollten jedoch auch im Sinne einer präventiven Betrachtung von Versorgungserfordernissen herangezogen werden und dazu dienen, eine Grundlage zur Planung und Umsetzung struktureller Erfordernisse im Nahraum der hilfebedürftigen Menschen zu sein. Auch insoweit gelten die zu Nummer 3 geäußerten Bedenken zur Verknüpfung von Kostenträgerschaft und Beratungsleistungen und zwar soweit die vorgenommenen Verortungen explizit „die zuständigen Träger der Sozialhilfe nach SGB XII“ in der Kommune und keine andere Stelle benennen.

Zu Nummer 5 (§ 10)

Die Erstreckung von Berichtspflichten des Bundes und der Länder an das Bundesgesundheitsministerium auf den für Verbraucher immer bedeutsam werdenden Entgeltbestandteil Investitionsumlage kann zu einer höheren Transparenz für Pflegebedürftige führen - jedenfalls soweit es um eine Vergleichbarkeit der Höhe der Umlagen verschiedener Einrichtungen geht. Mehr aber auch nicht.
Die Vorschriften enthalten jedoch keine Regelungen zur Begrenzung des stetig ansteigenden Anteils der Investitionsumlage, die der Verbraucher alleine zu tragen hat, an den Gesamtkosten der Pflege. Hinzu kommt, dass nicht geförderte Einrichtungen keinem Prüfungs- oder gar Genehmigungserfordernis unterliegen und einrichtungsbezogene Landesförderungen in der Bundesrepublik praktisch keine Rolle mehr spielen.

Insgesamt besteht hier nach Auffassung des Verbraucherzentrale Bundesverbands eine Lücke in der gesetzlichen Verankerung der Berechtigung und Berechnung von Investitionsumlagen, die wegen der Zugehörigkeit der Umlage zum Eigenanteil des Pflegebedürftigen dem Zivilrecht, dem privatrechtlichen Vertragsgeschehen zuzuordnen sind. Der Verbraucherzentrale Bundesverband hat wiederholt eine Reform des Rechts der Investitionsumlage gefordert, die u.a. berücksichtigt, dass Investitionen sich amortisieren und sich daher die Umlagen nicht nur stets entgelterhöhend entwickeln dürfen.

2. IM BEREICH DER SICHERSTELLUNG VON VERSORGUNGSSTRUKTUREN (AUSSCHÜSSE AUF LANDESEBENE)

Zu Nummer 4 (§ 8a)

Grundsätzlich begrüßt der Verbraucherzentrale Bundesverband die Erweiterung von Mitwirkungsmöglichkeiten der Betroffenen und ihrer Interessenvertreter auf regionaler Ebene und auf der Landesebene. Soweit die bisherige Vorschrift zur Bildung von Landespflegeausschüssen die Länder ermächtigt hat, „die den Landespflegeausschüssen angehörenden Organisationen unter Berücksichtigung der Interessen aller an der Pflege im Land Beteiligten (zu) berufen“, fehlen entsprechende Regelungen zur Berücksichtigung von Interessenvertretungen der Betroffenen in den neuen Absätzen 2 und 3 der PSG III-Vorschrift. Zwar wird in der Begründung zu § 8a ausgeführt, dass

„durch entsprechende landesrechtliche Regelungen regionale Versorgungsbedarfe berücksichtigt und etwa Vertreterinnen oder Vertreter der Kommunen, von Interessenvertretungen oder Berufsverbänden in das Gremium berufen werden (können)“. Diese Auffassung findet in den Formulierungen der neuen Regelungen aber keinen Rückhalt.

Der Verbraucherzentrale Bundesverband regt insoweit eine Bezugnahme auf den Absatz 1 und dessen eindeutigere textliche Gestaltung im letzten Halbsatz des § 8a Abs.1 an.

Die Einrichtungen von sektorenübergreifenden Landespflegeausschüssen und von regionalen Ausschüssen mit dezidierten Aufgabenstellungen sind unter Berücksichtigung der vorstehenden Hinweise sachlich gerechtfertigt. Sie können zu einer größeren Bürgernähe bei Strukturplanungen und bei Versorgungsangelegenheiten führen. Kritisch ist jedoch die im Gesetzesentwurf enthaltene Optionalität der Einrichtung durch die Länder zu sehen. Ferner wird die Werthaltigkeit der Empfehlungen der Ausschüsse durch die Formulierungen in § 8 Abs.5 und in § 4 Abs.1 SGB XII, wonach die Vertragsparteien die Empfehlungen lediglich einbeziehen *sollen*, gemindert. Es droht die Entstehung von Debattierzirkel ohne tatsächliche Einflussmöglichkeiten.
Ferner wird es darauf ankommen, die Arbeit des sektorenübergreifenden Pflegeausschusses mit dem Wirken der § 90a SGB V-Gremien in Einklang zu bringen.

3. IM BEREICH DES LEISTUNGSGESCHEHENS

Zu Nr. 10a (Änderungsantrag zu § 43 Abs.2)

Unabhängig von der Frage, wodurch die Tatsache begründet sein kann, dass „der Leistungsbetrag…die pflegerischen Aufwendungen und die Aufwendungen für medizinische Behandlungspflege übersteigt“, begegnen der Lösung des Problems durch die Anrechnung des überschießenden Leistungsbetrages auf die Hotelkosten, die von den pflegebedürftigen Menschen alleine zu tragen sind (§ 82 Abs.1), rechtliche Bedenken. Durch die Einführung des einrichtungseigenen Eigenanteils sollte eine größere Gerechtigkeit gewährleistet werden, weil der Eigenanteil nicht mehr von der Schwere der Pflegebedürftigkeit abhängig gemacht wird. Nun sollen bestimmte Kohorten der Pflegebedürftigen durch diese Anrechnungsmöglichkeit besser gestellt werden und gleichzeitig andere Kohorten keine Leistungen auf die Hotelkosten erhalten. Hier wäre eine solidarische Lösung des – sicherlich geringfügigen aber nicht unerheblichen – Phänomens zu wünschen, etwa durch eine Zuweisung an den Ausgleichsfonds, soweit nicht subjektive Rechtsansprüche entgegenstehen.

Zu Nummer 13 (§ 45b)

Der Verbraucherzentrale Bundesverband nimmt mit großer Erleichterung die beabsichtigte gesetzliche Klarstellung in § 45b Abs.2 zur Frage der Fälligkeit der Entstehung des Anspruchs auf den Entlastungsbetrag zur Kenntnis. Tendenzen einer gegenläufigen Behandlung des Anspruchs der Pflegebedürftigen durch Pflegekassen waren ein-

deutig erkennbar und hätten im Zweifel von einem höchst sinnvollen Recht zur Inanspruchnahme solcher Leistungen durch Pflegebedürftige beziehungsweise Pflegende zu einer bürokratischen Tortur für die hilfebedürftigen Menschen geführt.

Nach wie vor fehlt es allerdings flächendeckend an der konkreten Ausgestaltung über die Anerkennung der niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebote einschließlich der Vorgaben zur regelmäßigen Qualitätssicherung der Angebote durch die Länder. Die Ermächtigung in § 45b Abs.4, die bereits durch das PSG 1 eingeführt wurde, ist nicht bundesweit umgesetzt.

Zu diesem Problemkreis hat sich der Verbraucherzentrale Bundesverband bereits im Herbst 2015 geäußert[2] und die Länder zu einer umgehenden Umsetzung der Ermächtigung unter Beachtung von Verbraucherinteressen aufgefordert. Alle Länder müssen endlich ihrer Aufgabe nachkommen und die notwendigen Verordnungen beschließen. Pflegebedürftige benötigen dringend die längst beschlossenen zusätzlichen Leistungen.

Zu Nr. 6 (§ 13 Abs.3) und zu Artikel 2 (Änderung SGB XII)

Der Verbraucherzentrale Bundesverband erachtet die Anpassung der Leistungsvorschriften der Hilfe zur Pflege nach SGB XII an die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs als erforderliche Maßnahme. Auf diese Weise und unter Wahrung der Vorgaben der Einstufung und der Leistungsgewährung nach SGB XI werden die Gesetzeswerke in Einklang miteinander gebracht. Die leistungsrechtlichen Vorgaben in Artikel 2 des Gesetzesentwurfs folgen weitgehend den Bestimmungen des SGB XI. Das gilt auch für vergleichbare Anpassungen im Bundesversorgungsgesetz (Artikel 11). Damit einhergehend waren auch Regelungen zu den Schnittstellen zwischen den Gesetzeswerken, insbesondere zwischen den Leistungen der Pflegeversicherung, der Hilfe zur Pflege nach SGB XI und der Eingliederungshilfe erforderlich. Die Abgrenzungsreglungen zwischen Pflege und Eingliederungshilfe sind aus unserer Sicht nicht hilfreich.

Insoweit bestehen umfängliche Bedenken: Die Abgrenzung von Leistungen der Eingliederungshilfe und den Leistungen zur Pflege danach vorzunehmen, ob sie innerhalb oder außerhalb des häuslichen Umfelds erbracht wird, erscheint nicht sachgerecht. Dieselben Unterstützungsleistungen, die im häuslichen Umfeld Pflegeleistungen wären, wären zum Beispiel beim Besuch des Kindergartens oder im Bereich des Arbeitsplatzes Eingliederungshilfeleistungen. Abgrenzungsprobleme entstünden bei der Frage, wann noch ein Bezug zum häuslichen Umfeld gegeben ist (Einkäufe oder Spaziergänge). Folge dieses Nebeneinanders von Leistungen wäre, dass eine bisher praktizierte einheitliche Leistungserbringung durch einen hierfür qualifizierten Leistungserbringer zukünftig in mehrere Bestandteile zerfiele, für die die Leistungsberechtigten

[2] http://www.vzbv.de/pressemitteilung/verordnungen-zu-pflege-entlastungsleistungen-endlich-umsetzen

dann unterschiedliche Leistungserbringer aus verschiedenen Leistungssystemen heranziehen müssten. Das soll nach der Begründung des Gesetzentwurfs gerade vermieden werden.
Im Einzelfall müssten also einheitliche Lebenssachverhalte aufgegliedert werden, um den individuellen Leistungsbedarf nach Ziel und Zweck entweder der Pflegeversicherung oder der Eingliederungshilfe zuzuordnen. Das erscheint lebensfremd.

Bei der Frage, welche Leistung zu erbringen ist, soll es weiterhin darauf ankommen, ob die Leistungen der Eingliederungshilfe oder der Pflege im Vordergrund stehen. Wann die Aufgaben der Eingliederungshilfe oder mehr die der Pflege im Vordergrund stehen, ist gerade mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs noch deutlich schwerer als bisher zu entscheiden. Das Anliegen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes, die Schaffung einer neuen Teilhabeorientierung in der Pflege, würde aber durch die beabsichtigten Schnittstellenregelungen konterkariert werden.

Es muss grundsätzlich beim bisherigen Nebeneinander („Nicht-Nachrang“) der Leistungssysteme bleiben. Sollten einzelne Leistungen nicht eindeutig zuzuordnen sein, könnte im Gesamtplanverfahren der Eingliederungshilfe entschieden werden, wer sie erbringen muss. Dazu wäre die Pflegekasse am Gesamtplanverfahren verpflichtend zu beteiligen und der Grundsatz der „Leistung aus einer Hand“ könnte besser gewährleistet werden.

Auch neuerlich diskutierte, zu ergänzende Regelungen zur Schnittstelle zwischen der Hilfe zur Pflege und der Eingliederungshilfe anhand von Altersgrenzen, begegnen erheblichen rechtlichen Bedenken, da sie unmittelbar altersdiskriminierend sind. Menschen mit Behinderungen müssen unabhängig vom Erreichen des Renteneintrittsalters uneingeschränkt ihre Ansprüche auf Eingliederungshilfe geltend machen können.

4. ZU DEN MODELLVORHABEN

Zu Nummer 24 (§§ 123 ff.)

Es wird zunächst Bezug genommen werden auf die Ausführungen unter der Überschrift „Rechtsberatung stärken“. Mit der Auflage der Durchführung der Rechtsberatung durch Dritte könnten Aspekte dieses Beratungsbereichs mit in die Modellvorhaben aufgenommen werden, soweit sie nicht als eine Aufgabe der Länder auszugestalten wäre.
Im Übrigen ergeben sich aus dem Gesetzesentwurf keine konkreten Hinweise darauf, warum eine Festlegung auf 60 Modellvorhaben (Kreise) erfolgt angesichts der Tatsache, dass es sich dabei um einen Anteil von etwa einem halben Prozent aller Gemeinden in Deutschland handelt.
Der vzbv ist im Übrigen der Ansicht, dass die Antragsfrist bis Ende Dezember 2021 zu langfristig bemessen ist. Dringend benötigte Erfahrungen, Erkenntnisse und Evaluationsergebnisse zu allen Modellvorhaben lägen dann erst gegen Ende der 20iger Jahre vor – eine bedenkliche Entwicklung angesichts der demografischen Berechnungen, insbesondere zu Entwicklungen im Bereich der Pflegebedürftigkeit.

5. ZUR QUALITÄTSTRANSPARENZ UND DEN WEITERUNGEN BEI DER BETEILIGUNG VON INTERESSENVERTRETUNGEN

Zu Nummern 20, 22 und zu Änderungsanträgen (Nr. 21b) (§§ 113b, 113c und 118)

Die Einräumung eines Antragsrechts der Verbände nach § 118 stellt eine nicht unwesentliche Verbesserung der Position der Interessenverbände dar. Das gilt auch für die Verankerung der Reisekostenerstattung für die durch diese Verbände berufenen Ehrenamtlichen bei der Wahrnehmung der Aufgaben der Beteiligung. Die Verbände der Interessenvertretung werden an der erforderlichen Anpassung der Geschäftsordnung des Qualitätsausschusses teilhaben. Auch die nunmehrige Einbeziehung der Verbände nach § 118 in das Vereinbarungsgeschehen nach § 113 c wird begrüßt. Die wissenschaftliche Sicherstellung eines angemessenen Personalbemessungsverfahrens berührt die Interessen pflegebedürftiger Menschen. Gute Pflege und Betreuung ist abhängig von bedarfsgerechten Personalschlüsseln zur Sicherung einer qualitätsorientierten Leistungserbringung für Verbraucher.

Der Verbraucherzentrale Bundesverband fordert dennoch und nach wie vor die Einräumung einer Position der Verbände als vollwertiges Mitglied des Qualitätsausschusses und die Angleichung der Verhältnisse zur Kostenerstattung an die Regelungen für die Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 140 f SGB V. Er hält es für erforderlich, zur Unterstützung der Tätigkeit der maßgeblichen Verbände der Interessenvertretung eine Stabsstelle bei der Geschäftsstelle des Qualitätsausschusses oder bei dem Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung einzurichten, die den Verbänden bei der (pflege-)wissenschaftlichen Aufbereitung der Angelegenheiten und bei der Koordinierung der Mitwirkungsrechte zur Seite steht.

Der Verbraucherzentrale Bundesverband begrüßt ausdrücklich die Änderungen in § 113 b Abs.4 soweit für die Entwicklung eines Konzepts für eine Qualitätssicherung in neuen Wohnformen eine Befristung herbeigeführt werden soll. Die baldige Einführung einer speziellen Qualitätssicherung zum Beispiel im Markt der so genannten betreuten Wohngemeinschaften erscheint dringend erforderlich, um vielfach beklagten Missständen zukünftig zu begegnen.
Aus der Sicht der Pflegebedürftigen bedauerlich ist dagegen die Tatsache, dass die baldige Entwicklung von „ergänzenden Instrumenten für die Ermittlung und Bewertung von Lebensqualität“ (§ 113b Abs.4 Nr.4) nicht ebenfalls entsprechend behandelt werden soll. Die Verbände nach § 118 haben auch im Rahmen ihrer Mitwirkungsrechte immer wieder darauf hingewiesen, dass der Zufriedenheitsaspekt eine besondere Bedeutung für Pflegebedürftige und Angehörige bei der Ausübung ihres Wahlrechts über den Leistungserbringer besitzt. Über das Vorliegen oder Nichtvorliegen entsprechender Kriterien/ Indikatoren müssen Verbraucher bei der Qualitätsdarstellung informiert werden. Angesichts der strengen Zeitvorgaben zur Entwicklung neuer Qualitätserhebungs- und -darstellungssysteme droht daher die „Lebensqualität“ ins Hintertreffen zu geraten.
In hohem Maße begrüßenswert ist dagegen die beabsichtigte Änderung von § 115 (Nr. 21b) zur Herstellung höherer Transparenz im Pflegesektor. Die noch zu vereinbarenden Nutzungsbedingungen müssen im Hinblick darauf allerdings zielgerichtet sein. Sie müssen geeignet sein, eine verbraucherfreundliche Aufbereitung der Daten

durch digitale Angebote zu ermöglichen. Dazu gehört insbesondere die selbstbestimmte Steuerung der Informationen zum Beispiel durch Filter- und Sortierfunktionen durch die Nutzer.
Entsprechendes gilt für die vorgesehene Ergänzung der gesetzlichen Vorgaben zu den Leistungs- und Preisvergleichslisten nach § 7 Absatz 3 (Änderungsantrag zu Nr. 1a), insbesondere zur Verpflichtung der Kassen, diese Angaben künftig auch Dritten zur Verfügung zu stellen, wenn diese die Angaben zu nicht-gewerblichen Zwecken nutzen wollen. Sie stärkt somit die Wahlmöglichkeiten Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen und verbessert die Transparenz im Wettbewerb.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0204(30)
gel. VB zur öAnhörung am 17.10.2016_PSGIII
12.10.2016

DER PARITÄTISCHE
GESAMTVERBAND

Stellungnahme zum Entwurf der Bundesregierung eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Gesetze (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III)

Grundsätzliche Anmerkungen

Mit dem am 28. Juni 2016 im Kabinett verabschiedeten Gesetzentwurf führt die Bundesregierung ihre Bestrebungen fort, die pflegerische Versorgung der Bevölkerung an die aktuellen und zukünftigen Bedürfnisse anzupassen und zu verbessern. Nach dem Ersten und Zweiten Pflegestärkungsgesetz folgt nunmehr ein Drittes in dem die Stärkung der kommunalen Ebene angestrebt sowie die Implementierung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs in andere Rechtsbereiche vollzogen wird.

Der Paritätische begrüßt das Anliegen, den Handlungsspielraum der kommunalen Akteure zu erweitern und damit eine flächendeckend effektivere pflegerische Versorgung zu ermöglichen. Der Ausbau und die Einbeziehung der Sozialhilfeträger in die Beratungsstrukturen bleibt aber nach Auffassung des Paritätischen noch hinter dem zurück was zur Stärkung der kommunalen Ebene und damit zur Verbesserung der flächendeckenden pflegerischen Versorgung notwendig ist.

Der Paritätische kritisiert insbesondere die im Zuge der Umsetzung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs geplante Vorrangstellung der Leistungen der Pflegeversicherung und Hilfe zur Pflege vor den Leistungen der Eingliederungshilfe. Pflegeleistungen und Leistungen der Eingliederungshilfe sind in ihrer Zielsetzung wesensverschieden und dürfen daher nicht in einem Konkurrenzverhältnis zueinander stehen. Demnach lehnt der Paritätische diese Vorrangstellung ab. Gleichzeitig wird die vorgenommene Abgrenzung dieser Leistungen mittels einer Schwerpunktsetzung als nicht sachgerecht abgelehnt. Denn Menschen mit Behinderung, die zwangsweise auf Pflege angewiesen sind, dürfen die notwendigen Teilhabeleistungen nicht vollständig verwehrt werden, nur weil diese nicht den Schwerpunkt bilden.

Der Paritätische fordert daher

- **den Gleichrang der Leistungen der Pflegeversicherung neben den Leistungen der Eingliederungshilfe sowie**
- **den Vorrang der Leistungen der Eingliederungshilfe vor der Hilfe zur Pflege.**

Bei der Positionierung zum vorliegenden Gesetzentwurf haben sich die in der BAGFW kooperierenden Verbände entschlossen, eine gemeinsame Stellungnahme abzugeben.

Davon ausgenommen bleiben einige Regelungen, welche die Schnittstelle zur Eingliederungshilfe betreffen.

Daher nimmt der Paritätische zu den nachfolgenden Teilbereichen des Gesetzentwurfs:

1. **§ 13 SGB XI** – Verhältnis der Leistungen der Pflegeversicherung zu anderen Sozialleistungen
2. **§ 35a SGB XI** – Teilnahme an einem trägerübergreifenden Persönlichen Budget nach § 17 Abs. 2 bis 4 des Neunten Buches
3. **§ 43a SGB XI** – Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen
4. **§ 62a SGB XII** – Bindungswirkung
5. **§ 63b SGB XII** – Leistungskonkurrenz
6. **§ 63c SGB XII –** Vorschlag des Bundesrates zur Leistungskonkurrenz

im Einzelnen ergänzend wie folgt Stellung:

Zu 1.: § 13 SGB XI – Verhältnis der Leistungen der Pflegeversicherung zu anderen Sozialleistungen

Gesetzesentwurf
In Absatz 3 der Vorschrift wird der grundsätzliche Vorrang der Leistungen der Pflegeversicherung vor den Leistungen der Eingliederungshilfe im häuslichen Umfeld normiert. Ausnahmen hiervon sollen dann möglich sein, wenn die Erfüllung der Aufgaben der Eingliederungshilfe bei der Leistungserbringung im Vordergrund steht. Außerhalb des häuslichen Umfelds sind die Leistungen der Eingliederungshilfe vorrangig.

Bewertung
Die Regelung zum Vorrang der Pflegeleistungen gegenüber den Leistungen der Eingliederungshilfe und eine schwerpunktmäßige Zuordnung der Aufgaben in Pflege oder Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung lehnt der Paritätische aus folgenden Gründen ab:

Eine Vorrangstellung der Pflegeleistungen ist nicht sachgerecht. Sie führt zu einschneidenden Leistungskürzungen für Menschen mit Behinderung und verwehrt ihnen den Zugang zur vollumfänglichen und effektiven Teilhabe. Denn auch wenn der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff teilhabeorientiert ist, ist diese Teilhabeorientierung voraussichtlich nicht mit voller und wirksamer Teilhabe gleichzusetzen. Hinzu kommt, dass der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff eine entsprechend den Bedürfnissen der Menschen mit Behinderung wirksame, volle und gleichberechtigte Teilhabe nicht gewährleistet. Das bereits seit Jahren bestehende Problem der Abgrenzung der Pflegeleistungen von denen der Eingliederungshilfe wird weder im SGB IX_BTHG noch im PSG III vom Bundesgesetzgeber trennscharf geregelt. Die Verantwortung

der Zuordnung der jeweiligen Leistungen (zum Bereich des SGB XI oder der Eingliederungshilfe Neu SGB IX_BTHG und Hilfe zur Pflege SGB XII) wird den Ländern und Kommunen über die Stärkung der Steuerungsverantwortung im Teilhabe- und Gesamtplanverfahren gegeben. Dabei werden die Menschenrechtsperspektive und die UN-Behindertenrechtskonvention ausgeklammert.

Darüber hinaus sollen Leistungen der Eingliederungshilfe den Leistungen der Pflege nur dann vorgehen, wenn die Eingliederungshilfe im Vordergrund der Leistungserbringung steht. Die Beweislast hierfür trägt die leistungsberechtigte Person. Diese Umkehr kann nicht hingenommen werden, da bei Menschen mit einer lebenslangen Behinderung in aller Regel die Teilhabe im Vordergrund der Leistungserbringung steht. Welchen Schwerpunkt eine Leistung hat, kann und darf nicht formal festgelegt werden, da jeder Mensch mit Behinderung ein Recht auf Teilhabe hat. Die Zuordnung ergibt sich aus der persönlichen Zielstellung des Menschen mit Behinderung, erst danach kann die Festlegung der Art der Leistung erfolgen. Die Praxis zeigt, dass die Kommunen und Länder als Träger der Eingliederungshilfe grundsätzlich davon ausgehen, dass bei behinderten Menschen mit Pflegebedarf das Ziel der pflegerischen Versorgung überwiegt, da die Leistungen der Pflege und der teilhabeorientierte Pflegebegriff sehr weit ausgelegt werden. Dies wird durch die gleichzeitige Einengung der Aufgaben der Eingliederungshilfe noch verstärkt. Die persönlichen Zielstellungen bleiben dabei unberücksichtigt. Besonders Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf haben das Risiko, der Pflege zugeordnet und damit als nichtteilhabe- und nichtförderfähig eingestuft zu werden. Damit sind sie von kultureller und gesellschaftlicher Teilhabe ausgeschlossen, die nicht Aufgabe und Zielstellung der teilhabeorientierten Pflege ist.

Auch die derzeitige Struktur der Pflegeleistungen ermöglicht keine vollumfängliche Abdeckung der bestehenden Bedürfnisse von Menschen mit Behinderung.

Die Leistungen der Pflegeversicherung kennen diesbezüglich keine spezifischen Teilhabeleistungen. Bisher erfolgt professionelle Pflege überwiegend mit einem Verrichtungs- und Anleitungsbezug – dies wird sich erst langfristig mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ändern. Sie ist mit dem Vermittlungs-, Erfahrungs-, Motivations- und Trainingsbezug der Eingliederungshilfe, der mehr Zeit und andere pädagogische Qualifikation benötigt, kaum vergleichbar. Die Erbringung der Pflegeleistungen ist häufig an konkrete und kleinteilige Verrichtungen und gerade im ambulanten Bereich überwiegend an Leistungskomplexe geknüpft. Eine segmentierte und additive Leistungserbringung der pflegerischen und pädagogischen Unterstützung geht an der Lebensrealität von Menschen mit Behinderung vorbei. Pädagogisch gestützte Arbeit braucht mehr Zeit als in der Pflege und Personal mit anderen Qualifikationen. Pflegeleistungen müssen als integraler Bestandteil von Teilhabeleistungen und im Rahmen der Standards der Eingliederungshilfe erbracht werden. Die Grundlagen der Leistungserbringung Pflege können diesem Ansatz bisher nicht gerecht werden. Völlig außer Acht gelassen wird, dass die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in den Verträgen und in der Leistungserbringung durch Pflegeeinrichtungen ein über mehrere Jahre andauernder Prozess sein wird.

Die beabsichtigten Neuregelungen stellen keine Lösung dar, weil es gerade für Menschen mit Schwerst- oder Schwerstmehrfachbehinderung, bei denen der Unterstüt-

zungsbedarf hoch ist, aber die pflegerische Versorgung nur einen Teilaspekt darstellt, keine hinreichende Versorgung mit Teilhabeleistungen der Pflegeversicherung gibt und die Träger der Eingliederungshilfe auf den Vorrang verwiesen werden.

Daher wird auch der Vorschlag des Bundesrates abgelehnt, der den Vorrang der Leistungen der Pflegeversicherung gegenüber denen der Eingliederungshilfe vorsieht.

Der Paritätische lehnt den Vorrang der Pflege ab und fordert den Erhalt des Gleichrangs der Leistungen der Pflegeversicherung mit denen der Eingliederungshilfe.

Zu 2.: § 35a SGB XI – Teilnahme an einem trägerübergreifenden Persönlichen Budget nach § 17 Abs. 2 bis 4 des Neunten Buches

Gesetzesentwurf
Bedauerlicherweise sind auch in diesem Gesetzentwurf keine Änderungen hinsichtlich der Inanspruchnahme der SGB XI-Leistungen als Teil eines trägerübergreifenden Persönlichen Budgets vorgesehen.

Bewertung
Die bisherigen Formulierungen konterkarieren die Bestrebungen der Bundesregierung, das Persönliche Budget als eine akzeptierte Leistungsform für Menschen mit Behinderung zu entwickeln. Pflegeleistungen gem. SGB XI sollten zumindest für Menschen mit Behinderung, die auch Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten, als Geldleistung in das Persönliche Budget integriert werden können. Dies ist eine langjährige Forderung des Paritätischen.

Lösungsvorschlag
Die bestehende Gutscheinregelung beim Persönlichen Budget ist für Menschen mit Behinderung abzuschaffen.

Zu 3: § 43a SGB XI – Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen

Gesetzesentwurf
Der Wortlaut des § 43a SGB XI wird an die Neustrukturierung der ambulanten, teilstationären und vollstationären Leistungen angepasst. Außerdem wird der zu berücksichtigende Anteil der Vergütung angepasst.

Bewertung
Nach § 43a übernimmt die Pflegekasse für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 in einer nunmehr stationären Einrichtung der Behindertenhilfe, in der die Teilhabe am Arbeitsleben, an Bildung oder die soziale Teilhabe, die schulische Ausbildung oder die Erziehung behinderter Menschen im Vordergrund des Einrichtungszweckes stehen, zur Abgeltung der pflegebedingten Aufwendungen, der Aufwendungen der sozialen Betreuung und der medizinischen Behandlungspflege nur 15 Prozent des nach § 75 Abs. 3 SGB XII vereinbarten Vergütung. Aus Sicht des Paritätischen stellt dies

eine außerordentliche Ungleichbehandlung von pflegebedürftigen Menschen mit Behinderung in den oben aufgeführten Einrichtungen dar. Dies führt zu Aufnahmen von jungen Menschen mit Behinderung in Altenpflegeheimen und ist so für den Verband nicht tragbar. Menschen mit Behinderung haben einen Anspruch auf gleichberechtigten Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung.

Daher unterstützt der Paritätische die Forderung des Bundesrats (zum Bundesteilhabegesetz, BR-Drucks. 428/16(B), S. 8 ff., 29 ff.), dass Menschen mit Behinderung den vollen Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung erhalten.

Des Weiteren wird die Position des Bundesrats begrüßt, dass die Abgeltung der Pflegeleistungen mittels begrenzter Pauschalen in Einrichtungen (§ 43 a SGB XI PSG III) nicht auf weitere ambulante Wohnformen ausgeweitet werden darf, da dies zu Leistungslücken führen wird und mehr Menschen mit Behinderungen als bisher vom vollen Zugang zu Pflegeleistungen ausschließt. Darüber hinaus würde dies die Bemühungen, konterkarieren, ambulante Wohnformen voranzubringen.

Abgelehnt wird jedoch - im Gegensatz zum Bundesrat, dass in den Wohnangeboten die Qualitätsstandards der Pflegeversicherung gelten sollen. Bisher wurden die Leistungen der Pflegeversicherung als integraler Bestandteil der Eingliederungshilfe entsprechend den Vereinbarungen zwischen den Trägern der Eingliederungshilfe und den Angebotsträgern erbracht. Aus Sicht des Paritätischen sind Leistungen der Pflegeversicherung und der Eingliederungshilfe, wie bisher, als Komplexleistung zu gewähren und vertraglich mit den Trägern der Eingliederungshilfe im Sinne einer Förderung und Teilhabe entsprechend den bisherigen Standards in der Eingliederungshilfe zu vereinbaren. Der volle Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung rechtfertigt die künstliche Atomisierung der Leistungen (Pflege/Eingliederungshilfe) nicht. Eine solche Leistungserbringung ist realitätsfern und kann der Zielstellung Teilhabe und Förderung sowie dem Bedarf an ganzheitlicher Unterstützungsleistung nicht gerecht werden.

Lösungsvorschlag
Die Sonderregelung des § 43a SGB XI ist ersatzlos zu streichen. Solange jedoch der § 43a SGB XI gilt, ***muss der volle*** Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung im Wohnen gesichert werden und die Möglichkeit der komplexen Leistungserbringung, bei der die Ziele der Eingliederungshilfe – im Sinne der gesellschaftliche Teilhabe - die Umsetzung dieser komplexen Maßnahme bestimmen, gewährleistet sein.

Zu 4.: § 62a SGB XII – Bindungswirkung

Gesetzesentwurf
Die Regelung stellt klar, dass sich die Bindungswirkung der Sozialhilfeträger an die Entscheidung der Pflegekassen auf die Feststellung des Pflegegrades erstreckt.

Bewertung
Angesichts der geplanten Vorrangstellung der Hilfe zur Pflege vor den Leistungen der Eingliederungshilfe ist der § 62a SGB XII nicht vollständig.

Bereits heute wird vermehrt die Prüfung der Pflegebedürftigkeit von Menschen mit Behinderung der Pflegekasse als abschließend und zur Deckung des teilhabebezogenen Bedarfs als ausreichend angesehen. Eine weitergehende Prüfung des Bedarfs wird oft abgelehnt. Bleibt es bei dem Vorrang der Pflegeleistungen vor den Leistungen der Eingliederungshilfe im häuslichen Umfeld besteht für Menschen mit Behinderung steigt die Gefahr, dass Eingliederungshilfeleistungen – hier konkret die Assistenzleistungen- gar nicht mehr geprüft und bewilligt werden bzw. eine vom MdK unabhängige Prüfung des Eingliederungshilfebedarfs nicht mehr stattfindet. Damit ist zu befürchten, dass eine teilhabebezogene Bedarfsdeckung nur noch nach Maßgabe der Feststellungen im Rahmen der Prüfung der Pflegebedürftigkeit stattfindet. Eine gesonderte Überprüfung des Bedarfs an Leistungen der Eingliederungshilfe fände nicht mehr statt. Dies entspricht nicht den im Einzelfall bestehenden Bedarfen der Menschen mit Behinderung und widerspricht insbesondere den im Sozialhilferecht geltenden Grundprinzip aus § 9 Abs. 1 SGB XII. Danach sind bei der Leistungsgewährung stets die Besonderheiten des Einzelfalls, vor allem im Hinblick auf die Art des konkreten Bedarfs, zu berücksichtigen.

Der § 62a ist daher unvollständig und muss wie folgt ergänzt werden:

Lösungsvorschlag
Der Paritätische fordert, die Regelung wie folgt zu ergänzen:

Abs.2
Soweit es um die Feststellung von Bedarfen geht, zu deren Finanzierung die Leistungen der Pflegekasse nicht ausreichen, trifft der Träger der Sozialhilfe eigene Feststellungen.

Abs.3
Er trifft auch dann eigene Feststellungen, soweit es um Bedarfe für Leistungen der Eingliederungshilfe geht.

Zu 5.: § 63b SGB XII – Leistungskonkurrenz

Gesetzesentwurf
§ 63 b regelt, dass im häuslichen Umfeld die Leistungen der Hilfe zur Pflege gegenüber den Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach diesem Buch, dem Bundesversorgungsgesetz und dem Achten Buch vorgehen, es sei denn, bei der Leistungserbringung steht die Erfüllung der Aufgaben der Eingliederungshilfe im Vordergrund vor.

Bewertung
Der Paritätische lehnt den Vorrang der Hilfe zur Pflege gegenüber den Leistungen der Eingliederungshilfe und eine schwerpunktmäßige Zuordnung der Aufgaben in Pflege oder Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung ab.

Unklar ist bereits der Begriff der Häuslichkeit, da dieser nicht legaldefiniert ist. Eine klare Abgrenzung wird daher nicht möglich sein und es wird vermehrt zu Unsicher-

heiten kommen. Des Weiteren sind Leistungen der Hilfe zur Pflege und der Eingliederungshilfe in ihrer Zielrichtung wesensverschieden und können daher nicht im Konkurrenzverhältnis zueinander stehen.

Auch sind die Regelungen der Hilfe zur Pflege für Menschen mit Behinderung einschneidend und führen zu nicht hinnehmbaren Zuständen. Die Abhängigkeit von der Hilfe zur Pflege ist für Menschen ohne Behinderung in der Regel ein Risiko im Alter. Für die meisten Menschen mit Behinderung ist es als Folge ihrer Behinderung allerdings ein lebenslanger Zustand. Alle Verschlechterungen in diesem Bereich treffen sie dauerhaft und unmittelbar. So ist etwa zu befürchten, dass der Vorrang von Pflegegeld nach § 64 Abs. 1 SGB XII_PSG III dazu führt, dass sich ein Mensch mit Behinderung ein Leben lang von seinen Eltern pflegen lassen muss. Das wäre mit Ansprüchen aus der UN-Behindertenrechtskonvention auf selbstbestimmte Teilhabe und Nachteilsausgleich unvereinbar. Viele Menschen mit Behinderung sind gerade aufgrund ihrer Behinderung auf Pflege und Sozialhilfe und damit auf Hilfe zur Pflege angewiesen.

Zu 6.: § 63c SGB XII – Vorschlag des Bundesrates zur Leistungskonkurrenz

Gesetzesvorschlag

Der Bundesrat spricht sich dafür aus, dass für Personen, die bereits vor Erreichen der Regelaltersgrenze nach § 35 Satz 2 in Verbindung mit § 235 Absatz 2 SGB VI ein Anspruch auf Eingliederungshilfe haben, diese weiterhin gegenüber der Hilfe zur Pflege vorrangig sind. Dies soll jedoch nicht für Menschen mit Behinderung gelten, die in vollstationären Pflegeeinrichtungen leben.

Bewertung

Die vorgeschlagene Regelaltersgrenze könnte eine Lösung für die Schnittstelle Eingliederungs- und Hilfe zur Pflege darstellen. Allerdings muss sichergestellt sein, dass für Personen nach dem Erreichen der Regelaltersgrenze der Zugang zu den Leistungen der Eingliederungshilfe gewährt bleibt. Die Leistungen der Hilfe zur Pflege/Pflegeversicherung werden auch künftig bestimmte Leistungen der Eingliederungshilfe (z. B. das Erlernen der Brailleschrift für blinde und sehbehinderte Menschen oder Mobilitätshilfen i. S. v. § 83 SGB IX-BTHG für körperbehinderte Menschen) nicht decken.

Mit diesem Vorschlag, hält der Bundesrat an Pflegeeinrichtungen für Menschen mit Behinderung unabhängig vom Alter fest und kürzt die heute in solchen Einrichtungen gewährten Eingliederungshilfeleistungen. Mit diesem Beschluss werden Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf von der Förderung und Teilhabe ausgeschlossen. Dies stellt, wie bereits ausgeführt, keine Lösung für Menschen mit einer Schwerst- oder Schwerstmehrfachbehinderung dar, bei denen der Unterstützungsbedarf nicht nur hoch sondern auch komplex ist. Diese Regelung stellt nicht nur eine Fortführung sondern auch eine Ausweitung der Sonderregelung (§ 103_Abs. 1_SGB IX_BTHG) dar. Damit wird eine gemeinsame Entscheidungsfindung der Pflegekassen sowie der Träger und der Leistungserbringer der Eingliederungshilfe zur Festlegung eines „anderen Ortes" der Leistungserbringung weiterhin ermöglicht, wenn die Pflege nicht sichergestellt werden kann. Dies führt zu einer Selektion zwischen för-

der/teilhabefähigen und nicht förder-/nicht teilhabefähigen Personen. Das lehnt der Paritätische strikt ab. Mit der Trennung der Fachmaßnahme von den existenzsichernden Leistungen war vor allem die Hoffnung verbunden, dass Menschen mit Behinderung und hohem Unterstützungsbedarf künftig nicht mehr mit dem Begehren der Träger der Eingliederungshilfe konfrontiert werden, Leistungen in Pflegeinrichtungen in Anspruch zu nehmen.

Der Paritätische fordert daher keine Ausweitung sondern die Abschaffung der Regelung, dass Träger der Sozialhilfe und zuständigen Pflegekassen mit dem Einrichtungsträger in gemeinsamer Absprache den Aufenthaltsort der leistungsberechtigten Person bestimmen (siehe auch zu § 91 Nachrang der Eingliederungshilfe).

Berlin, den 12. Oktober 2016
Katharina Owczarek, Thorsten Mittag
Gesundheit, Teilhabe und Dienstleistungen

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0204(32)
gel. VB zur öAnhörung am 17.10.
2016_PSGIII
12.10.2016

Vereinte Dienstleistungs-gewerkschaft

Stellungnahme

der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di

zur

Öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages am Montag, 17. Oktober 2016

Gesetzentwurf der Bundesregierung
Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III)
BT-Drucksache 18/9518

Änderungsanträge der Fraktionen CDU/CSU und SPD
zum Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III)
BT-Drucksache 18/9518

Antrag der Fraktion DIE LINKE
„Pflege teilhabeorientiert und wohnortnah gestalten"
BT-Drucksache 18/8725

Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
„Pflege teilhabeorientiert und wohnortnah gestalten"
BT-Drucksache 18/8725

Berlin 17. Oktober 2016
Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di
Bundesvorstand – Bereich Gesundheitspolitik
Paula-Thiede-Ufer 10, 10179 Berlin

Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III)
BT-Drucksache 18/9518

Vorbemerkung

Eine solidarische Gesellschaft zeichnet sich dadurch aus, dass sie im besonderen Maße auch kranke und hilfebedürftige Menschen schützt, unterstützt und ihnen eine hohe Achtung ihrer Würde entgegenbringt. Deshalb muss Pflege für alle Menschen, die auf sie angewiesen sind, in guter Qualität angeboten werden, erreichbar sein und bezahlbar bleiben.

Mit dem vorliegenden Referentenentwurf für ein Drittes Pflegestärkungsgesetz (PSG III) soll den Kommunen in Bezug auf Koordination, Kooperation und Steuerung in der Pflege zukünftig eine wichtige Bedeutung zukommen. Die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft - ver.di begrüßt den Gesetzentwurf nicht zuletzt deshalb ausdrücklich, weil auch sie der Überzeugung ist, dass der Pflege im Quartier in Zukunft eine noch größere Bedeutung zukommt. Denn gemeinsames Ziel muss es sein, pflegebedürftigen Menschen zu ermöglichen, so lange wie möglich in der vertrauten häuslichen und familiären Umgebung zu verbleiben und ihnen ein selbstbestimmtes Leben zu gewährleisten. Dies entspricht dem erklärten Wunsch der überwiegenden Anzahl der Pflegebedürftigen. Gleichwohl gilt es, die stationäre Versorgung als Wohn- und Lebensort alter und hilfebedürftiger Menschen ebenso zu stärken und zu entwickeln.

Umfragen belegen, dass die Hälfte der Befragten im Pflegefall einen Wohnkomplex mit professioneller Pflege in Anspruch nehmen würde. Auch der Wunsch nach dem Verbleib im eigenen Zuhause – betreut durch einen ambulanten Pflegedienst - oder das Leben in einem Mehrgenerationenhaus bzw. in einer Senioren-WG wird mit hohen Umfragewerten belegt. Die Betreuung durch Familienangehörige in den eigenen vier Wänden schneidet hingegen vergleichsweise schlecht ab. Um eine hohe Qualität über alle Betreuungsformen hinweg gewährleisten zu können, ist es wichtig, dass neue Pflegekonzepte sowie wirksame Qualitätsmanagementinstrumente zur Anwendung kommen. Daher ist es ein herausragendes Anliegen, dass bereits in der Häuslichkeit den individuellen Bedarfen entsprechend niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote bis hin zu umfänglichen Pflegeleistungen in Anspruch genommen werden können und dass das dazu notwendige, gut qualifizierte Pflegepersonal vor Ort zur Verfügung steht.

Zudem ist eine bessere Kenntnis und Kontrollmöglichkeit über die in ihrem Bereich tätigen Pflege- und Betreuungsdienste notwendig, insbesondere im Hinblick auf die Leistungserbringer von ambulanten Pflege- und Betreuungsleistungen. Hier besteht bundesweiter Handlungsbedarf, denn während die Qualität der Versorgung und Betreuung von Menschen in Pflegeheimen gleich durch mehrere staatliche Behörden kontrolliert wird, ist oft viel zu wenig darüber bekannt, wie pflegebedürftige Menschen Zuhause versorgt werden. Durch den aktuell öffentlich gewordenen Abrechnungsbetrug ist nochmals deutlich geworden, dass im System der häuslichen Pflege systematisch organisierte, kriminelle Strukturen bestehen können.

Umso wichtiger ist ein enges Zusammenwirken von Bund, Ländern, Kommunen, Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen, um die Versorgung der Pflegebedürftigen, aber auch die Unterstützung ihrer Angehörigen angemessen zu gewährleisten. ver.di begrüßt den Reformschritt auch deshalb ausdrücklich, weil in Verbindung mit vorausgehenden Reformen jetzt eine vernetzte Beratungsstruktur auf kommunaler Ebene etabliert werden soll, die eine höhere Leistungstransparenz und einen besseren Leistungszugang ermöglicht. In diesem Sinne weist der Gesetzentwurf in die richtige Richtung.

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf sollen zudem die leistungsrechtlichen Regelungen des PSG II (Einführung neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff zum 1.1.2017) in das Sozialhilferecht nach dem Sozialgesetzbuch XII (SGB XII) überführt werden. Damit sind rechtliche Anpassungen auch für den Bereich der Eingliederungshilfe und die Hilfen zur Pflege verbunden.

Dass es im SGB XII keinen doppelten Stufensprung bei der Überleitung von Pflegestufen zu Pflegegraden geben soll, kritisiert ver.di scharf. Das SGB XII muss auch für Nichtversicherte eine bedarfsdeckende Pflege sicherstellen. ver.di fordert eine leistungsrechtlich vollumfängliche Übernahme des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ins SGB XII.

Anforderungen

ver.di mahnt an, dass die zu begrüßenden Ziele des Gesetzentwurfs die strukturellen Probleme der Unterfinanzierung der Pflegeversicherungsleistungen sowie die mangelnde Einhaltung von Qualitätsstandards durch personelle Unterdeckung in der Pflege nicht lösen werden. Denn auch mit dieser Pflegereform ist eine zukünftige Vollabsicherung des Pflegerisikos durch die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung nicht beabsichtigt. Die Höhe der Versicherungsleistungen nach dem SGB XI bleibt auch weiterhin auf gesetzlich festgesetzte Höchstbeträge begrenzt (Teilleistungssystem). Aufgrund der fehlenden bzw. unzureichenden Leistungsdynamisierung der vergangenen Jahre werden mittlerweile nur noch ca. 40% der ambulanten und stationären Pflegeleistungen über die soziale Pflegeversicherung finanziert. Dies hat zur Folge, dass ein großer Teil der pflegebedingten Kosten von den pflegebedürftigen Menschen selbst, häufig auch von den Angehörigen und immer öfter wieder durch die Sozialhilfe im Rahmen der Hilfe zur Pflege zu tragen sind.

Bei der Teilabsicherung darf es aufgrund von Versorgungs- und Qualitätsdefiziten und sozialer Ungerechtigkeit nicht bleiben. Es ist hinlänglich bekannt, dass wir in den nächsten Jahren vor einer bisher nie dagewesenen Herausforderung stehen. Unsere Gesellschaft wird immer älter, damit steigt der Pflegebedarf. Deshalb ist es folgerichtig, dass die Kommunen dazu befähigt werden, eine gute und unterstützende Infrastruktur aufzubauen. Die Verbesserung der kommunalen Beratungsstruktur ist notwendig, denn so kann sichergestellt werden, dass die zur Verfügung stehenden Leistungen auch nach den individuellen Bedarfen und Wünschen Pflegebedürftiger ausgewählt und nachgefragt werden können. Viele Leistungen sind den Versicherten offenbar nicht bekannt und werden entsprechend auch nicht in Anspruch genommen. Vor diesem Hintergrund ist eine bessere Beratung ein richtiger und wichtiger Schritt in Richtung Leistungstransparenz.

Jedoch greift es zu kurz, wenn gute Beratungsleistungen in defizitäre Versorgungsstrukturen leiten. Bei einer Ausweitung der Leistungen und einer Zunahme der leistungsberechtigten Personen muss bundesweit sichergestellt werden, dass diese Leistungen auch qualitätsgesichert erbracht werden können. Derzeit stehen beispielsweise nur für rund drei Prozent der etwa 1,8 Millionen ambulant versorgten Pflegebedürftigen Tagespflegeplätze zur Verfügung (CAREkonkret 9.9.2016). Für die Versorgung vor Ort ist somit auch entscheidend, welche Arbeitsressourcen zur Verfügung stehen und ob ggf. Arbeitsmarktreserven zusätzlich aktiviert werden können. Denn mit Zu- bzw. Abnahme informeller und familiärer Unterstützung verändert sich das über den Markt zu organisierende Arbeitsvolumen (Backes 2008).

Um eine qualitativ gute und menschenwürdige Pflege dauerhaft sicherzustellen, sind weitere Reformmaßnahmen notwendig, die die Qualität und Struktur der Leistungen für Pflegebedürftige weiterentwickeln, die eine Verbesserung der Arbeits- und Einkommensbedingungen für be-

ruflich Pflegende ermöglichen und die einen guten Rahmen für die in der häuslichen Pflege engagierten Angehörigen darstellen.

Die bereits erwähnten Betrugsfälle in der ambulanten Pflege lassen erkennen, dass Missbrauch möglich ist. So wurden offensichtlich erforderliche Leistungen nicht erbracht, mehr Leistungen abgerechnet als erforderlich waren und Fachkräfte bezahlt, obwohl ungelernte Hilfskräfte die Leistungen erbracht haben. Unter den heutigen Bedingungen im Teilleistungssystem ist es für den Versicherten schwer nachvollziehbar, warum beispielsweise das morgendliche Waschen über die Pflegekasse als Teilleistung, seine Wundversorgung hingegen als häusliche Krankenpflege über die Krankenkasse als Vollleistung abgerechnet wird. Hinzu kommt, dass im ersten Fall durch die Kasse kontrolliert werden kann, im zweiten der Gesetzgeber den Kassen bei der häuslichen Krankenpflege (§37 SGB V) kein unangemeldetes Prüfrecht einräumt. Das Nebeneinander beider strukturell unterschiedlichen Versicherungen wirkt sich somit in der täglichen Praxis massiv aus. ver.di begrüßt und unterstützt, dass mit dem vorgelegten Gesetzentwurf gesetzliche Maßnahmen getroffen werden sollen, um dem Missbrauch zulasten Pflegebedürftiger zu begegnen.

ver.di ist der Überzeugung, dass im Rahmen des Sachleistungsprinzips, analog zur gesetzlichen Krankenversicherung, die Soziale Pflegeversicherung die Versorgung pflegebedürftiger Menschen qualitativ besser, verlässlicher und sozial gerechter sicherstellen kann.

Nicht zuletzt braucht es in den stationären Einrichtungen zwingend eine bundeseinheitliche bedarfsorientierte Personalbemessung, damit endlich klar nachvollziehbar und vorgegeben ist, wie viel Pflegekräfte notwendig sind, um Bewohnerinnen und Bewohner entsprechend ihrer individuellen Bedarfe zu versorgen.

Finanzierung

Die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft sieht ein grundlegendes Problem darin, dass die Pflegeversicherung keine Vollkosten- sondern nur eine Teilkostenversicherung ist. Hohe Eigenanteile der Pflegekosten verbleiben auch bei allen Leistungsverbesserungen bei den Pflegebedürftigen, ihren Angehörigen oder sind vom Sozialhilfeträger zu finanzieren.

ver.di will auf der Einnahmeseite der Pflegeversicherung eine Bürgerversicherung mit einem geregelten Nebeneinander von gesetzlicher und privater Versicherung auf der Basis gleicher gesetzlicher Vorschriften und Versicherungsbedingungen. Auf der Ausgabenseite wird die von ver.di vorgeschlagene und finanzierbare Pflegevollversicherung gebraucht. Sie bietet gute und praktikable Ansätze zur Finanzierung aller erforderlichen Leistungen auf Basis des bereits in der Krankenversicherung bewährten Sachleistungsprinzips. Diese Wege werden mit dem vorliegenden Gesetzentwurf noch nicht eingeschlagen. Sie werden jedoch dieser Reform folgen müssen, wenn die im PSG I, PSG II und PSG III genannten Leistungen umgesetzt werden.

Bereits heute kann sich eine wachsende Zahl von Menschen eine gute Pflege im häuslichen Umfeld nicht mehr leisten und in den stationären Pflegeeinrichtungen steigt die Zahl der Empfängerinnen von „Hilfe zur Pflege“ wieder stark an, mit unmittelbaren Folgen für die Finanzhaushalte der Kommunen. Für Pflegebedürftige werden bei Bedürftigkeit Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII durch die Kommunen übernommen. Die Bruttoausgaben der Kommunen beliefen sich im Jahr 2002 noch auf 2,9 Mrd. Euro, im Jahr 2014 sind diese Kosten auf mehr als 4 Mrd. Euro gestiegen. Aufgrund der Altersstruktur der Bevölkerung müssen die Kommunen mit steigenden Fallzahlen und damit steigenden Kosten rechnen. Die positive Einnahmeentwicklung der Kommunen im Jahr 2015 basierte auf der guten konjunkturellen Entwicklung. Dies reicht jedoch nicht aus um notwendigen die Leistungen der Integration zu finanzieren, die Defizite in der Inf-

rastruktur zu beheben oder die Verschuldung abzubauen. Die Finanzlage bleibt in zahlreichen Städten und Gemeinden weiterhin kritisch, die Unterschiede zwischen finanzschwachen und finanzstarken Kommunen werden immer gravierender.

Heute sind häufig ländlich geprägt, strukturschwach und abseits von wirtschaftsstarken Zentren gelegen Regionen besonders von Abwanderung betroffen. U.a. sind ein attraktives und vielfältiges Ausbildungs- und Arbeitsplatzangebot, bessere Verdienstmöglichkeiten Gründe für den Wegzug. Als Vollversicherung könnte die Soziale Pflegeversicherung maßgeblich zu der Entwicklung einer regionalen Beschäftigungspolitik, die an den Dienstleistungsbedarfen älterer Menschen in Privathaushalten und in stationären Einrichtungen ansetzt, beitragen. Ein bedarfsgerechtes Leistungsangebot ließe sich zudem besser am Sozialraum der Menschen orientieren und nicht zuletzt könnten deutlich mehr legale und sozialversicherungspflichtige Arbeitsverhältnisse entstehen. Mit Zunahme an pflegebedürftigen Menschen ist mit einer deutlich steigenden gesellschaftlichen Nachfrage nach Pflege- und Unterstützungsleistungen in Altenhaushalten zu rechnen. Die Leistungen sozialer Dienste werden die Leistungsfähigkeit anderer Wirtschaftsbranchen positiv beeinflussen.

Insbesondere die Kommunen, die heute strukturschwach sind und einen hohen Anteil älterer Menschen in der Bevölkerung verzeichnen, werden profitieren. Die Pflegevollversicherung wird es den Kommunen zudem ermöglichen, Gelder, die sie heute für die Sozialhilfe in der Pflege aufwenden müssen, stattdessen in den Aufbau breiterer Unterstützungsangebote zu investieren. Das würde zu einer Aufwertung der Branche insgesamt beitragen.

Haushalte mit geringen Einkommen und niedrigen Renten tragen heute die Hauptlast der unterfinanzierte Pflegeteilkostenversicherung. Die Pflegevollversicherung wird die wachsenden Eigenanteile der Pflegekosten reduzieren, Einkommensverluste von pflegenden Angehörigen abfangen und langfristige Altersarmut vermeiden. Auch pflegebedürftige Menschen mit höherem Einkommen werden entlastet. Unterhaltsverpflichtungen der Familie fallen weg. So schafft die Pflegevollversicherung die finanzielle Grundlage für eine umfassende, qualitätsgerechte und menschenwürdige Pflege. Zudem trägt sie maßgeblich zur Herstellung gleicher Lebensbedingen für pflegebedürftige Menschen bei, unabhängig vom Wohnort.

Ziele und Lösungen

Die Bundesregierung hat für die Verbesserung der Versorgung pflegebedürftiger Menschen in der 18. Legislaturperiode drei Pflegestärkungsgesetze auf die politische Agenda gesetzt. Mit dem Ersten Pflegestärkungsgesetz wurde bereits das Leistungsspektrum der gesetzlichen Pflegeversicherung zur Verbesserung der Versorgung pflegebedürftiger Menschen und zur besseren Unterstützung pflegender Angehöriger in Deutschland angepasst und teilweise ausgeweitet. Darüber hinaus wurde ein sogenannter Pflegevorsorgefonds eingerichtet.

Mit dem ebenfalls schon beschlossenen Zweiten Pflegestärkungsgesetz wird zum 1. Januar 2017 ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt, der einen gleichen Zugang zu Leistungen gewährleisten soll, unabhängig davon, ob die Pflegebedürftigkeit kognitiv, psychisch oder körperlich bedingt ist.

Mit dem Dritten Pflegestärkungsgesetz soll nun die kommunale Ebene gestärkt werden. Denn in den vergangenen Jahren habe sich herauskristallisiert, dass es Verbesserungspotenzial bei der Pflege vor Ort insbesondere in Bezug auf Koordination, Kooperation und Steuerung gibt, so die Argumentation. Laut Bundesregierung stehen Kommunen im Bereich der Pflege bisher nur begrenzte Gestaltungsmöglichkeiten zur Verfügung. Vor diesem Hintergrund wurde im Koalitionsvertrag die Einsetzung einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen

in der Pflege beschlossen. Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe hatte den Auftrag, gemeinsam Empfehlungen zu erarbeiten.

Folgende Fragen waren zu bearbeiten:

- wie kann die kommunale Steuerungs- und Planungskompetenz für die regionale Pflegestruktur gestärkt werden,
- wie können die Kommunen stärker in die Strukturen der Pflege verantwortlich eingebunden werden und
- wie können Sozialräume so entwickelt werden, dass pflegebedürftige Menschen so lange wie möglich in ihrem gewohnten Umfeld verbleiben können.

Ein Ziel der Bundesregierung ist es, so lange wie möglich den Verbleib in der vertrauten häuslichen und familiären Umgebung zu unterstützen und ein selbstbestimmtes Leben zu gewährleisten. Nur im engen Zusammenwirken von Bund, Ländern, Kommunen, Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen könne die Versorgung pflegebedürftiger Menschen und die Unterstützung ihrer Angehörigen angemessen erfolgen, so der Gesetzgeber.

Der Bundesgesetzgeber bezieht sich im vorliegenden Gesetzentwurf auf die rechtliche Situation, dass aufgrund der weitgehenden Begriffsidentität zwischen dem Recht der Pflegeversicherung nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) und dem Recht der Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) sowie dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) sowohl die Sozialhilfe als auch die soziale Entschädigung nach dem BVG unmittelbar von der Entscheidung über einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein neues Begutachtungsinstrument betroffen seien. Dies umfasse sowohl die gesetzlichen Regelungen zu den Voraussetzungen von Pflegebedürftigkeit und dem neuen Begutachtungsverfahren NBA als auch das Leistungsrecht. Darüber hinaus enthalte der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff Teilhabe-Elemente, die eine Abgrenzung der Leistungen der Hilfe zur Pflege zu den Leistungen der Eingliederungshilfe erfordern. Außerdem bestehe Anpassungsbedarf im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) sowie in weiteren Gesetzen und Verordnungen.

So sollen u.a. zukünftig die Länder die Möglichkeit erhalten, regionale Pflegeausschüsse und sektorenübergreifende Landespflegeausschüsse einzurichten, in denen die Landesverbände der Pflegekassen mitarbeiten. Die Pflegeausschüsse könnten dann Empfehlungen zur Weiterentwicklung der pflegerischen Infrastruktur abgeben (Pflegestrukturplanungsempfehlungen). Die Empfehlungen würden dann von den Pflegekassen bei Vertragsverhandlungen einbezogen. Somit könnte gewährleistet werden, dass Kommunen besser am Auf- und Ausbau niedrigschwelliger Angebote beteiligt werden.

Zudem sollen Kommunen stärker in die Strukturen der Pflege verantwortlich eingebunden werden. Insbesondere sollen zur Erprobung neuer Beratungsstrukturen die Voraussetzungen dafür geschaffen werden, damit unterschiedliche Modelle zur Verbesserung von Koordinierung und Kooperation bei der Beratung von Bürgerinnen und Bürgern bezüglich der Pflegebedürftigkeit und anderer Fragen im Umfeld von Pflegebedürftigkeit entwickelt und getestet werden können.

Desweiteren sollen die Kommunen im Rahmen der landesrechtlichen Regelungen ein Initiativrecht zur Einrichtung von Pflegestützpunkten erhalten. Schließlich sollen verpflichtend Rahmenvereinbarungen auf Landesebene zur Arbeit und zur Finanzierung von Pflegestützpunkten bei der Beratung von pflegebedürftigen Menschen eingeführt werden.

Zur Wahrung der Identität der Pflegebedürftigkeitsbegriffe von SGB XI, SGB XII und dem Bundesversorgungsgesetz soll entsprechend dem SGB XI der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff auch für die Hilfe zur Pflege eingeführt werden. Die Hilfe zur Pflege soll in ihrer Funktion als

ergänzende Leistung erhalten bleiben. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff soll gleichzeitig mit den Vorschriften im SGB XI sowohl in die Hilfe zur Pflege nach dem Siebten Kapitel des SGB XII als auch in die Hilfe zur Pflege nach dem Bundesversorgungsgesetz zum 1. Januar 2017 eingeführt werden. Darüber hinaus bestehe Anpassungsbedarf im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) sowie in weiteren Gesetzen und Verordnungen, so die Bundesregierung.

Im Zusammenhang mit aktuellen Hinweisen und Erkenntnissen über Betrugspraktiken durch einzelne ambulante Pflegedienste, sollen gesetzliche Rahmenbedingungen weiterentwickelt und ergänzt werden, um Abrechungsbetrug zu weit wie möglich zukünftig zu verhindern.

Der Altenpflegeberuf muss attraktiver werden

Schon heute in bessere Arbeitsbedingungen zu investierten, zeigt sich vor dem Hintergrund der bundesweiten Zunahme an Pflegebedürftigen und dem damit verbundenen hohen zusätzlichen Pflegekräftebedarf bis 2030 von rund 325.000 Vollkräften in der Altenpflege, darunter etwa 140.000 Pflegefachkräfte , als dringend geboten. Der Fachkräftemangel in der Pflegebranche verstärkt sich in den kommenden Jahren akut, sofern nicht heute schon gegengesteuert wird. Bereits Ende 2016 fehlen voraussichtlich knapp 19.000 examinierte Altenpflegefachkräfte, heißt es seitens der Bundesagentur für Arbeit (BA).

Weder in dem bereits verabschiedeten Pflegestärkungsgesetz I und II noch im jetzt vorgelegten Entwurf für ein Pflegestärkungsgesetz III sind verlässliche Regelungen enthalten, die die aktuelle Personalsituation verbessern. ver.di hat dies im Rahmen der Gesetzgebungsprozesse immer wieder kritisiert. Zwar ist es begrüßenswert, dass gem. § 113c (neu) der Auftrag an die Wissenschaft zur Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben bis 2020 erfolgen soll. Dass, anders als im Koalitionsvertrag vorgesehen, Personalvorgaben weder im PSG II noch im Entwurf zum PSG III enthalten sind, wird von ver.di scharf kritisiert. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff wird mit Einführung zum 1. Januar 2017 nur dann zu Verbesserungen für die Pflegebedürftigen führen, wenn die neuen Leistungen nicht nur finanziert, sondern in der Praxis auch vorgehalten werden.

ver.di ist der Überzeugung, dass gute Pflege nur mit der Unterstützung von qualifiziertem Personal möglich ist, unabhängig davon, ob sie ambulant oder stationär erbracht wird. Deshalb sind die Arbeitsbedingungen der beruflich Pflegenden von entscheidender Bedeutung für eine hohe Qualität der Pflege. Arbeit in der ambulanten Altenhilfe stellt sich heute allerdings primär als Arbeit jenseits des Normalarbeitsverhältnisses dar. Laut Pflegestatistik 2013 arbeiten lediglich 26,8 Prozent des Personals in ambulanten Pflegediensten in Vollzeitbeschäftigung. Insbesondere reduzierte Vollzeittätigkeiten (über 50 Prozent der regulären Arbeitszeit) wie auch Teilzeittätigkeiten mit weniger als 50 Prozent der regulären Arbeitszeit prägen die Beschäftigungsverhältnisse. In den stationären Pflegeeinrichtungen sieht das Bild nicht viel anders aus, hier arbeiten 29,7 Prozent des Personals bundesweit in Vollzeit. Zudem lassen sich hohe Befristungsquoten und Befristungen bei Neueinstellungen feststellen. Außerdem kommt es zu regionalen und qualifikationsbedingter Schlechterstellung innerhalb der Pflegearbeit.

Mit dem Pflegestärkungsgesetz III hat der Bundesgesetzgeber die Möglichkeit, die im Koalitionsvertrag vereinbarten personellen Mindeststandards bundeseinheitlich und verpflichtend einzuführen.

Ausbildungsbedingungen verbessern

Personalmangel und Arbeitsverdichtung haben bereits negative Auswirkungen auf die Ausbildung und die Attraktivität der Pflegeberufe, wie der von ver.di publizierte „Ausbildungsreport Pflegeberufe 2015“ dokumentiert. Rund 42 Prozent der Befragten in der Altenpflege leiden unter kurzfristigen und ungeplanten Versetzungen zur Kompensation von Personalmangel. Als völlig ungenügend wird zudem der Umfang der Praxisanleitung empfunden, die eine maßgebliche Rolle spielt und nach der Ausbildung zur eigenständigen Pflegearbeit befähigen soll. 60 Prozent der Auszubildenden beklagen, dass ihre Praxisanleiterinnen nicht genug Zeit erhalten; mehr als vier Fünftel der Auszubildenden sind der Meinung, dass mehr Praxisanleiterinnen nötig sind. Als belastend empfindet der Großteil der Auszubildenden (knapp 64 Prozent) zudem das Arbeiten unter Zeitdruck sowie fehlende Pausen (37 Prozent), auch wenn diese gesetzlich vorgeschrieben sind. Das heißt: Auszubildende starten zwar mit hohem Engagement und großen Erwartungen, in der Ausbildung jedoch erfolgt die harte Landung. Bei hohem Zeitdruck und extremer Arbeitsverdichtung bleibt eine gute Ausbildung auf der Strecke. Um diese Situation zu ändern ist es neben verbindlichen Qualitätsstandards ist entscheidend, die betriebliche Mitbestimmung zu erhalten und auszubauen. Angesichts des Fachkräftemangels ist zu vermuten, dass eine unbefristete Übernahme in Vollzeit kein Problem darstellt. ver.di sieht es als unverzichtbar an, die Attraktivität des Berufs für eine große Breite von Schulabgänger/-innen in der öffentlichen Wahrnehmung zu erhöhen. Dies muss allerdings mit belastbaren Verbesserungen bei der Arbeit und der Ausbildung einhergehen. Hinsichtlich der anstehenden Ausbildungsreform in den Pflegeberufen muss der breite Zugang zur Berufsausbildung auch in Zukunft ermöglicht werden. Ebenso muss in zunehmendem Maße Pflegehelferinnen und -helfer sowie Betreuungskräften die Gelegenheit gegeben werden, an einer Fachausbildung teilzunehmen.

Einkommenssicherung durch Tarifbindung.

Nicht zuletzt muss gute Pflege auch gut bezahlt werden. ver.di macht sich dafür stark, dass in Vollzeit beschäftigte Pflegefachkräfte monatlich mindestens 3.000 Euro brutto verdienen. Examinierte Altenpflegerinnen liegen mit durchschnittlich 2.441 Euro deutlich darunter. In Sachsen-Anhalt verdienen qualifizierte Altenpflegerinnen lediglich 1.743 Euro brutto. Zum Vergleich: Im Durchschnitt aller Branchen verdiente im Jahr 2013 ein Vollzeitarbeitnehmer 3.462 Euro brutto im Monat. Auch im Bundesdurchschnitt erhalten Fachkräfte in der Altenpflege rund 21 Prozent weniger als in der Krankenpflege. Mit Tarifvertrag wird etwa ein Viertel mehr verdient als ohne. Viele Arbeitgeber nutzen die Empathie der Beschäftigten und ihr Engagement schamlos aus. Das ist angesichts der hohen Belastung und Verantwortung nicht hinnehmbar.

Die Tätigkeit in der Pflege darf nicht in die Altersarmut führen. Bei einem monatlichen Bruttoeinkommen von 2.800€ erwirkt sich nach 30 Jahren Berufstätigkeit ein Rentenanspruch von ca. 840€ monatlich. Somit ist die weit überwiegende Anzahl der in der Altenpflege beruflich Tätigen der Gefahr der Altersarmut ausgeliefert. Bislang fehlt es noch immer am Willen der Arbeitgeber auf Grundlage von Tarifverträgen zu vergüten. Insbesondere im Bereich der privaten Trägerschaft sind Tarifverträge die Ausnahme. Bislang gibt es trotz anderslautender Ankündigung keinen mit ausreichender Tarifvollmacht ausgestatteten Arbeitgeberverband. Noch immer müssen Tarifverträge in einzelnen Einrichtungen und in langen Tarifauseinandersetzungen durchgesetzt werden. Das ist unwürdig, schadet dem Image der Branche und des Berufes und entspricht nicht den Gepflogenheiten eines Sozialstaats. Es muss aufhören, mit Sozialversicherungsbeiträgen prekäre Arbeit zu finanzieren. ver.di erwartet, dass politische Rahmenbedingungen geschaffen werden, die tariftreue Einrichtungen belohnen. Der Vorrang für Einrichtungen gem. § 11, Abs. 2 SGB XI, die ohne Tarifvertrag sind, muss ausgeschlossen werden.

Investition in Ausbildung jetzt – den unrentablen Pflegevorsorgefonds auflösen

ver.di zweifelt nach wie vor an jeglicher Nützlichkeit des Pflegevorsorgefonds für künftige Generationen und erinnert an ihren Vorschlag, die 1,2 Mrd. Euro bzw. 1,31 Mrd. Euro (ab 2018) jährlich, die in den sogenannten Pflegeversorgungsfonds fließen, bereits heute in die Altenpflegeausbildung zu investieren. Dies kommt direkt auch einer besseren Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zugute. Investitionen zur Beseitigung des Fachkräftemangels lohnen sich zeitnah und nicht erst vielleicht ab dem Jahr 2035, indem begonnen werden soll, den Kapitalstock zu verwenden. Zudem fließen aus dem sozialversicherungspflichtigen Arbeitseinkommen mehr als 19 Prozent allein auf Arbeitnehmerseite zurück in die Sozialversicherung. Diese Wertentwicklung gibt es bei dem Pflegevorsorgefonds nicht. Auf dem Kapitalmarkt lassen sich gegenwärtig keine attraktiven Renditen zu erzielen. Mittlerweile haben auch die Sozialversicherungen mit Negativzinsen zu kämpfen, womit große Zweifel an der Nachhaltigkeit einer kollektiven Vermögensbildung unter staatlicher Kontrolle bestehen. Die Bundesregierung hat im Rahmen des Gesetzgebungsprozesses zum PSG III die Möglichkeit, den Pflegevorsorgefonds umgehend wieder aufzulösen und die dringend benötigten finanziellen Mittel für die Versorgung bereitzustellen.

Zu den Regelungen im Einzelnen

Beratung (§7a, § 7b, §37 Absatz 3 SGB XI)

ver.di begrüßt die Initiative des Gesetzgebers, zukünftig Kommunen die Möglichkeit zu eröffnen, eine vernetzte, ganzheitlich ausgerichtete Beratung für Hilfebedürftige und ihre Angehörigen zu etablieren. Gerade vor dem Hintergrund der künftig weiter steigenden Zahl Pflegebedürftiger ist es nur folgerichtig, die Pflegeberatung durch gut qualifizierte Pflegefachkräfte auf die örtliche Ebene zu holen und die Zusammenarbeit mit den Pflegekassen zu fördern. Bei entsprechender Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle sollte grundsätzlich das Recht, wo und vom wem die Beratung erfolgt, in der Hand der Ratsuchenden liegen, dabei sollte die Unabhängigkeit der Beratung gewährleistet sein.

Über das leistungsrechtliche Spektrum der Sozialversicherungen hinaus ist es sinnvoll, zukünftig bspw. auch örtliche Hilfs- und Betreuungsangebote in die Beratung einzubeziehen, womit das Zusammenwirken verschiedener Akteure Berücksichtigung finden kann. Dieses Ineinandergreifen auch von ärztlicher, ambulanter und stationärer Versorgung kann dazu beitragen, dass Prävention und Rehabilitation gestärkt wird, um die Menschen länger gesund zu erhalten, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden bzw. möglichst lange hinauszuzögern. Pflegebedürftige Menschen profitieren, indem sie darin unterstützt werden, passgenaue Leistungen und Hilfen auswählen zu können.

Bereits heute ist absehbar, dass einige Kreise und kreisfreie Städte bis zum Jahr 2030 mit einer Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen von bis zu 100 % rechnen müssen. Andere Kommunen hingegen sehen Steigerungsraten von weniger als 20 % entgegen. Gerade die Probleme der pflegerischen Versorgung in strukturschwachen Gegenden verdeutlicht die Notwendigkeit, den Kommunen mehr Initiativrechte und Handlungsspielräume zu eröffnen und ihnen die Fähigkeit und den Mut zuzusprechen, die notwendige kommunale Infrastruktur zu entwickeln und zur Verfügung zu stellen.

Initiativrecht zur Gründung von Pflegestützpunkten (§7c SGB XI)

Zukünftig sollen die Träger der Sozialhilfe ein Initiativrecht zur Gründung von Pflegestützpunkten erhalten, sofern der zuständige Landesgesetzgeber dafür die gesetzliche Rechtslage schafft. Dadurch sollen die vorhandenen kommunalen Beratungsstrukturen besser genutzt werden. ver.di kritisiert, dass in den Bundesländern zum Teil nur sehr zögerlich und in sehr unterschiedlichem Ausmaß Pflegestützpunkte eingerichtet wurden. Soziale Infrastruktur muss für alle verfügbar, erreichbar und zugänglich sein, dies muss rechtlich möglich und finanzierbar sein. Qualitativ gute Angebote brauchen bundesweit einheitliche personelle und finanzielle Standards. Die Planungshoheit und die Finanzkraft der Kommunen muss gestärkt werden, um die künftigen Aufgaben der sozialen Daseinsvorsorge wahrnehmen zu können. Denn wohnortnahe Beratungsangebote haben eine Schlüsselfunktion für die Schaffung tragfähiger und den Wünschen Betroffener entsprechender Pflegearrangements. Vor diesem Hintergrund begrüßt ver.di das vorgesehene Initiativrecht für Kommunen zur Einrichtung von Pflegestützpunkten. ver.di kritisiert jedoch, dass das Initiativrecht auf fünf Jahre bis zum 31. Dezember 2021 begrenzt werden soll, eine längere Perspektive wäre wünschenswert. Des Weiteren ist nicht ersichtlich, warum mit der Errichtung von Pflegestützpunkten durch kommunale Stellen eine Verpflichtung zur finanziellen Beteiligung durch die Soziale Pflegeversicherung einhergeht. ver.di fordert, dass diese Kosten durch Steuermittel finanziert werden.

Positiv ist, dass Einrichtungen in der Kommune, wie z.B. Seniorenbüros, Mehrgenerationenhäuser, lokale Allianzen für Demenz, Freiwilligenagenturen usw., durch das geplante Gesetz eine Beteiligung an einem Pflegestützpunkt ermöglicht werden soll. Insbesondere in strukturschwachen Gegenden eröffnet sich dadurch die Möglichkeit, gemeinsam mit den Pflegekassen ein dichtes Netz an Beratungsmöglichkeiten zur Verfügung zu stellen. Damit soll es künftig möglich sein, mit einem von der Pflegekasse ausgestellten Beratungsgutschein Leistungen auch in kommunalen Beratungseinrichtungen in Anspruch zu nehmen. Pflegebedürftige Menschen sollen grundsätzlich frei wählen können, ob sie die Pflegeberatung bei ihrer Pflegekasse oder mittels Beratungsgutscheinen bei Dritten in Anspruch nehmen wollen. ver.di fordert eine regelmäßige Überprüfung der kommunalen Beratungsstrukturen, damit ggf. nachgesteuert werden kann.

Einrichtung sektorenübergreifender Landespflegeausschüsse §8a (neu) SGB XI

Die Länder sollen sektorenübergreifende Landespflegeausschüsse einrichten können. Sofern sie dies tun, sind die Landesverbände der Kranken- und Pflegekassen und die Ersatzkassen neben der Kassenärztlichen Vereinigung und der Landeskrankenhausgesellschaft zur Mitarbeit verpflichtet. Damit soll das Pflegeversicherungsrecht dem Krankenversicherungsrecht (90a SGB V) gleichgestellt werden. Somit könnte ein Austausch zu übergreifenden Fragen der pflegerischen Versorgung gewährleistet werden, obwohl die Beschlüsse keinen Verbindlichkeitscharakter besitzen sollen.

ver.di begrüßt das Vorhaben, weil damit der Weg hin zu gemeinsam abgestimmten Empfehlungen zur Sicherstellung der pflegerischen Infrastruktur und Pflegestrukturplanung möglich wäre. Somit könnten Versorgungs-, Rahmen- und Vergütungsverträge eine entsprechende Berücksichtigung finden.

Aus ver.di-Sicht ist es allerdings unverständlich, dass ver.di als Interessensvertretung der in der Pflege Beschäftigten und der Pflegebedürftigen insgesamt nur als Berufsverband in das Gremium berufen werden kann. Aufgrund der Bedeutung und des wesentlich größeren Aufgabenspektrums gegenüber den Berufsverbänden ist die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft besonders zu benennen.

Berichtspflichten des Bundes und der Länder § 10 SGB XI

Nach § 9 SGB XI sind die Länder verantwortlich für die Vorhaltung einer zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur. So sollen sie zur finanziellen Förderung der Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen unter anderem die Einsparungen einsetzen, die den Trägern der Sozialhilfe durch die Pflegeversicherung entstehen. Da es bisher jedoch keine Übersicht darüber gibt, ob und in welchem Umfang dies erfolgt oder wofür die Einsparungen tatsächlich verwendet werden, begrüßt ver.di die Verpflichtung der Länder, die Bundesregierung in regelmäßigen Abständen über Art und Umfang der finanziellen Förderung der Pflegeeinrichtungen zu informieren.

Ausbau Schutz vor unlauteren Anbietern auf dem Pflegemarkt (§75 Abs. 2, § 79 Abs. 4 neu und § 114 (neu)

ver.di begrüßt und unterstützt das Vorhaben, den Betrug in der Pflege durch gesetzliche Rahmenbedingungen zukünftig soweit wie möglich einzudämmen. Hier besteht bundesweiter Handlungsbedarf, denn während die Qualität der Versorgung und Betreuung von Menschen in Pflegeheimen gleich durch mehrere staatliche Behörden kontrolliert wird, ist oft viel zu wenig darüber bekannt, wie pflegebedürftige Menschen Zuhause versorgt werden. Durch den im Frühjahr 2016 bekannt gewordenen Abrechnungsbetrug ist deutlich geworden, dass im System der häuslichen Pflege systematisch organisierte, kriminelle Strukturen bestehen können. Diese Gesetzeslücken gilt es zu schließen.

Die mit dem Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen beinhalten ein systematisches Prüfrecht. So sollen auch ambulante Pflegedienste, die ausschließlich häusliche Krankenpflegeleistungen (HKP-Leistungen) nach dem Sozialgesetzbuch V (SGB V) erbringen, regelmäßig von den Qualitäts- und Abrechungsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) erfasst werden. Zukünftig sollen auch HKP-Leistungen ohne gleichzeitigen Bezug von Pflegesachleistungen in die Überprüfung einbezogen werden. ver.di begrüßt dies nicht zuletzt deshalb, weil so pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen in ihrem Vertrauen gegenüber seriös arbeitenden Pflegediensten unterstützt werden.

Befristete Modellvorhaben §§ 123 SGB XI (neu) und 124

ver.di unterstützt das Vorhaben, dass die für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe Modellvorhaben zur Beratung für ihren Zuständigkeitsbereich bei der zuständigen obersten Landesbehörde beantragen können. Ziel der Modellvorhaben soll es sein, die Beratung zu verbessern, indem sie verzahnt werden sollen mit Beratungsangeboten zu Leistungen der Altenhilfe nach SGB XII, der Hilfe zur Pflege, der Eingliederungshilfe, zu Leistungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, zur rechtlichen Betreuung, zu behindertengerechten Wohnangeboten, zum öffentlichen Nahverkehr und zur Förderung des bürgerlichen Engagements.

Modellvorhaben sollen insbesondere die Pflegeberatung nach den §§ 7a bis 7c, der Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 und von Pflegekursen nach § 45 sicherstellen. Somit sollen Beratungsaufgaben der Pflegeversicherung mit kommunalen Beratungsaufgaben, wie bspw. der Altenhilfe, der Eingliederungshilfe oder der Wohnberatung, zusammengeführt werden. Damit soll sichergestellt werden, dass trägerübergreifend umfassende Informationen zur Verfügung stehen und in die Beratungspraxis einfließen können.

ver.di weist mit Nachdruck daraufhin, dass zukünftig damit keinesfalls der Leistungsanspruch der Versicherten gegenüber der Pflegekasse verloren gehen darf.

Vor dem Hintergrund, dass sich die Empfängerinnen und Empfänger von Hilfe zur Pflege zu einem hohen Prozentsatz aus Nichtversicherten zusammensetzen, sind die entstehenden Beratungskosten durch Steuern zu finanzieren. Insgesamt muss sichergestellt werden, dass durch die Modellvorhaben keine Zusatzkosten zulasten der Versicherten der gesetzlichen Pflegeteilleistungsversicherung entstehen. Kassenmittel dürfen nicht für originäre Aufgaben der Kommunen zweckentfremdet eingesetzt werden.

Um eine qualitativ hochwertige Beratungsleistung auch sicherstellen zu können, fordert ver.di analog zu der Regelung im § 7a Absatz 3, dass die Anzahl von Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen so zu bemessen ist, dass Hilfesuchende zeitnah und umfassend Beratungsleitungen in Anspruch nehmen können. Ebenso gilt es zu regeln, dass entsprechend qualifiziertes Personal eingesetzt wird. Zur erforderlichen Anzahl und Qualifikation von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern sind die Empfehlungen des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen zugrunde zu legen. ver.di setzt sich für gute Arbeitsbedingungen ein. Für die Entlohnung der qualifizierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der kommunalen Beratungseinrichtungen ist der Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst (TVöD) anzuwenden.

Hilfen zur Pflege §§ 61ff. SGB XII

Mit dem Gesetzentwurf ist eine einheitliche Verwendung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs auch für die Hilfen zur Pflege nach dem SGB XII beabsichtigt. So sollen alle Leistungen, die im häuslichen Umfeld (Leistungen stationärer Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben oder am Leben in der Gemeinschaft) erbracht werden, von der Pflegeversicherung zu tragen sein. Leistungen, die außerhalb des häuslichen Umfelds erbracht werden, sollen über die Eingliederungshilfe finanziert werden. Wobei Teilhabeleistungen im häuslichen Umfeld dann gewährt werden sollen, wenn die Erfüllung der Aufgaben der Eingliederungshilfe im Vordergrund steht.

In diesem Zusammenhang ist eine möglichst klare Abgrenzung der Leistungen der Pflegeversicherung von denen der Eingliederungshilfe vorzusehen. Denn es darf nicht dazu kommen, dass die Eingliederungshilfeträger zunächst prinzipiell alle Teilhabeleistungen (bedarfsdeckendes System) in die Pflegeteilungsversicherung verschieben. Vor dem Hintergrund, dass der Sozialhilfeträger zugleich Träger der Eingliederungshilfe und der Hilfen zur Pflege ist, könnte grundsätzlich diese Gefahr bestehen. Finanzielle Erwägungen des Trägers dürfen keinesfalls gegenüber fachlichen Erwägungen hinsichtlich einer passgenauen Leistungsgewährung überwiegen.

Häusliche Pflegehilfe §64 SGB XII (neu)

ver.di begrüßt und unterstützt, dass der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff zukünftig im SGB XII auch pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung beinhalten soll. Denn somit wird der Teilhabeanspruch auch jener Menschen, die nicht sozialversichert sind, zugesprochen.

Den vorgesehenen Vorranggrundsatz, dass die häusliche Pflege vorrangig durch Pflegegeld sichergestellt werden soll, mit deren Hilfe so dann wiederum die häusliche Pflege durch dem Pflegebedürftigen nahestehende Personen oder als Nachbarschaftshilfe erfolgen soll, steht ver.di kritisch gegenüber.

Durch diese Regelungen werden die im SGB XI bestehenden Wahlrechte zwischen Sachleistungen und Geldleistungen für die Bezieherinnen und Beziehern von Hilfe zur Pflege nicht übertragen. Dies wiederspricht dem Gleichheitsgrundsatz.

Denn aufgrund der Zunahme der Frauenerwerbsquote, steigender Kinderlosigkeit, des Anstiegs des Rentenalters, der Zunahme von Single-Haushalten und vermehrt großer räumlicher Trennung von Familienmitgliedern wird verstärkt professionelle Hilfe in Anspruch genommen. Zudem würde die Wahlfreiheit der Pflegebedürftigen in Bezug auf die Leistungserbringung beschränkt.

Überleitung in Pflegegrade zum 1. Januar 2017 (§137 SGB XII)

Im Rahmen der Hilfe zur Pflege – im Unterschied zum SGB XI – wurden bisher keine zusätzlichen Leistungen bei einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz erbracht. Vor diesem Hintergrund sieht der Gesetzgeber keine Notwendigkeit für eine Übergangsregelung entsprechend § 140 Absatz 2 Satz 3 Nummer 2 SGB XI in der ab 1.1.2017 geltenden Fassung.

Somit sollen für Menschen, die heute Hilfen zur Pflege beziehen, der sog. „doppelten Sprung" in der Überleitung von Pflegestufen in Pflegegrade, wie dies das SGB XI vorsieht, entfallen.

ver.di schließt sich der Auffassung nicht an, dass eine Überleitungsregelung nicht notwendig ist. Vielmehr muss sichergestellt werden, dass Pflegebedürftige, die bisher Leistungen aus der Hilfe zur Pflege erhalten haben, ohne Neubegutachtung den Pflegebedürftigen im SGB XI gleichgestellt werden.

Zum gesamten Gesetzentwurf verweisen wir zudem auf die von allen Mitgliedsgewerkschaften getragene Stellungnahme des Deutschen Gewerkschaftsbundes (DGB).

Änderungsanträge der Fraktionen CDU/CSU und SPD
zum Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III)
BT-Drucksache 18/9518

Leistungen Vollstationäre Pflege § 43 Absatz 2
Änderungsantrag 6: Klarstellung zur Verwendung der vollstationären Leistungsbeträge

Die Neuregelung soll künftige Rechtssicherheit darüber geben, dass der Leistungsbetrag für vollstationäre Dauerpflege zukünftig für Unterkunft und Verpflegung verwandt werden darf, soweit er die pflegerischen Aufwendungen und die Aufwendungen für medizinische Behandlungspflege übersteigt.

ver.di befürchtet, dass mit dieser Regelung Negativanreize geschaffen werden, die zu einem Unterbietungswettbewerb der stationären Einrichtungen führen können. Dieser Unterbietungswettbewerb würde zulasten der Beschäftigten und somit der pflegebedürftigen Menschen gehen. Denn die wesentliche Stellschraube um Kosten zu sparen ist das Personal.

Für eine hochwertige pflegerische Versorgung brauchen wir ausreichend gut ausgebildete Pflegekräfte. Die Beschäftigten brauchen Arbeitsbedingungen, die nicht krank machen und Einkommen, die der anspruchsvollen und für große Teile der Bevölkerung unverzichtbaren Tätigkeit gerecht werden. Der Abbau von Arbeitsüberlastung und das Ermöglichen der erforderlichen Versorgungsqualität machen eine ausreichende, in jedem Falle verbesserte Personalbemessung zwingend nötig.

ver.di ist der festen Überzeugung, dass nur mit ausreichend Fachpersonal der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff mit Leben gefüllt werden und seine volle Wirkung entfalten kann. Nur wo gute Arbeitsbedingungen vorherrschen, kann qualitativ gut gepflegt und betreut werden. Kriterien für gute Arbeitsbedingungen sind für ver.di beispielsweise: Zufriedenheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, wobei die Fluktuationsquote aussagekräftig ist.

Nicht zuletzt vor diesem Hintergrund ist mehr Transparenz über die Pflegesatzverhandlungen notwendig. Insbesondere über die Höhe und Ausgestaltung der Pflegesätze, der Investitionskostenzuschüsse und über das tatsächlich ausverhandelte und refinanzierte Personal. Vor allem Betriebs- und Personalräten muss ein Informationsrecht gesetzlich zugesprochen werden, damit sie ihrer Mitbestimmungsaufgabe besser gerecht werden können.

Zu Artikel 1 (SGB XI) Nummer 20 (§ 113c)
Änderungsantrag 16: Begriffliche Klarstellung zum Pflegebedürftigkeitsbegriff; Klarstellung zu den Beteiligungsrechten nach § 113c

Es ist unverständlich, dass ver.di als Fachgewerkschaft keine Beteiligungsrecht zugesprochen werden. ver.di fordert diese zwingend ein. Der § 113c Absatz 2 Satz 1 muss entsprechend ergänzt werden.

Antrag der Fraktion DIE LINKE
„Pflege teilhabeorientiert und wohnortnah gestalten“
BT-Drucksache 18/8725

Mit dem Antrag soll der Deutsche Bundestag die Bundesregierung auffordern, Maßnahmen zu ergreifen, um gleichwertige Lebensbedingungen in der Pflege für jeden Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf und gute Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten in allen Regionen zu schaffen. Ziel ist es, jeder und jedem zu jeder Zeit eine bedarfsdeckende Versorgung in hoher Qualität unabhängig vom Lebensort oder von der sozialen Situation zu sichern.

Die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft erhebt ebenfalls die Forderung nach notwendigen gesetzlichen Maßnahmen, die die rechtliche Grundlage dafür bieten, dass Menschen mit Pflegebedarfen die für sie notwendigen individuellen Pflegeleistungen erhalten. Die Kosten sind vollumfänglich durch die Pflegeversicherung abzudecken. ver.di will erreichen, dass sich niemand mehr Sorgen machen muss, ob im Pflegefall eigene Ersparnisse ausreichen, der Gang zum Sozialamt erforderlich ist oder sogar die nachfolgende Generation zur Finanzierung der erheblichen Eigenanteile herangezogen wird.

Mit der von ver.di herausgegebenen Expertise „Vollversicherung in der Pflege - Quantifizierung von Handlungsoptionen“(Lüngen, Osnabrück 2012), konnte wissenschaftlich belegt werden, dass aus Gründen der Qualität, der Sicherheit und der Gewinnung von Pflegefachkräften die vollständige Finanzierung der Pflegeleistungen erforderlich ist und im Rahmen unseres Solidarsystems abgesichert werden kann.

In Kombination mit einer Bürgerversicherung Pflege kann die Finanzierung der Sozialen Pflegeversicherung dadurch auf eine breitere Basis auf der Grundlage eines Sachleistungsprinzips gestellt werden. Die Gewerkschaft legt darauf Wert, dass die Bürgerversicherung in einem geregelten Nebeneinander von gesetzlicher und privater Versicherung auf der Basis gleicher gesetzlicher Vorschriften und Versicherungsbedingungen erfolgt. Auch die paritätische Finanzierung ist eine Forderung aller Gewerkschaften. Sie ist gleichzeitig Grundlage, der leider immer löchriger werdenden Sozialpartnerschaft, die einen wichtigen Eckpfeiler unseres Sozialstaats darstellt.

ver.di kritisiert seit Jahren, dass eine regelgebundene Anpassung der Pflegesätze an die Kostenentwicklung bislang fehlt und stattdessen eine Dynamisierung nach Kassenlage stattfindet.

Aufgrund der unzureichenden Leistungsdynamisierung steigen die Eigenanteile an den Pflegekosten. In der stationären Pflege übersteigt der Eigenanteil die Pflegeversicherungsleistungen in allen Pflegestufen deutlich. Die durchschnittlichen Eigenanteile betrugen Ende 2013 bereits monatlich 391 Euro (Pflegestufe I), 596 Euro (Pflegestufe II) bzw. 815 Euro (Pflegestufe III). Leidtragende sind die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen, die einen immer höheren Eigenanteil für die Pflege aufbringen müssen. Mit dem Ziel der Gewährleistung gleichwertiger Lebensbedingungen muss Pflege bezahlbar und erreichbar sein.

Die mit dem Antrag geforderte Transparenz über die von Pflegesatzverhandlungen – insbesondere über die Höhe und Ausgestaltung der Pflegesätze und Investitionskostenzuschüsse für Menschen mit Pflegebedarf unterstützt ver.di vollumfänglich.

Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

„Pflege teilhabeorientiert und wohnortnah gestalten“

BT-Drucksache 18/8725

Der Antrag weist in die richtige Richtung, weil auch ver.di der Überzeugung ist, dass der Pflege im Quartier in Zukunft eine noch größere Bedeutung zukommt. Denn die Selbstbestimmtheit im Alter ist vielen Menschen ein sehr wichtiges Anliegen. Deshalb muss es gemeinsames Ziel sein, pflegebedürftigen Menschen zu ermöglichen, so lange wie möglich den Verbleib in der vertrauten häuslichen und familiären Umgebung zu ermöglichen.

Pflegearbeit wird nach wie vor noch weitgehend im privaten Raum geleistet. Über die Situation der pflegenden Angehörigen ist wenig bekannt. In vielen Fällen führt die private Pflege diejenigen, die sie leisten, das sind vor allem Frauen, in die Altersarmut und zum Teil in die eigene Pflegebedürftigkeit. Vor diesem Hintergrund muss ein Ausbau professioneller Angebote vor Ort in den Vordergrund rücken – und zwar bundesweit. Den Kommunen kommt dabei eine wichtige Aufgabe in der Steuerung zu, die über Beratungsaufgaben hinausgehen. Diese müssen verbunden sein mit kommunalen Planungsaktivitäten, einer bedarfsgerechten Infrastrukturentwicklung und einem entsprechenden Quartiersmanagements. Mit einzubeziehen ist der Ausbau von barrierefreien Wohnungen und Wohnumgebungen für alle Generationen. Die stationären Einrichtungen werden integrierter Bestandteil der Infrastruktur. Pflegepolitik muss in diesem Sinne mehr als Pflegeversicherungspolitik sein. Die koordinierte Planung in Kooperation mit den Kostenträgern rückt dabei in den Vordergrund.

Die Weiterentwicklung der Pflegeteilkostenversicherung zur Pflegevollversicherung kann zur Entwicklung einer bedarfsgerechten Infrastruktur maßgeblich beitragen. Denn die Pflegevollversicherung wird es den Kommunen ermöglichen, Gelder, die sie heute für die Sozialhilfe in der Pflege aufwenden müssen, stattdessen in den Aufbau breiterer Unterstützungsangebote zu investieren. Das würde zu einer Aufwertung der Branche insgesamt beitragen und zur Steigerung der Versorgungsangebote und Versorgungsqualität führen.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0204(34)
gel. VB zur öAnhörung am 17.10.2016_PSGIII
12.10.2016

Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege

Stellungnahme der BAGFW zum Gesetzentwurf für ein Drittes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Gesetze (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III) BT-Drucksache 18/9518

Inhalt Seite

Einleitung 4
Artikel 1 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch 9
§ 7b Beratungsgutscheine – Erweiterung der Einsatzmöglichkeiten 9
§ 7c Pflegestützpunkte; Verordnungsermächtigung – Initiativrecht der Kommunen 10
§ 8a Gemeinsame Empfehlungen der pflegerischen Versorgung 13
§ 10 Berichtspflichten des Bundes und der Länder 17
§ 13 SGB Verhältnis der Leistungen der Pflegeversicherung zu anderen Sozialleistungen 18
§ 13 Absatz 3a Verhältnis der Leistungen der Pflegeversicherung zu anderen Sozialleistungen/ Leistungen nach § 45b SGB XI 21
§ 28a Leistungen bei Pflegegrad 1 22
§ 37 Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen – Beratungsbesuche 22
§ 39 Verhinderungspflege 23
§ 41 Tagespflege und Nachtpflege 25
§ 43a Pauschalleistung für die Pflege von Menschen mit Behinderungen: Inhalt der Leistungen sowie § 71 Abs. 4 Ziffer 3 SGB XI 26
§ 45b Entlastungsbetrag 28
§ 45c Absatz 2 und Absatz 6 Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und des Ehrenamts, Verordnungsermächtigung – Erweiterung bei der Kofinanzierung der Länder und bei der Verwendung der Übertragung von nicht ausgeschöpften Fördermitteln 29

§ 75 Rahmenverträge, Bundesempfehlungen und -vereinbarungen über die pflegerische Versorgung 31
§ 79 Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen 32
§ 109 Pflegestatistiken 33
§ 113b Absatz 4 Nummer 6 Qualitätsausschuss 34
§ 113b Absatz 2 Qualitätsausschuss i.V.m. § 118 Absatz 1 Beteiligung von Interessenvertretungen, Verordnungsermächtigung - Erweiterung der Beteiligungsrechte der Betroffenenorganisationen 34
§ 114 Absatz 2 Qualitätsprüfungen 35
§ 123 Durchführung von Modellvorhaben zur kommunalen Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen 35
§ 124 Befristung, Widerruf und Begleitung der Modellvorhaben zur kommunalen Beratung; Beirat 41
§ 141 Besitzstandsschutz und Übergangsrecht zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen 42
§ 144 Überleitungs- und Übergangsregelungen, Verordnungsermächtigung 43
Artikel 2 Änderungen des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch 44
§ 61 Leistungsberechtigte 44
§ 61a Begriff der Pflegebedürftigkeit 45
§ 61b Pflegegrade 45
§ 61c Pflegegrad bei Kindern 46
§ 62 Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit 46
§ 62a Bindungswirkung 46
§ 63 Leistungen für Pflegebedürftige 47
§ 63a Notwendiger pflegerischer Bedarf 49
§ 63b Leistungskonkurrenz 49
§ 64 Vorrang 51
§ 64a Pflegegeld 52
§ 64b Häusliche Pflegehilfe 53
§ 64c Verhinderungspflege 54
§ 64d Pflegehilfsmittel 54
§ 64e Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfelds 54
§ 64f Andere Leistungen 55
§ 64g Teilstationäre Pflege 55
§ 64h Kurzzeitpflege 56
§ 64i Entlastungsbetrag bei Pflegegrad 2 bis 5 56

§ 65 Stationäre Pflege 57
§ 66 Entlastungsbetrag bei Pflegegrad 1 57
§ 71 Altenhilfe 58
§ 76 Inhalt der Vereinbarungen 59
§ 137 Überleitung in Pflegegrade zum 1. Januar 2017 60
§ 138 Übergangsregelung für Pflegebedürftige aus Anlass des Dritten Pflegestärkungsgesetzes 60
Regelungslücke: Anspruchsübergang nach dem Tod des Leistungsberechtigten gemäß § 19 Absatz 6 SGB XII 62
Artikel 13 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch 63
§ 37 Häusliche Krankenpflege 63
§ 39c Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit 64
§ 132a Versorgung mit häuslicher Krankenpflege 64
§ 275b Durchführung und Umfang von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege durch den Medizinischen Dienst 65
§ 302 Abrechnung der sonstigen Leistungserbringer 65
Änderungsanträge 67
Ausschussdrucksache: 18(14)0206.1 mit den Änderungsanträgen 1 bis 36 der Fraktionen CDU/CSU und SPD zum Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz - PSG III) vom 27.09.2016 67
Antrag der Bundestagsfraktion von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Pflege vor Ort gestalten – Bessere Bedingungen für eine nutzerorientierte Versorgung schaffen“ (BT-Drs. 18/9668) 78
Antrag der Bundestagsfraktion DIE LINKE „Pflege teilhabeorientiert und wohnortnah gestalten“‘(BT-Drs. 18/7625) 80

Einleitung

Artikel 1

Die inhaltlichen Schwerpunkte des vorliegenden Gesetzentwurfs liegen auf der Umsetzung der Ergebnisse der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege und der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in der Hilfe zur Pflege im SGB XII. Des Weiteren soll das Verhältnis zwischen den Leistungen der Pflegeversicherung, der Eingliederungshilfe und der Hilfe zur Pflege neu gestaltet werden.

Die BAGFW begrüßt die Intention des Gesetzgebers, mit dem Dritten Pflegestärkungsgesetz die Rolle und Verantwortung der Kommunen in der Pflege zu stärken. In den letzten Jahren hatte sich gezeigt, dass den Kommunen nur begrenzte Gestaltungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen. Verbesserungspotenziale bei der Pflege vor Ort zeigen sich vor allem in Bezug auf Koordination, Kooperation und Gestaltung und damit in den originären kommunalen Aufgabenfeldern. Mit dem vorgelegten Gesetzentwurf sollen die festgestellten Defizite behoben werden, damit Sozialräume so (weiter-)entwickelt werden können, dass die Versorgung pflegebedürftiger Menschen und die Unterstützung ihrer Angehörigen angemessen erfolgt und für pflegebedürftige Menschen ein möglichst langer Verbleib in ihrem vertrauten Umfeld und ein selbstbestimmtes Leben gewährleistet ist.

Im vorliegenden Gesetzentwurf wird die Stärkung der Rolle der Kommunen durch mehrere Gesetzesänderungen intendiert, die sich vor allem auf den Bereich der Beratung konzentrieren (§§ 7b, 7c, 37, 123, 124). Die Beratungsleistungen müssen nach Auffassung der BAGFW ausschließlich den Interessen der zu beratenden Personen verpflichtet sein und dem Ansatz der Sozialraumorientierung folgen. Dies ist im Entwurf nicht immer gegeben. Zu den geplanten Regelungen sehen wir im Einzelnen noch deutlichen Nachbesserungsbedarf. So sehen wir ein Problem in der fehlenden Synchronisierung der Regelungen. Die Neuregelung in § 37 Absatz 8 SGB XI ermöglicht es den Kommunen ab dem 01.01.2017, regelhaft die vorgeschriebenen Beratungseinsätze in der Häuslichkeit durchzuführen. Parallel dazu soll diese Aufgabenübertragung im Rahmen der Modellvorhaben erst erprobt werden. Wir halten es für erforderlich, dass vor einer möglichen dauerhaften Auftragsübertragung erst die Ergebnisse der Modellvorhaben abzuwarten und auszuwerten sind. Zudem weisen wir darauf hin, dass für die Beratungseinsätze nach den Regelungen des PSG II zum 1.1.2018 Empfehlungen zur Qualitätssicherung zu erlassen sind.

Um eine angemessene, wohnortnahe und aufeinander abgestimmte, miteinander verzahnte Beratungs-, Versorgungs- und Unterstützungslandschaft sowie eine bedarfsgerechte Infrastruktur zu gewährleisten, ist es aus Perspektive der BAGFW unerlässlich, dass die Kommunen Verantwortung in den relevanten Feldern für ihre originären Aufgaben der Koordination, Vernetzung, Planung und Steuerung übernehmen und dabei alle bereichsrelevanten Akteure und vorhandenen Strukturen mit einbeziehen und an gewachsenen Strukturen anknüpfen.

Die Umsetzung eines solchen Ansatzes erfordert, dass die Kommunen bei der Übertragung von Aufgaben nicht nur ihre Steuerungs-, sondern auch ihre Funktion der Gestaltung von Infrastruktur im Rahmen der Daseinsvorsorge ausüben. Sowohl der Gesetzentwurf als auch die Änderungsvorschläge des Bundesrates lassen erkennen, dass allein das Steuerungselement im Vordergrund steht: Gestaltung erfolgt weder durch eine bloße Beteiligung der Kommunen an kommunalen Beratungsaufgaben (§ 7a) noch durch die Initiierung neuer Pflegestützpunkte (§ 7c) oder über die alleinige Verlagerung von Beratungsaufgaben aus dem Bereich der Pflegeversicherung in die Zuständigkeit der Modellkommunen (§ 123). So zeigt der Vorschlag des Bundesrates zur Ausgestaltung der Modellvorhaben, dass Leistungen der Beratung zur Altenhilfe nach § 71 SGB XII oder Beratungsleistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe nicht systematisch mit den aus dem SGB XI auf die Kommunen übertragbaren Beratungsleistungen verknüpft werden sollen. Diese Verzahnung ist aus Sicht der BAGFW für eine sozialräumliche Planung und Koordination zur besseren Versorgung der Pflegebedürftigen jedoch unabdingbar. Des Weiteren zeigt sich bei den Gemeinsamen Empfehlungen zur pflegerischen Versorgung nach § 8a, dass es auch hier primär um Steuerung geht. Die BAGFW teilt ausdrücklich, dass die Empfehlungen der Gremien der Landespflegeausschüsse beim Abschluss von Versorgungsverträgen einbezogen werden sollten, denn durch die Versorgungsverträge wird die Pflegeinfrastruktur vor Ort gestaltet. Nicht nachvollziehbar ist jedoch, warum die Empfehlungen der Landespflegeausschüsse auch Eingang in Vergütungsvereinbarungen finden sollen, die allein zwischen den Kostenträgern und Leistungserbringern ausgehandelt werden. Es ist zu vermuten, dass über das Instrument der Gemeinsamen Empfehlungen der Abschluss von Vergütungsvereinbarungen mit den kostengünstigsten Anbietern gefördert werden soll.

Nach Auffassung der BAGFW sollen Länder und Kommunen ihre im SGB XI übertragene Aufgabe der Pflegeinfrastrukturverantwortung wieder stärker übernehmen. Einen Beitrag dazu können die in § 8a SGB XI vorgesehenen Gremien leisten. § 8a SGB XI eröffnet den Ländern die Möglichkeit, regionale Pflegeausschüsse und sektorenübergreifende Landespflegeausschüsse einzurichten. In die sektorenübergreifende Zusammenarbeit müssen jedoch auch die Erfahrungen der Verbände der Kostenträger und der Leistungserbringer eingebunden werden, um sektorenübergreifende Versorgungsbedarfe besser erkennen und Versorgungsangebote adäquater miteinander verzahnen zu können. Die BAGFW schlägt vor, die sektorenübergreifenden Landesausschüsse als Unterausschuss in den Landespflegeausschuss zu integrieren. Des Weiteren ist die Einbindung der Wohlfahrtsverbände und der Betroffenenverbände in die sektorenübergreifenden Landespflegeausschüsse und den regionalen Pflegeausschüssen sicher zu stellen.

Ziel der Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege muss insgesamt die Gestaltung einer wohnortnahen Versorgung und nicht die bloße Steuerung von Leistungen sein. In diesem Zusammenhang muss auch die Altenhilfe nach § 71 SGB XII von einer freiwilligen Leistung der Kommunen zu einer Pflichtleistung werden. Nur so

können die Kommunen wieder ihre Rolle in der Daseinsvorsorge und Gestaltung der Infrastruktur wahrnehmen.

Mit dem PSG III soll des Weiteren das Verhältnis zwischen den Leistungen der Pflegeversicherung, der Eingliederungshilfe und der Hilfe zur Pflege neu geregelt werden. Der in § 13 Absatz 3 SGB XI bisher normierte Gleichrang von Pflegeleistungen und Leistungen der Eingliederungshilfe muss nach Ansicht der BAGFW erhalten bleiben. Trotz der bestehenden Schnittstellen darf es aufgrund der wesensverschiedenen Zielsetzung der Leistungen der Pflegeversicherung einerseits und der Eingliederungshilfe andererseits keinen Vorrang der Pflegeversicherung geben. Die BAGFW lehnt deshalb die in § 13 Absatz 3 Nummer 3 Satz 3 und 4 SGB XI geplante Änderung, dass die in § 36 normierten Sachleistungen der Pflegeversicherung für Pflegebedürftige im häuslichen Umfeld den Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach dem Zwölften Buch bzw. nach dem Neunten Buch/BTHG, dem Bundesversorgungsgesetz und dem Achten Buch vorgehen, wenn nicht bei der Leistungserbringung die Erfüllung der Aufgaben der Eingliederungshilfe im Vordergrund stehen, ab.

Die BAGFW teilt die Sicht des Gesetzgebers, dass es an der Schnittstelle Eingliederungshilfe-Pflegeversicherung durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs neue Abgrenzungsprobleme geben wird. Abgrenzungsfragen werden auftreten, unabhängig davon, ob der Gesetzgeber den Vorrang der Pflegeversicherung vor Eingliederungshilfe statuiert oder es bei der bisherigen Regelung der Gleichrangigkeit von Pflegeversicherung und Eingliederungshilfe belässt. Da die Leistungen der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen, welche die neuen Abgrenzungsprobleme verursachen, erst zum 1.1.2017 in die Pflegeversicherung eingeführt werden und die inhaltliche Umsetzung des Paradigmenwechsels in den Landesrahmenverträgen und Verträgen schrittweise danach erfolgen wird plädiert die BAGFW dafür, zunächst die Ausgestaltung der neuen Leistungen und das Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten abzuwarten. Erst wenn die Versicherten die neuen Leistungen in Anspruch nehmen, wird sich zeigen, ob und in welchem Umfang tatsächlich Abgrenzungsfragen an der Schnittstelle der Betreuungsleistungen auftreten. Daher soll die bestehende Regelung der Gleichrangigkeit der Leistungen von Eingliederungshilfe und Pflegeversicherung in § 13 Absatz 3 Satz 3 zunächst bestehen bleiben.

Die entsprechenden Regelungen des § 91 Absatz 3 zur Eingliederungshilfe, die im BTHG geregelt werden, treten erst zum 1.1.2020 in Kraft. Zwischen dem 1.1.2017 und dem 1.1.2020 liegt ein ausreichend großer Zeitraum, um zu erproben, welche Abgrenzungsprobleme tatsächlich auftreten werden. Als Lösung schlägt die BAGFW konkret vor, die Regelung des § 13 Absatz 3 SGB XI im vorliegenden Gesetzentwurf zum PSG III erst zum 1.1.2020 in Kraft zu setzen und mit einer Revisionsklausel zu versehen. Diese Klausel soll vorsehen, dass die Vorrang-Nachrang-Regelung nur in Kraft tritt, sofern die Abgrenzungsprobleme nicht mittels der bestehenden Gleichrang-Regelung gelöst werden können.

Des Weiteren fordert die BAGFW den Vorrang der Leistungen der Eingliederungshilfe vor der Hilfe zur Pflege nach SGB XII. Die Leistungen der Hilfe zur Pflege nach SGB XII und die Leistungen der Eingliederungshilfe sind in ihrer Zielrichtung wesensverschieden und können daher nicht im Konkurrenzverhältnis zueinander stehen.

Die BAGFW lehnt des Weiteren die Ausweitung der Regelung des § 43a SGB XI auf ambulant betreute Wohngruppen, die unter die Regelungen des WBVG fallen, ab. Die Regelung des § 43a, wonach der Zuschuss der Pflegeversicherung für Menschen mit Behinderungen und Pflegebedarf in stationären Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe auf maximal 266 Euro begrenzt ist, wird von den Verbänden der BAGFW seit Jahren kritisiert. Den Menschen mit Behinderung müssen die vollen Leistungen der Pflegeversicherung zustehen, unabhängig davon, wo sie leben und wohnen. Eine Ausweitung der Regelung auf ambulante Wohngruppen wird daher nachdrücklich abgelehnt.

Die Intention des Gesetzgebers durch zusätzliche Überprüfungsmöglichkeit der zugelassenen Pflegedienste fehlerhaftem Abrechnungsverhalten entgegenzuwirken und damit den Schutzinteressen der Pflegebedürftigen und der Solidargemeinschaft der Versicherten besser Rechnung zu tragen, wird von der BAGFW grundsätzlich begrüßt. Die konkret getroffenen Regelungen hält die BAGFW jedoch für nicht zielführend und befürchtet, dass diese nur zum erhöhten Bürokratieaufwand führen ohne tatsächlich strafbare Abrechnungshandlungen gezielt aufdecken zu können. Insbesondere die geplanten Nachweispflichten über die konkrete Zeit der Leistungserbringung hält die BAGFW für ungerechtfertigt. Das System der Pauschalvergütung hat den Sinn Synergieeffekte zu ermöglichen und den Pflegeeinrichtungen, entsprechend den Bedürfnissen der pflegebedürftigen Menschen, die Zeit freier zu gestalten. Dieses gemeinsam vereinbarte Anliegen wird konterkariert, wenn nunmehr Zeitangaben notwendig werden. Dies wird zu grundsätzlichen Diskussionen zwischen Krankenkassen und Pflegediensten führen, die das Fortführen von Pauschalvergütungen unmöglich machen werden.

Artikel 2

Der Gesetzentwurf regelt zudem die Hilfe zur Pflege. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff des SGB XI wurde dabei weitgehend ins SGB XII übertragen. Im Einzelnen sieht die BAGFW jedoch noch Nachbesserungsbedarfe. So müssen auch Versicherte des Pflegegrads 1 sowie Versicherte mit Hilfebedarfen unterhalb der Schwelle von 12,5 Punkten systematisch in das bedarfsdeckende System der Hilfe zur Pflege eingebunden werden, denn die Hilfe zur Pflege bildet das unterste Auffangnetz. Die BAGFW setzt sich des Weiteren vehement für eine vollständige Einbeziehung der Nichtversicherten in die Hilfe zur Pflege ein. Die Leistung der „zusätzlichen Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen“ gemäß § 43b SGB XI ist für die Pflegegrade 1 bis 5 in die Hilfe zur Pflege nach SGB XII zu übernehmen. Diese Punkte sind durch den vorliegenden Gesetzentwurf nicht sichergestellt.

Abgelehnt wird des Weiteren der Vorrang des Pflegegelds vor der Pflegesachleistung bei den ambulanten Leistungen. Nach dem Grundsatz des § 13 Absatz 1 Satz 2 SGB XII hat der Versicherte ein Wahlrecht zwischen dem Pflegegeld und der Pflegesachleistung. Die bestehenden Möglichkeiten müssen aus Sicht der BAGFW erhalten bleiben.

Artikel 1 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

§ 7b Beratungsgutscheine – Erweiterung der Einsatzmöglichkeiten

Gesetzentwurf

Zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der pflegerischen Versorgung sollen künftig Beratungsgutscheine für eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI auch in Beratungsstellen der Kommunen eingelöst werden können. Pflegebedürftige Menschen und ihre pflegenden Angehörigen können die Beratungsgutscheine bei den nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen für die wohnortnahe Betreuung im Rahmen der örtlichen Altenhilfe und bei den Stellen für die Gewährung der Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch einlösen. Voraussetzung ist, dass die kommunalen Beratungsstellen die Beratung nach Maßgabe der Pflegeberatungs-Richtlinien nach § 17 Absatz 1a SGB XI erbringen. Die Pflegekassen schließen hierzu allein oder gemeinsam einen Vertrag mit der entsprechenden kommunalen Stelle nach § 7b Absatz 2 Satz 2.

Bewertung

Prinzipiell wird die Erweiterung des Kreises der Beratungsstellen, bei denen Pflegebedürftige ihre Beratungsgutscheine einlösen können, begrüßt. Die ratsuchenden pflegebedürftigen Menschen und ihre Angehörigen erhalten durch die Regelung zusätzliche, wohnortnahe Angebote an Beratungsstellen, so dass der Zugang zu einer schnellen Beratung der Pflegebedürftigen weiter verbessert wird.

Trotz des Rechtsanspruches auf Beratung zeigen Erhebungen unter den Betroffenen einen zu geringen Informationsstand über die zur Verfügung stehenden Beratungsmöglichkeiten. Die politische und fachliche Diskussion wird durch die Frage nach der Infrastrukturgestaltung der Beratungsstrukturen dominiert. Bestehende gesetzlich initiierte Beratungsstrukturen brachten bislang leider nicht den erhofften Erfolg. Als Beispiel seien die Pflegestützpunkte genannt, durch die zwar eine neue Beratungsstruktur geschaffen wurde, die aber nicht flächendeckend ist und von den ratsuchenden Menschen in unterschiedlichem Maße angenommen wird. Der Leistungsberechtigte muss sich jedoch den Anbieter der Beratungsleistung aussuchen und bei Bedarf auch jeweils noch eine andere Perspektive einholen können. Die hier vorgenommene Öffnung geht in die richtige Richtung, sie ist aber nicht weitgehend genug.

Die in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege fordern deshalb, den gesetzlichen Beratungsanspruch durch Einführung eines Beratungsgutscheins einzulösen. Er ist in die Hand des Versicherten selbst zu geben. Einen Beratungsgutschein in Höhe eines festzulegenden Wertes pro Kalenderjahr, welcher der Preisentwicklung einer professionellen Beratungsleistung entspricht, sollen die Bürgerinnen und Bürger erhalten, die einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung gestellt haben oder Altersrente oder Erwerbsminderungsrente beziehen. Im Sinne des Wunsch- und Wahlrechts kann der Anspruch mit Hilfe des

Beratungsgutscheins in einer Beratungsstelle geltend gemacht werden. Hierfür sind qualifizierte, unabhängige und plurale Beratungsstrukturen vorzuhalten. Dazu können auch die Beratungsstellen der Kommunen zählen, wie vom Bundesrat gefordert.

Beratungsstellen, die mit gesichertem Qualitätsniveau beraten, können sein:

- kommunale örtliche Beratungsstellen,
- Beratungsstellen der Betroffenenverbände oder der Verbraucherzentralen,
- Kranken- und Pflegekassen,
- Pflegeeinrichtungen und Pflegedienste oder
- Pflegestützpunkte

Daneben sollten im Sinne der Nutzerfreundlichkeit und der vielfältigen Zielgruppen mit Pflegebedarf, so etwa pflegebedürftige Kinder, auch andere, bereits in der Beratung erfolgreich tätige Institutionen in diese Regelung einbezogen werden.

Lösungsvorschlag

In § 7b Absatz 1 ist nach Satz 2 folgender Satz zu ergänzen:
„Der Versicherte kann dabei zwischen der Beratung durch die Pflegekasse und dem Beratungsgutschein wählen."

§ 7c Pflegestützpunkte; Verordnungsermächtigung – Initiativrecht der Kommunen

Gesetzentwurf

Nach § 7c Absatz 1a neu erhält die kommunale Stelle, die auf örtlicher Ebene für die Hilfe zur Pflege zuständig ist und die damit in der Regel nach den Bestimmungen der zuständigen obersten Landesbehörde als Träger von Pflegestützpunkten vorgesehen ist, das Initiativrecht zur Einrichtung eines Pflegestützpunktes in ihrem regionalen Einzugsgebiet.

Zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege werden des Weiteren die kommunalen Spitzenverbände auf Landesebene an den bereits nach geltendem Recht vorgesehenen Rahmenverträgen über Pflegestützpunkte beteiligt. Daneben werden die Vorschriften zu den Rahmenverträgen zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen, den Landesverbänden der Krankenkassen, den Ersatzkassen und den nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII verbindlich, sofern die obersten Landesbehörden die Einrichtung von Pflegestützpunkten bestimmt haben. In den Rahmenverträgen sollen – wie schon nach bisherigem Recht – Vorgaben zur Arbeit und insbesondere zur Finanzierung der Pflegestützpunkte getroffen werden, durch welche die gemeinsame Einrichtung von Pflegestützpunkten ermöglicht wird. Darüber hinaus sind in die Rahmenverträge vor allem klare Regelungen zur Zuständigkeit für die Aufgabenerfüllung und Koordinierung innerhalb des Pflegestützpunktes, für die Qualitätssicherung sowie für die Aus-

kunftspflicht gegenüber den Trägern des Pflegestützpunktes einerseits und den zuständigen Aufsichtsbehörden andererseits aufzunehmen.

Mit dem neuen Absatz 7 werden die Länder ermächtigt, durch Rechtsverordnung Schiedsstellen einzurichten bzw. mit dem neuem Absatz 8 analog zu § 76 Abs. 6 SGB XI auch eine verkleinerte Schiedsstelle in Gestalt einer Schiedsperson einzurichten. Aufgabe der Schiedsstelle bzw. der verkleinerten Schiedsstelle ist es, im Falle der Nichteinigung den Inhalt der Rahmenvereinbarungen zu bestimmen.

Durch eine Änderung in § 7c Absatz 2 Satz 1 wird statuiert, dass die Pflegeberatung nach § 7a auch zum Aufgabenspektrum der Pflegestützpunkte gehört und die Pflegeberatungs-Richtlinien nach § 17 Absatz 1a auch für die Beratung in den Pflegestützpunkten gilt.

Zusätzlich wird nicht gewerblichen, gemeinwohlorientierten Einrichtungen in kommunalen Gebietskörperschaften, deren Angebot öffentlich zugänglich ist, eine Beteiligung an den Pflegestützpunkten ermöglicht (§ 7c Absatz 2 Satz 2).

Bewertung

Das Initiativrecht der für die Hilfe zur Pflege zuständigen Stellen zur Errichtung eines Pflegestützpunktes wird von der BAGFW unterstützt, da dies den Kommunen eine stärkere Beteiligung an den Pflegestützpunkten als bisher ermöglicht. Die Befristung des Initiativrechtes bis zum 31.12.2021 halten wir für sachgerecht. Vom Gesetzgeber nicht aufgegriffen wurde der Vorschlag der Bund-Länder Arbeitsgruppe zu einer Berichterstattungspflicht des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen über den Stand der Umsetzung bezüglich abgeschlossener Rahmenverträge an das BMG zwei Jahre nach Inkrafttreten der Regelung. Diese und eine weitere Berichtspflicht zum 31.12.2021 halten wir jedoch für erforderlich, damit ausgewertet werden kann, wie viele Kommunen das Initiativrecht genutzt haben und ob die mit der geplanten Gesetzesregelung verfolgten Ziele auch umgesetzt werden konnten. Außerdem bietet der Zwischenbericht die Möglichkeit, ggf. notwendige Anpassungen vorzunehmen.

Den zukünftig verbindlichen Abschluss von Rahmenverträgen zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen, den Landesverbänden der Krankenkassen, den Ersatzkassen und den nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Hilfe zur Pflege zur Finanzierung, zu der Zuständigkeit für die Aufgabenerfüllung und Koordinierung innerhalb des Pflegestützpunktes sowie zur Zuständigkeit für die Qualitätssicherung halten wir für sachgerecht. Damit der zukünftig verpflichtende Rahmenvertrag auch zustande kommt, kann es eines Konfliktlösungsmechanismus bedürfen. Die Ermächtigung der Länder zur Einrichtung von Schiedsstellen bzw. von Schiedspersonen ist deshalb folgelogisch.

Nach dem bisherigen § 7c Abs. 6 Satz 1 SGB XI können die Landesverbände der Pflegekassen u. a. mit den nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Altenhilfe und der Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch Rahmenverträge zur Arbeit und zur Finanzierung der Pflegestützpunkte vereinbaren. Die nach Landesrecht zu bestimmen-

den Stellen der Altenhilfe sollen nun gestrichen werden. Aus Sicht der BAGFW wäre es konsistent, diese Stellen auch (weiterhin) im § 7c Absatz 1a und Absatz 6 SGB XI zu verorten, um auch das Ziel einer besseren Verzahnung mit den Beratungsstrukturen der Altenhilfe zu bewirken. Dies entspricht inhaltlich auch der Forderung des Bundesrates.

Um die Wohnortnähe von Pflegestützpunkten zu gewährleisten sollte analog einer Forderung des Bundesrates das Initiativrecht von Kommunen bei deren finanzieller Beteiligung zur Einrichtung eines Pflegestützpunktes nicht auf einen Pflegestützpunkt pro kommunaler Gebietskörperschaft begrenzt sein.

Die Klarstellung, dass die Regelungen zur Pflegeberatung nach § 7a zu den Aufgaben der Pflegestützpunkte gehört, wird von uns unterstützt. Wir halten es für sachlogisch, dass die Pflegeberatungs-Richtlinien nach § 17 Absatz 1a auch für die Beratung in den Pflegestützpunkten gelten, um eine einheitliche und verbindliche Qualitätssicherung der Beratung zu ermöglichen. Dabei ist allerdings wichtig, dass hierbei regelhaft die ggf. erforderlichen Belange der Eingliederungshilfe nach dem Neunten Buch berücksichtigt werden, so wie es in den in § 123 dieses Entwurfes vorgesehenen Modellvorhaben vorgesehen ist.

Die explizite Beteiligungsmöglichkeit von nichtgewerblichen Einrichtungen in der Kommune, die Einwohnern der betreffenden Gemeinde zur Nutzung zur Verfügung stehen und die Aufgaben insbesondere zur Verbesserung der Situation Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen wahrnehmen, dient dem Ziel der strukturellen Vernetzung der unterschiedlichen Einrichtungen auf der wohnortnahen Ebene und deren Einbindung in die Beratung. Sie ist deshalb ausdrücklich zu befürworten.

Hinsichtlich der Verbesserung der wohnortnahen Beratung und Koordination durch Pflegestützpunkte gibt es unterschiedliche Erfahrungen in den Ländern. Häufig wird beklagt, dass u.a. kurze Öffnungszeiten, eine eingeschränkte Erreichbarkeit an der effektiven Arbeit dieser Strukturen zweifeln lassen. Die in der BAGFW kooperierenden Verbände regen an, dass diese Erfahrungen zum Anlass genommen werden, um die genannten Aspekte in den gemeinsamen und einheitlichen Empfehlungen zur Arbeit und zur Finanzierung von Pflegestützpunkten gem. § 7c Absatz 8 dahingehend bundesweit zu verbessern.

Weitergehende Regelungen oder Vorgaben zu der gerade im Vorfeld postulierten wichtigen trägerunabhängigen und neutralen Beratung lässt der Entwurf bisher vermissen. In der Begründung bleibt es bei: „Die Beratung hat unabhängig und neutral zu erfolgen“. Die in der BAGFW kooperierenden Verbände regen an, einen ausführlichen Neutralitätsgrundsatz in § 7c und folgerichtig auch in § 37 Absatz 3 SGB XI zu verankern. Dies würde auch dazu führen, dass die Beteiligungsmöglichkeit von nichtgewerblichen Einrichtungen in der Kommune erleichtert wird, da diesen vielerorts eine neutrale und unabhängige Beratung abgesprochen wird und daher der Zugang von vornherein erschwert wird.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen soll dem Bundesministerium für Gesundheit erstmals zum 30. Juni 2019 und dann zum 30. Juni 2022, einen Bericht über den Abschluss von Vereinbarungen zur Einrichtung von Pflegestützpunkten nach § 7c Absatz 1a und den auf der Landesebene abgeschlossenen Rahmenverträgen nach § 7c Absatz 6 vorlegen.

Lösungsvorschlag

In Absatz 1a Satz 2 sind die Wörter "eines Pflegestützpunktes" durch die Wörter "von Pflegestützpunkten" zu ersetzen.

Absatz 1a Satz 1 und Absatz 6 Satz 1 sind um „die nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen für die wohnortnahe Betreuung im Rahmen der (örtlichen) Altenhilfe nach dem Zwölften Buch“ zu erweitern.

Nach Absatz 2 Satz 2 ist folgender Satz einzufügen: „Die Beratung hat unabhängig und neutral zu erfolgen.“

§ 8a Gemeinsame Empfehlungen der pflegerischen Versorgung

Gesetzentwurf

Zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der pflegerischen Versorgung soll künftig der § 8a SGB XI durch 4 weitere Absätze ergänzt werden.

Nach § 8a Absatz 2 des SGB XI werden die Landesverbände der Pflegekassen, der Krankenkassen und die Ersatzkassen, die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landeskrankenhausgesellschaften **verpflichtet,** in **sektorenübergreifenden Landespflegeausschüssen** mitzuarbeiten, sofern diese durch landesrechtliche Vorschriften eingerichtet wurden.

Der Ausschuss soll **Fragen der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit** in den Bereichen pflegerische und medizinische Versorgung und Alltagsleistungen für den Personenkreis der Pflegebedürftigen und ihrer pflegenden Angehörigen **beraten** und insbesondere **Schnittstellenprobleme lösen, um eine bessere Verzahnung** der Versorgungsangebote im Sinne der Pflegebedürftigen **zu erreichen**. Dabei wird ein weites Verständnis der pflegerischen Versorgung zugrunde gelegt. Dieser umfasst, wie in der Gesetzesbegründung dargelegt wird, auch die Altenhilfe, die Hilfe zur Pflege nach SGB XII, Strukturen vor Ort und die Versorgung in der eigenen Häuslichkeit. Die Vertreter/innen des Ausschusses wirken an der Abgabe **einvernehmlicher Empfehlungen zur Sicherstellung der pflegerischen Infrastruktur** (Pflegestrukturplanung) mit.

Ziel der Regelung ist es laut Gesetzesbegründung, durch die Einbindung der Verbände der Kostenträger und Leistungserbringer in die Arbeit der Ausschüsse, den unmittelbaren Austausch über Versorgungsfragen und die sektorenübergreifende

Zusammenarbeit zu verbessern. Dabei soll die praktische Erfahrung der Leistungsträger und Leistungserbringer sowie weiterer Beteiligter unmittelbar genutzt werden, um sektorenübergreifende Versorgungsbedarfe zu erkennen und Versorgungsangebote besser miteinander zu verzahnen.

Dem Landesrecht obliegt es nach § 8a Absatz 2 SGB XI, den sektorenübergreifenden Landespflegeausschuss mit dem Gemeinsamen Landesgremium nach § 90a SGB V, das sektorenübergreifende Fragen im medizinischen Bereich berät und hierzu Empfehlungen ausspricht, zusammenzuführen oder lediglich den Austausch zu übergreifenden Fragen sicher zu stellen.

Nach § 8a Absatz 3 SGB XI werden die Landesverbände der Pflegekassen verpflichtet in regionalen Pflegeausschüssen, die insbesondere zur Beratung über Fragen der Pflegeversicherung in Landkreisen und kreisfreien Städten eingerichtet werden, mitzuarbeiten, sofern diese nach Maßgaben landesrechtlicher Vorschriften eingerichtet werden. Die regionalen Vertreter der Landesverbände der Pflegekassen wirken an der einvernehmlichen Abgabe gemeinsamer Empfehlungen zur Sicherstellung der pflegerischen Infrastruktur (Pflegestrukturplanungsempfehlungen) mit.

Ziel der Regelung ist es laut Gesetzesbegründung, die Landesverbände der Pflegekassen in die Arbeit der regionalen Ausschüsse einzubinden, denen eine zentrale Bedeutung bei der Strukturentwicklung, Planung, Abstimmung und Koordinierung der örtlichen/ sozialraumorientierten pflegerischen Versorgung zukommt, die sich ohne die Mitarbeit der Landesverbände der Pflegekassen nicht realisieren lassen.

Nach § 8a Absatz 4 SGB XI werden die in die jeweiligen Ausschüsse (sektorenübergreifender Landespflegeausschuss, regionaler Pflegeausschuss) entsendeten Vertreter/innen der Landesverbände der Pflegekassen, der Krankenkassen und Ersatzkassen, der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Landeskrankenhausgesellschaften und Pflegekassen **verpflichtet**, an den nach Maßgabe landesrechtlicher Vorschriften zu erstellenden Empfehlungen zur Sicherstellung der pflegerischen Infrastruktur (Pflegestrukturplanung) mitzuarbeiten und die dafür erforderlichen Angaben und Daten, soweit diese ihnen im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgaben verfügbar sind, bereit zu stellen. Die zu erstellenden Empfehlungen können sich bspw. auf Über-, Unter- oder Fehlversorgungen beziehen. Die Beschlüsse der Ausschüsse sollen zwar einen reinen Empfehlungscharakter haben. Jedoch werden die in die Ausschüsse nach den Absätzen 2 und 3 entsendeten Vertreter/innen und Mitglieder verpflichtet, den jeweiligen Ausschüssen über die Berücksichtigung und praktische Anwendung der erarbeiteten Empfehlungen zu berichten, in wie weit die jeweiligen Empfehlungen von den Landesverbänden der Pflegekassen, den Krankenkassen, Ersatzkassen, den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landeskrankenhausgesellschaften, bei der Erfüllung der ihnen durch das SGB V und das SGB XI übertragenen Aufgaben, berücksichtigt wurden. Mittels dieser Regelung erhalten die Ausschüsse Kenntnis, ob, in welcher Weise und mit welchem Ergebnis die jeweiligen Empfehlungen berücksichtigt wurden.

Nach § 8a Absatz 5 SGB XI sollen die Empfehlungen der Ausschüsse zur Weiterentwicklung der Versorgung von den Vertragsparteien nach dem 7. Kapitel beim Abschluss der Versorgungs- und Rahmenverträge und von den Vertragsparteien nach dem 8. Kapitel beim Abschluss der Vergütungsverträge einbezogen werden.

Bewertung

Zu § 8a Absatz 2

Um älteren hilfe- und/ oder pflegebedürftigen Menschen einen möglichst langen selbständigen und selbstbestimmten Verbleib in der eigenen Häuslichkeit und/ oder im vertrauten Umfeld/ Quartier zu ermöglichen, ist eine gut aufeinander abgestimmte und miteinander verzahnte sektorenübergreifende Versorgung unabdingbar. Daher befürwortet die BAGFW die Intention einer sektorenübergreifenden Zusammenarbeit, in die die Erfahrungen der Verbände der Kostenträger und der Leistungserbringer eingebunden werden sollen, um in Folge sektorenübergreifende Versorgungsbedarfe besser erkennen und Versorgungsangebote adäquater miteinander verzahnen zu können.

Um eine gut aufeinander abgestimmte und miteinander verzahnte sektorenübergreifende Versorgung in den Bereichen der medizinischen und pflegerischen Versorgung und in dem Bereich der Alltagsleistungen sicherstellen zu können, ist es aus Perspektive der BAGFW jedoch nicht ausreichend, ausschließlich die Vertreter/innen der genannten Verbände in die Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Versorgungslandschaft einzubinden. Vielmehr ist es dafür unerlässlich, die Expertise aller bereichsrelevanten Akteure zusammenzuführen. Neben der Beteiligung der Betroffenenorganisationen ist vor allem die Einbindung der Wohlfahrtsverbände, bei denen sich die Fachkompetenz als Leistungserbringer in den Bereichen der Pflege und der Alltagsleistungen und die Erfahrungen als zivilgesellschaftlicher Akteur bündeln, unabdingbar.

Darüber hinaus regt die BAGFW an, sektorenübergreifende Zusammenarbeit auf Länderebene verpflichtend umzusetzen und weist zugleich darauf hin, dass bereits in jedem Bundesland ein Landespflegeausschuss aktiv ist. Die Verbindung und die Zusammenarbeit sollte aus Sicht der BAGFW in den jeweiligen Landespflegegesetzen verbindlich geregelt werden.

Um den Aufbau von Doppelstrukturen zu vermeiden und eine wirkungseffektive sektorenübergreifende Zusammenarbeit zu erzielen, schlägt die BAGFW Lösungsregelungen vor, die weiter unten aufgeführt sind.

Zu § 8a Absatz 3

Die BAGFW **begrüßt die verpflichtende Einbindung der Landesverbände der Pflegekassen in regionale Pflegeausschüsse**, erachtet es jedoch als **unbedingt erforderlich**, **die Einrichtung solcher Gremien**, in denen die Koordinierung, Abstimmung und Weiterentwicklung der örtlichen pflegerischen Infrastruktur und Versorgung durch alle entscheidenden lokalen Akteure beraten und abgestimmt wird, und denen damit eine entscheidende Funktion bei der aktuellen und künftigen Sicherung der pflegerischen Versorgung vor Ort (sozialräumliche Versorgungsstruktur) zukommt, verpflichtend in den Landespflegegesetzen auszugestalten und die Einbindung der Wohlfahrtsverbände mit ihrer sozialräumlichen Expertise in diesen Gremien zu gewährleisten. Des Weiteren sind bereits bestehende Strukturen / Gremien wie bspw. regionale Pflegekonferenzen zu berücksichtigen; es sollen weder Doppelstrukturen geschaffen noch bereits vorhandene Erfahrungen, auf die aufgebaut werden kann, übergangen werden.

Zu § 8a Absatz 4 SGB XI

Die BAGFW befürwortet die Mitwirkung der nach Absatz 1 bis 3 entsendeten Vertreter/innen an der Erstellung und Fortschreibung von Empfehlungen zur Sicherstellung der pflegerischen Infrastruktur (Pflegestrukturplanung), gibt aber zu bedenken, dass die Normierung zur Abgabe einvernehmlicher Empfehlungen sich auf die Erstellung der Empfehlungen aufgrund der unterschiedlichen Interessenslagen der Beteiligten kontraproduktiv auswirken könnte. Die BAGFW begrüßt, dass die entsendeten Vertreter/innen verpflichtet werden, ihnen zur Verfügung stehende Daten zur Erstellung und Fortschreibung von Pflegestrukturplänen bereit zu stellen, da diese unerlässlich sind, um Versorgungsangebote analysieren und weiterentwickeln zu können. Die BAGFW begrüßt darüber hinaus, dass die in die Ausschüsse entsendeten Vertreter/innen (nach Absatz 1 bis 3) verpflichtet werden, den jeweiligen Ausschüssen über die Berücksichtigung und praktische Anwendung der erstellten, nicht verbindlichen Empfehlungen zu berichten, sodass diese Kenntnis darüber erhalten, ob, in welcher Weise und mit welchem Ergebnis die Empfehlungen berücksichtigt wurden.

Zu § 8a Absatz 5 SGB XI

Die BAGFW spricht sich gegen eine regelhafte Einbeziehung der Empfehlungen der Ausschüsse beim Abschluss der Rahmenverträge und der Vergütungsverträge aus, da die Autonomie der Pflegeselbstverwaltungspartner unbedingt zu wahren ist. Zudem liegt der Sicherstellungsauftrag für den Abschluss von Versorgungsverträgen bei den Pflegekassen. Um den Kommunen Gestaltungsoptionen bei dem Abschluss von Versorgungsverträgen zu eröffnen, regt die BAGFW an, die regelhafte Einbeziehung der Empfehlungen als „Kann-Regelung“ auszugestalten. Sollten sich die Strukturen der regionalen Pflegeausschüsse bundesweit bewähren, kann, aus Sicht der BAGFW, perspektivisch die „Kann-Regelung“ in eine „Soll-Regelung“ umgewandelt werden. Die Vergütungsverträge sind jedoch gänzlich von der Regelung auszuneh-

men. Wir lehnen deshalb auch den Änderungsvorschlag des Bundesrates (zu § 8a Absatz 5 SGB XI) und den Folgeänderungsvorschlag des Bundesrats zu § 72 Absatz 3 Satz 1 SGB XI entschieden ab.

Lösungsvorschlag

Zu § 8a Absatz 2 SGB XI

Die BAGFW regt an, dass sektorenübergreifende Landespflegeausschüsse als Unterausschüsse der bereits existierenden Landespflegeausschüsse gebildet werden und die Zusammenarbeit in den Landespflegegesetzen statuiert wird. Unter dieser Prämisse kann nicht nur der Aufbau von Doppelstrukturen vermieden, sondern zugleich auf die Expertise aller zurückgegriffen werden. Darüber hinaus schlägt die BAGFW vor, sektorenübergreifende Beratungen verpflichtend einzuführen. Die Einbindung der Wohlfahrtsverbände und der Betroffenenverbände in die sektorenübergreifenden Landespflegeausschüsse ist sicher zu stellen.

Zu § 8a Absatz 3 SGB XI

In Absatz 3 ist nach Satz 1 folgender Satz einzufügen: „In die regionalen Pflegeausschüsse sind die Wohlfahrtsverbände und Betroffenenverbände einzubinden."

Zu § 8a Absatz 4 SGB XI

Die BAGFW regt an, die Regelung der Einvernehmlichkeit bei der Abgabe von Empfehlungen, im Fall, dass keine Einigung erzielt wird, durch mehrheitlich getragene Empfehlungen zu ersetzen. Die diesbezügliche Forderung des Bundesrates wird von der BAGFW unterstützt.

Zu § 8a Absatz 5 SGB XI

In § 8a Absatz 5 ist das Wort „sollen" durch „können" zu ersetzen.

Weiterer Änderungsbedarf aus Sicht der BAGFW

Die BAGFW regt an, den § 8a durch eine zusätzliche Regelung zu ergänzen, nach der bis zum Jahr 2020 wissenschaftlich fundierte Planungsdaten für die pflegerische Versorgung entwickelt werden, anhand derer die pflegerische Versorgung bundesweit auszurichten ist.

§ 10 Berichtspflichten des Bundes und der Länder

Gesetzentwurf

In § 10 werden die bisherigen Berichtspflichten des Bundes um Berichtspflichten der Länder zu den Investitionskosten erweitert. Nach dem neuen Absatz 2 berichten die

Länder dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. Juni über Art und Umfang der finanziellen Förderung der Pflegeeinrichtungen im vorausgegangenen Kalenderjahr sowie die damit verbundenen durchschnittlichen Investitionskosten für die pflegebedürftigen Menschen.

Bewertung

Nach Auffassung der in der BAGFW kooperierenden Verbände sind die Länder nach § 9 SGB XI für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur verantwortlich. Bereits mit der Einführung der Pflegeversicherung wurde die Zielsetzung vertreten, dass die Einsparungen, die der Sozialhilfe dadurch entstehen, zur finanziellen Förderung der Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen eingesetzt werden sollen. Eine Investitionskostenförderung trägt ebenso zur Entlastung der pflegebedürftigen Menschen bzw. subsidiär zur Entlastung der Hilfe zur Pflege bei. Mit dem neuen § 10 Absatz 2 soll nun die Rechtsgrundlage für die bisher fehlende regelmäßige, systematische und vollständige Übersicht über die Investitionskostenförderung durch die Länder geschaffen werden. Die Berichtspflicht der Länder umfasst auch nähere Informationen und Angaben zu den durchschnittlichen Investitionskosten für die Pflegebedürftigen, jeweils differenziert für den ambulanten, teil- und vollstationären Bereich. Diese dienen der Abschätzung der jährlichen Belastungen der Pflegebedürftigen. Die in der BAGFW kooperierenden Verbände begrüßen die Berichtspflicht uneingeschränkt.

Wir widersprechen vehement der vom Bundesrat geforderten Streichung dieser Norm und halten dagegen den vom Bundesrat vorgeschlagenen neuen § 10a Berichterstattung der Träger der Pflegeversicherung und der privaten Versicherungsunternehmen zu Fragen des Vertrags-, Vergütungs- und Qualitätssicherungsrechts für absolut verzichtbar. Der mit der geforderten Berichterstattung verbundene Verwaltungsaufwand steht in keinem angemessenen Verhältnis zum Nutzen.

§ 13 SGB Verhältnis der Leistungen der Pflegeversicherung zu anderen Sozialleistungen

Gesetzentwurf

§ 13 Absatz 3 Nummer 3 Satz 3 und 4 soll dahingehend geändert werden, dass die in § 36 normierten Sachleistungen der Pflegeversicherung für Pflegebedürftige im häuslichen Umfeld den Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach dem Neunten Buch, dem Bundesversorgungsgesetz und dem Achten Buch vorgehen. Dies gilt nicht, wenn bei der Leistungserbringung die Erfüllung der Aufgaben der Eingliederungshilfe im Vordergrund steht. Außerhalb des häuslichen Umfelds gehen die Leistungen der Eingliederungshilfe den Leistungen der Pflegeversicherung vor, soweit in diesem Buch nichts anderes bestimmt ist. Die notwendige Hilfe in den Einrichtungen und Räumlichkeiten nach § 71 Absatz 4 neu ist dann einschließlich der Pflegeleistungen zu gewähren.

Bewertung

Trotz der bestehenden Schnittstellen darf es aufgrund der wesensverschiedenen Zielsetzung der Leistungen der Pflegeversicherung einerseits und der Eingliederungshilfe andererseits keinen Vorrang der Pflegeversicherung geben. Die Leistungen müssen aus Sicht der BAGFW gleichwertig nebeneinander bestehen bleiben. Für die grundsätzliche Annahme, im häuslichen Umfeld sei die Pflege vorrangig, gibt es keine begründeten Erwägungen. Der Gesetzgeber stellt hier den Vorrang der Pflege fest, ohne hierfür sachliche Gründe anzugeben. Aus Perspektive der BAGFW wird es zu zahlreichen Abgrenzungsproblemen kommen: Da viele Menschen mit Behinderungen Pflegeleistungen beziehen und damit Betreuungsleistungen benötigen, wird es regelmäßig strittig sein, ob der Schwerpunkt der Leistungen in der Eingliederungshilfe oder in der Pflegeversicherung liegt. Bleibt es bei der Vorrangigkeit der Pflegeversicherung, sind auch die Leistungen der Hilfe zur Pflege vorrangig vor den Leistungen der Eingliederungshilfe. Sie werden regelmäßig zum Einsatz kommen, da die Leistungen der Pflegeversicherung aufgrund des Teilleistungssystems gedeckelt sind. Aufgrund des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wird es regelmäßig strittig sein, welcher Sphäre die Betreuungsleistungen zugerechnet werden müssen: der Eingliederungshilfe oder der Pflegeversicherung bzw. der Hilfe zur Pflege. Der Eingliederungshilfeträger wird sich auf den Vorrang des beitragsfinanzierten Systems der Pflegeversicherung berufen und darauf drängen, dass Betreuungsleistungen als pflegerische Betreuungsmaßnahmen aus dem SGB XI in Anspruch genommen werden. Nicht von der Pflegeversicherung abgedeckte Kosten der Betreuung müssten dann aus der Hilfe zur Pflege und nicht aus der Eingliederungshilfe finanziert werden. Der Eingliederungshilfeträger wird die Menschen mit Behinderung des Weiteren darauf hinweisen, dass nach § 45a SGB XI die Möglichkeit besteht, die häusliche Pflegesachleistung nach § 36 SGB XI im Umfang von 40 Prozent der Leistungshöhe im jeweiligen Pflegegrad in niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach § 45a SGB XI umzuwandeln. Das sieht ausdrücklich auch die entsprechende Regelung in der Hilfe zur Pflege im Gesetzentwurf zum Dritten Pflegestärkungsgesetz (§ 64b Absatz 1 SGB XII) vor. In der Gesamtschau können diese Regelungen zu einer erheblichen Kostenentlastung des Eingliederungshilfeträgers führen, da er fast keine Betreuungsleistungen aus dem eigenen Budget mehr gewähren muss. Die Pflegeversicherung hingegen, wird bei Menschen mit Behinderungen darauf verweisen, dass Betreuungsleistungen mit dem Ziel der Ermöglichung von Teilhabe keine pflegerischen Leistungen sind. Rechtsstreitigkeiten, die dann auf dem Rücken der betroffenen Personen ausgetragen werden, sind somit vorprogrammiert. Dies kann nicht im Sinne des Gesetzgebers sein.

Sollte der Gesetzgeber an der Vorrang-Nachrang-Regelung festhalten, dann ist zu bestimmen, wann bei der Leistungserbringung die Aufgaben der Eingliederungshilfe im Vordergrund stehen. Hier hat der Gesetzgeber allerdings versäumt dies zu tun. Aus Sicht der BAGFW sollte dies regelmäßig der Fall sein, wenn der Teilhabebedarf eines Menschen mit Behinderung im Rahmen eines Gesamtplans oder eines Teilhabeplans, den der Eingliederungshilfeträger erstellen muss, ermittelt werden muss. In den Gesamt- oder Teilhabeplan einbezogen werden muss nämlich auch der pflegeri-

sche Bedarf. Die Formulierung des Gesetzentwurfs lässt einen Hinweis vermissen, wie der Schwerpunkt der Aufgaben ermittelt werden soll und gibt somit begründeten Anlass zu der Vermutung, dass auch hier der Träger der Eingliederungshilfe und die Pflegekasse darüber streiten werden, wo der Schwerpunkt der Aufgabenerfüllung liegt. Aus Sicht der BAGFW ist daher in § 13 Absatz 3 nach Satz 3 ein Satz zu ergänzen, der statuiert, dass ein Gesamtplanverfahren bei einem Zusammentreffen von Leistungen der Pflegeversicherung und Eingliederungshilfe stets durchzuführen ist. Aus Sicht der BAGFW sind Teilhabeleistungen sowie aktivierende Pflege nicht mit dem Teilhabebegriff gleichzusetzen, so dass eine Abgrenzung nach dem Schwerpunkt der Zielsetzung nicht sachgerecht ist.

Um die Eingliederungshilfe wirklich zu einem modernen Teilhaberecht weiterzuentwickeln, soll statt des Nachrangs der Eingliederungshilfe ein Gleichrang der Leistungen statuiert werden, wie er bisher in § 13 Absatz 3 SGB XI normiert ist. Leistungen der Eingliederungshilfe sollen somit gleichrangig zu Leistungen der Pflegeversicherung gewährt werden.

Zudem wird Menschen mit Behinderungen mit der Festlegung des vorgesehenen Vorrangs im Bereich der Leistungen im häuslichen Umfeld das Wunsch- und Wahlrecht entzogen, was einen gravierenden Verstoß gegen die UN-Behindertenrechtskonvention darstellt.

Im Ergebnis wird es mit der vorgesehenen Regelung zu einem Verschiebebahnhof der Leistungen kommen, nämlich weg von der steuerfinanzierten Leistung der Eingliederungshilfe hin zur Finanzierung durch eine Versicherungsleistung.

Die Auswirkungen auf die Ausgaben der Pflegeversicherung werden diesbezüglich zu unserem Erstaunen im Gesetzentwurf nicht quantifiziert. Das Vorrangprinzip wird regelmäßig dazu führen, dass der ab 2017 in § 45a SGB XI normierte Umwandlungsanspruch in Höhe von 40 Prozent des ambulanten Sachleistungsbetrags im jeweiligen Pflegegrad nach § 45a Absatz 4 SGB XI zur Anwendung kommen muss, weil die Eingliederungshilfeträger regelmäßig anführen werden, dass die Angebote zur Unterstützung im Alltag als Betreuungsleistungen aufgrund des Vorrangs der Pflegeversicherung vorrangig aus der Pflegeversicherung zu leisten sind. Dadurch dürften sich die Ausgaben der Pflegeversicherung in diesem Segment deutlich erhöhen.

Die BAGFW teilt die Sicht des Gesetzgebers, dass es an der Schnittstelle Eingliederungshilfe-Pflegeversicherung durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs neue Abgrenzungsprobleme geben wird. Abgrenzungsfragen werden auftreten, unabhängig davon, ob der Gesetzgeber den Vorrang der Pflegeversicherung vor Eingliederungshilfe statuiert oder es bei der bisherigen Regelung der Gleichrangigkeit von Pflegeversicherung und Eingliederungshilfe belässt. Da die Leistungen der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen, welche die neuen Abgrenzungsprobleme verursachen, erst zum 1.1.2017 in die Pflegeversicherung eingeführt werden, plädiert die BAGFW dafür, zunächst die Ausgestaltung der neuen Leistun-

gen und das Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten abzuwarten. Erst wenn die Versicherten die neuen Leistungen in Anspruch nehmen, wird sich zeigen, ob und in welchem Umfang tatsächlich Abgrenzungsfragen an der Schnittstelle der Betreuungsleistungen auftreten. Daher soll die bestehende Regelung der Gleichrangigkeit der Leistungen von Eingliederungshilfe und Pflegeversicherung in § 13 Absatz 3 Satz 3 zunächst bestehen bleiben.

Die entsprechenden Regelungen des § 91 Absatz 3 zur Eingliederungshilfe, die im BTHG geregelt werden, treten erst zum 1.1.2020 in Kraft. Zwischen dem 1.1.2017 und dem 1.1.2020 liegt ein ausreichend großer Zeitraum, um zu erproben, welche Abgrenzungsprobleme tatsächlich auftreten werden. Als Lösung schlägt die BAGFW konkret vor, die Regelung des § 13 Absatz 3 SGB XI im vorliegenden Gesetzentwurf zum PSG erst zum 1.1.2020 in Kraft zu setzen und mit einer Revisionsklausel zu versehen. Diese Klausel soll vorsehen, dass die Vorrang-Nachrang-Regelung nur in Kraft tritt, sofern die Abgrenzungsprobleme nicht mittels der bestehenden Gleichrang-Regelung gelöst werden können.

Lösungsvorschlag

Der in § 13 Absatz 3 SGB XI bisher normierte Gleichrang von Pflegeleistungen und Eingliederungshilfe bleibt erhalten. Absatz 3 Satz 3 wird wie folgt formuliert: „Die Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach dem Zwölften Buch bzw. nach dem Neunten Buch/BTHG, dem Bundesversorgungsgesetz und dem Achten Buch bleiben unberührt; sie sind im Verhältnis zur Pflegeversicherung nicht nachrangig.“

§ 13 Absatz 3a Verhältnis der Leistungen der Pflegeversicherung zu anderen Sozialleistungen/ Leistungen nach § 45b SGB XI

Gesetzentwurf

Der Gesetzentwurf sieht eine Verschiebung der Inhalte des bisherigen § 13 Absatz 3a („Die Leistungen nach § 45b finden bei den Fürsorgeleistungen zur Pflege nach Absatz 3 Satz 1 keine Berücksichtigung.“) in einen neuen § 45b Absatz 3 Satz 1 vor.

Bewertung

Es handelt sich bei den geplanten Änderungen in § 45b Absatz 3 Satz 1 neu nur um eine Verschiebung des Regelungsinhalts. Zu dieser wird in der Gesetzesbegründung ausgeführt: „Unter Abkehr vom Grundsatz des Nachrangs der Sozialhilfe (§ 2) wird in Satz 2 geregelt, dass der Entlastungsbetrag nach dem SGB XI trotz Leistungsidentität nicht auf die Leistungen der Hilfe zur Pflege angerechnet wird.“ Da keine inhaltlichen Änderungen mit der Verschiebung des Regelungsinhalts verbunden sind, erachten wir diese als sachgerecht.

§ 28a Leistungen bei Pflegegrad 1

Gesetzentwurf

Durch die Neufassung der Nummer 3 in Absatz 1 wird klargestellt, dass der Leistungsanspruch auf zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige bei Pflegegrad 1 in ambulant betreuten Wohngruppen gemäß § 38a auch dann besteht, wenn sie keine Leistungen nach den §§ 36, 37, 38, 45a oder § 45b beziehen.

Bewertung

Diese Änderung wird ausdrücklich begrüßt, da sie eine nicht beabsichtigte Leistungslücke beim Anspruch auf den Wohngruppenzuschlag für Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 schließt. Durch diese Änderung wird klargestellt, dass das bloße Bestehen der Ansprüche ausreicht, ohne dass Leistungen auch tatsächlich in Anspruch genommen werden. Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 können den Wohngruppenzuschlag auch dann beanspruchen, wenn sie den Entlastungsbetrag nicht beziehen oder diesen ansparen.
Zur Stärkung des häuslichen Pflegearrangements schlagen wir darüber hinaus vor, auch die Verhinderungspflege als Leistung für den Pflegegrad 1 zu statuieren.

Lösungsvorschlag

§ 28a Leistungen bei Pflegegrad 1

(1) Abweichend von § 28 Absatz 1 und 1a gewährt die Pflegeversicherung bei Pflegegrad 1 folgende Leistungen:
……
9. häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson (§ 39),

§ 37 Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen – Beratungsbesuche

Gesetzentwurf

Als neuer Beratungsinhalt explizit aufgenommen wird in § 37 Absatz 4, dass die Pflegebedürftigen und die häuslich Pflegenden bei der Beratung auch auf die Auskunfts-, Beratungs- und Unterstützungsangebote des für sie zuständigen Pflegestützpunktes sowie auf die Pflegeberatung nach § 7a hinzuweisen sind.

Durch die Neuregelung in § 37 Absatz 8 soll zusätzlich den Kommunen ab dem 01.01.2017 die Möglichkeit eröffnet werden, die vorgeschriebenen Beratungseinsätze nach Absatz 3 durchzuführen.

Bewertung

Die Ergänzung in § 37 Absatz 4 ist sachgerecht.

Die Änderung in § 37 Absatz 8 muss unserer Auffassung nach im Kontext der Neuregelungen zur Übertragung der Pflegeberatung an die Kommunen gesehen werden. Mit den neuen §§ 123 und 124 wird die Durchführung der Modellvorhaben zur kommunalen Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen im Rahmen des PSG III eröffnet. Hierzu zählt auch die Erprobung der Übernahme der Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3. Darüber sieht § 37 Absatz 5 vor, dass die Vertragsparteien nach § 113 gemäß § 113b bis zum 1. Januar 2018 Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche nach Absatz 3 verabschieden.

Die in § 37 Absatz 8 geplante Neuregelung wird zum gegenwärtigen Zeitpunkt abgelehnt, da sowohl die Empfehlungen zur Qualitätssicherung nach § 37 Absatz 5 SGB XI als auch die Ergebnisse der Modellvorhaben nach den §§ 123, 124 noch nicht vorliegen. Angesichts der flächendeckenden Existenz ambulanter Pflegedienste, die die Beratungsbesuche nach § 37 Absatz 3 anbieten, gibt es auch keine Versorgungslücke. Anstatt dessen wird nur eine nicht erforderliche Doppelstruktur aufgebaut.

Befürchtet wird auch, dass die Öffnung gewachsene Strukturen gefährdet. Die aktuelle Umsetzung der Beratungseinsätze durch die ambulanten Pflegeeinrichtungen stellt sicher, dass das pflegefachliche Wissen entsprechend dem allgemein anerkanntem Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse und der Aktualität der Pflegepraxis gegeben ist. Dies dürfte auf Seiten der Kommunen – vorbehaltlich der Modellprogramme – derzeit nicht in diesem Maße gewährleistet sein. Wir sehen zum gegenwärtigen Zeitpunkt keinen Änderungsbedarf in § 37 Absatz 8 und lehnen deshalb auch den Ergänzungsverschlag des Bundesrates zur geplanten Änderung ab.

Lösungsvorschlag

Ersatzlose Streichung der Neuregelung in § 37 Absatz 8.

§ 39 Verhinderungspflege

Gesetzentwurf

Keine Änderung

Bewertung

Wir sehen aufgrund von Praxisproblemen und zur Stärkung des häuslichen Pflegearrangements Änderungsbedarf in § 39 SGB XI.

Aufgrund sich verstärkt abzeichnenden Praxisproblemen bei der stundenweise Inanspruchnahme der Verhinderungspflege, wiederholen wir erneut unsere Forderung nach gesetzlicher Klarstellung. Es bestehen weiterhin hohe bürokratische Hürden bei der stundenweisen Inanspruchnahme von Verhinderungspflege: Diese wird 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 Höchstdauer für die Inanspruchnahme pro Kalenderjahr erfolgt. Auch das Pflegegeld soll bei stundenweiser Inanspruchnahme entsprechend nicht gekürzt werden. Des Weiteren sollte in der Gesetzesbegründung auch die Möglichkeit der Entlastung der pflegenden Angehörigen durch Einbeziehung regelmäßiger geplanter Termine (z.B. Sport- und Entspannungskurse) hingewiesen werden. Zur Stärkung des häuslichen Pflegearrangements schlagen wir darüber hinaus vor, auch die Verhinderungspflege als Leistung für den Pflegegrad 1 zu statuieren.

Gleichzeitig wiederholen wir an dieser Stelle 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 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.

Lösungsvorschlag

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

In § 39 Absatz 1 Satz 2 ist der „Pflegegrad 2“ durch „Pflegegrad 1“ 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 Höchstdauer der Inanspruchnahme 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 Höchstdauer der Inanspruchnahme 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

Gesetzentwurf

Keine Änderung

Bewertung

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 zur Stärkung der häuslichen Pflege und Entlastung pflegender Angehöriger beitragen können.

Lösungsvorschlag

In § 41 Absatz 1 Satz 2 SGB XI 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, aber 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 auch eine organisatorische Sicherstellung sein; die Einrichtung kann dementsprechend auf einen örtlichen „Beförderer" verweisen, der diese Leistung erbringt.

§ 84 Absatz 2 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.“

§ 43a Pauschalleistung für die Pflege von Menschen mit Behinderungen: Inhalt der Leistungen sowie § 71 Abs. 4 Ziffer 3 SGB XI

Gesetzentwurf

§ 43 SGB XI sieht weiterhin Pauschalleistungen für Menschen mit Behinderungen in Einrichtungen in vollstationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe in Höhe von 266 Euro monatlich vor. Mit § 43a i. V. mit § 71 Abs. 4 Ziffer 3 SGB XI neu sollen pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen der Pflegegrade 2 bis 5, die in einer stationären Einrichtung gemäß § 71 Abs. 4 SGB XI leben, eine Pauschalleistung in Höhe von 266 Euro monatlich erhalten.

Zukünftig soll die Pauschalleistung in o.g. Höhe auch für pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen der Pflegegrade 2 bis 5 gelten, die in Räumlichkeiten, im Sinne des § 71 Abs. 3 Ziffer 4 SGB XI neu leben. Dies sind Räumlichkeiten in denen der Zweck des Wohnens von Menschen mit Behinderungen im Vordergrund steht und auf deren Überlassung das Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz Anwendung findet.

Die Neuregelung soll ab dem 1.1.2020 gelten. Pflegebedürftige Menschen mit Behinderung, die am Stichtag des 1.1.2017 Anspruch auf häusliche Pflege haben und in einer Einrichtung oder in Räumlichkeiten leben, für die ab dem 1.1.2020 § 43a neu gilt, erhalten Besitzstandsschutz.

Bewertung

Mit der Neuregelung ist eine Ausweitung der pauschalen Abgeltung von Pflegeleistungen für Menschen mit Behinderungen auf ambulante Wohnformen verknüpft, auf die das WBVG Anwendung findet. Dies ist immer dann der Fall, wenn der Anbieter der Fachleistungen der Eingliederungshilfe gleichzeitig der Vermieter des Wohnraums des Leistungsberechtigten ist. Auf ambulant betreute Wohnformen, die nicht unter das WBVG fallen, findet die Regelung hingegen keine Anwendung. Als Begründung wird im Gesetzentwurf angeführt, dass anbieterverantwortete ambulant betreute Wohngruppen stationären Wohneinrichtungen entsprächen und daher in § 43a einander gleichzustellen seien. Als weitere Begründung für diese Neuregelung führt der Gesetzgeber an, dass auf diese Weise sichergestellt werde, dass eine Weiterentwicklung der Versorgungskonzepte für Menschen mit Behinderungen unter Geltung des neuen Rechts der Eingliederungshilfe möglich werde, ohne dass dies zu ungewollten Lastenverschiebungen zwischen Eingliederungshilfe und Pflegeversicherung führe. In der Tat lässt sich die Neuregelung nur durch die politische Intention der Kostenersparnis für die Pflegeversicherung begründen, denn fachlich gibt es keinen Unterschied zwischen ambulanten Wohngruppen, in denen Wohnraum und

Fachleistung aus einer Hand angeboten werden und solchen, in denen Wohnraumüberlassung und Fachleistung getrennt sind. In beiden Fällen handelt es sich um ambulantes Wohnen, in dem Leistungen der Eingliederungshilfe erbracht werden.

Beim Anspruch von Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf auf Pflegeversicherungsleistungen, die heute in ambulanten Wohngruppen leben, bei denen der Anbieter der Fachleistung zugleich der Vermieter des Wohnraums ist, wird die Pflegeleistung auf den Pauschalbetrag von 266 Euro festgelegt bzw. gedeckelt. Je nach Pflegegrad stünden Menschen mit Behinderungen monatlich bis zu 1729 Euro (Pflegegrad 5) weniger zur Verfügung. Dies führt zu erheblichen Kostenverschiebungen zulasten der Eingliederungshilfe. Zudem ist zu befürchten, dass es einen massiven Rückgang im Bereich der ambulanten Wohnhilfen geben wird und gleichzeitig jene Anreize verstärkt werden, behinderte Menschen insbesondere mit hohem Unterstützungsbedarf in stationäre (Pflege-) Einrichtungen zu verschieben. Dies konterkariert in jeglicher Hinsicht eine sozialräumliche Teilhabe und Inklusion von Menschen mit Behinderungen und widerspricht einer UN BRK konformen Auslegung gesetzlicher Regelungen.

Aus fachpolitischer Perspektive ist die Anwendung des WBVG ein völlig ungeeignetes Kriterium, um daraus eine pauschale Abgeltung von Pflegeleistungen nach SGB XI abzuleiten. Dass bundesweit ambulante Wohnsettings häufig vom WBVG erfasst sind, begründet sich darin, dass Menschen mit Behinderungen vielfach aufgrund ihrer lebenslangen Sozialhilfebedürftigkeit kein geeigneter bezahlbarer, entsprechend barrierefreier Wohnraum zur Verfügung steht. Dies führt häufig dazu, dass Leistungserbringer Wohnraum bereitstellen. Zum anderen benötigen bestimmte Personenkreise wie bspw. Menschen mit in Phasen verlaufenden psychischen Erkrankungen und Beeinträchtigungen verlässliche Rahmenbedingungen zur Sicherstellung ihres Wohnraumes. Für sie besteht die Gefahr, in Krisensituationen auch noch wohnungslos zu werden, deshalb stellen Leistungserbringer für diese Personengruppen Wohnraum bereit.

Die Pauschalleistung in Höhe von max. 266 Euro monatlich, die historisch entstanden ist, reicht für Menschen mit Behinderungen in höheren Pflegestufen schon lange nicht mehr aus, um die Pflegekosten in stationären Wohneinrichtungen zu decken. Schon heute haben Menschen mit Behinderung und hohem Pflegebedarf, wie z.B. in Pflegestufe 3, daher oft Schwierigkeiten, einen Platz in einer stationären Wohneinrichtung zu finden. Die Pauschalleistung in Höhe von max. 266 Euro mtl. für Menschen mit Behinderungen, die in Einrichtungen und Räumlichkeiten der Eingliederungshilfe gemäß § 71 Absatz 4 leben, muss nach Auffassung der BAGFW durch entsprechende Beträge ersetzt werden, die nach den individuellen Pflegegraden der Pflegeversicherung gestaffelt sind. Das Referenzsystem für die Staffelungshöhen sollte sich an den Leistungsbeträgen nach § 36 SGB XI oder § 41 SGB XI anlehnen. Ein solcher Lösungsansatz würde sicherstellen, dass Menschen mit Behinderungen ungekürzt Pflegegeld bspw. bei Aufenthalten bei ihren Angehörigen außerhalb der Einrichtungen der Eingliederungshilfe erhielten.

Lösungsvorschlag

Eine Ausweitung der pauschalen Abgeltung von Pflegeleistungen für Menschen mit Behinderungen in Ambulanten Wohnformen, auf die das WBVG Anwendung findet, ist abzulehnen. Die geplanten Änderungen in den § 43a sowie § 71 Abs. 4 Ziffer 3 SGB XI sind zurückzunehmen. Vielmehr ist es erforderlich § 43a SGB XI dahingehend zu ändern, dass der Pauschalbetrag in Höhe von max. 266 Euro monatlich durch entsprechende Beträge ersetzt wird, die nach den individuellen Pflegestufen bzw. künftigen Pflegegraden der Pflegeversicherung gestaffelt sind. Das Referenzsystem sollte sich an die Leistungsbeträge nach § 36 oder § 41 SGB XI anlehnen.

Die Regelungslücke für Menschen mit Behinderungen und einem Pflegegrad 1, die in „stationären Einrichtungen“ der Eingliederungshilfe leben, ist zu klären.

§ 45b Entlastungsbetrag

Gesetzentwurf

In § 45b Absatz 2 wird ergänzt, dass der Anspruch auf den Entlastungsbetrag mit dem Vorliegen der in § 45 Absatz 1 Satz 1 genannten Voraussetzungen entsteht, also mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI und dem Vorliegen von häuslicher Pflege. Ab diesem Zeitpunkt steht der Entlastungsbetrag den Anspruchsberechtigten monatlich jeweils ohne weitere Antragstellung zur Verfügung. Mit dem neuen § 45b Absatz 3 Satz 2 wird ausdrücklich bestimmt, dass § 63b Absatz 1 Satz 3 SGB XII, nach dem grundsätzlich Leistungen der Hilfe zur Pflege nicht erbracht werden, soweit Pflegebedürftige gleichartige Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften erhalten, auf den Entlastungsbetrag nach § 45b keine Anwendung findet. Darüber hinaus wird mit § 45b Absatz 3 Satz 3 neu sichergestellt, dass Pflegebedürftige entweder nur nach SGB XI oder nur nach SGB XII Anspruch auf den Entlastungsbetrag haben. Des Weiteren wird darauf verwiesen, dass die Nichtanrechnung nicht bei Leistungen nach den §§ 64i und 66 SGB XII gilt.

Bewertung

In der Praxis kommt es zu einer Vielzahl von nicht sachgerechten Auslegungsproblemen, die die Zugänge der pflegebedürftigen Menschen zu dieser Leistung behindern und erschweren. Die vorgenommene Ergänzung dient der Klärung der Auslegungsfragen im Sinne der Versicherten. Mit der Regelung wird klargestellt, dass es einer gesonderten Antragstellung nicht bedarf, um den Anspruch auf die Entlastungsleistung entstehen zu lassen. Die Antragstellung kann auch konkludent erfolgen, nämlich durch Einreichung der Belege zum Zweck der Kostenerstattung. Dies bedeutet, dass die grundsätzlich monatlich entstehenden Ansprüche, sofern sie in dem jeweiligen Monat nicht ausgeschöpft werden, nicht verfallen, sondern noch im weiteren Verlauf des Kalenderjahres und ggf. durch Übertragung ins nächste Kalenderjahr genutzt werden können. Diese Regelungen gelten für die aktuelle Rechtslage ebenso wie auch für die neue Rechtslage ab dem 1. Januar 2017.

Insgesamt sind die geplanten Neuregelungen in § 45b Absatz 2 SGB XI mit Nachdruck zu begrüßen, mit ihnen wird auch einer wiederholten Forderung der in der BAGFW kooperierenden Wohlfahrtsverbände entsprochen.

Bei den Änderungen in § 45b Absatz 3 Satz 1 handelt es sich nur um eine Verschiebung der Inhalte des bisherigen § 13 Absatz 3a. Da keine inhaltlichen Änderungen mit der Verschiebung des Regelungsinhalts verbunden sind, erachten wir diese als sachgerecht.

Mit § 45b Absatz 3 Satz 2 wird zudem ausdrücklich bestimmt, dass § 63b Absatz 1 Satz 3 SGB XII, nach dem grundsätzlich Leistungen der Hilfe zur Pflege nicht erbracht werden, soweit Pflegebedürftige gleichartige Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften erhalten, auf den Entlastungsbetrag nach § 45b keine Anwendung findet. Mit dem neuen § 45b Absatz 3 Satz 3 wird sichergestellt, dass Pflegebedürftige entweder nur nach SGB XI oder nur nach SGB XII Anspruch auf den Entlastungsbetrag haben. Die Nichtanrechnung gilt nicht bei Leistungen nach den §§ 64i und 66 SGB XII. In der Begründung wird darauf verwiesen, dass damit sichergestellt wird, dass der Entlastungsbetrag auch bei entsprechenden Empfängern von Fürsorgeleistungen in vollem Umfang tatsächlich zur Verfügung steht.
Die Neuregelungen in § 45b Absatz 3 Satz 2 und 3 halten wir für sachgerecht.

§ 45c Absatz 2 und Absatz 6 Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und des Ehrenamts, Verordnungsermächtigung – Erweiterung bei der Kofinanzierung der Länder und bei der Verwendung der Übertragung von nicht ausgeschöpften Fördermitteln

Gesetzentwurf

Gemäß § 45c fördert der GKV-Spitzenverband die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und des Ehrenamts im Wege eine 50-prozentigen Ko-Finanzierung durch die Länder oder Kommunen. Mit dem neuen § 45c Absatz 2 wird eine Ausweitung der Ko-Finanzierungsmöglichkeit vorgenommen. So können im Einvernehmen mit allen Fördergebern die Zuschüsse der kommunalen Gebietskörperschaften auch als Personal- oder Sachmittel eingebracht werden, sofern diese Mittel nachweislich ausschließlich und unmittelbar dazu dienen, den jeweiligen Förderzweck zu erreichen.

Nach § 45c Absatz 6 können die im jeweiligen Haushaltsjahr nicht ausgeschöpften und ins Folgejahr übertragenen Mittel, die am Ende des Folgejahres immer noch nicht in Anspruch genommen wurden, für konkret benannte Projekte im darauf folgenden Jahr von denjenigen Bundesländern beantragt werden, die im Jahr vor der Übertragung der Mittel mindestens 80 Prozent der auf sie entfallenden Mittel ausgeschöpft haben.

Bewertung

Wir beobachten mit großer Sorge, dass in einzelnen Bundesländern die Fördermittel im Rahmen der bereits seit 2002 bestehenden Regelung nur punktuell abgerufen werden. Durch die geplante Neuregelung erhalten nun die Kommunen die Möglichkeit, ihren Ko-Finanzierungsanteil nach § 45c nicht nur in Form von Geldmitteln, sondern auch durch Einbringung von Personal- und Sachmitteln zu leisten. Dies ist jedoch nur dann möglich, wenn der Förderanteil nachweislich ausschließlich und unmittelbar der Erreichung des jeweiligen Förderzwecks dient. Außerdem wird ausgeführt, dass zur Vermeidung von Streitfällen vorab Einvernehmen mit allen im Einzelfall beteiligten Fördergebern über die Bewertung der kommunalen Anteile und über die Feststellung, dass diese ausschließlich der unmittelbaren Erreichung des Förderzwecks dienen, herzustellen ist. Beides halten wir für essentiell.

Wir hoffen, dass durch die Ausweitung die Ko-Finanzierung der Länder besser gelingt und die zur Verfügung stehenden Fördermittel nun tatsächlich abgerufen werden.

Der anderen Neuregelung in § 45c begegnen wir mit einer gewissen Ambivalenz. Nach dem neuen Absatz 6 können die übertragenen Mittel, die am Ende des Folgejahres nicht in Anspruch genommen worden sind, für konkret benannte Projekte im darauf folgenden Jahr von Ländern beantragt werden, die im Jahr vor der Übertragung der Mittel mindestens 80 Prozent der auf sie entfallenden Mittel ausgeschöpft haben. Dies führt zum einen dazu, dass Länder, die bereits jetzt sehr aktiv sind, die Möglichkeit haben zusätzlich Mittel abzurufen, und auch die Ausschöpfung der Fördermittel wird eine höhere sein als bisher. Dies ist zu begrüßen. Andererseits werden aber die Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern im Hinblick auf Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und des Ehrenamts noch größer als bisher, was uns mit Sorge erfüllt. Daher schlagen wir zumindest eine Evaluation und Berichtspflicht der Neuregelung vor.

Monetäre Anreize werden vermehrt genutzt, um Engagierte zu gewinnen und ihr Engagement anzuerkennen oder zu entlohnen. Die BAGFW möchte deshalb anmerken, dass mit der zunehmenden Etablierung bezahlter und dennoch als „ehrenamtlich bzw. freiwillig“ bezeichneter Tätigkeiten eine Struktur geschaffen wird, die das Engagement vor allem unter dem Blickwinkel seiner organisatorischen Einsatzmöglichkeiten und seines Dienstleistungspotenzials nutzt. Diese Entwicklung stellt den „Eigensinn“ des ehrenamtlichen und freiwilligen Engagements als gemeinwohlbezogenes und in erster Linie von altruistischen Motiven bestimmten Engagements in Frage. Zwar gehören die Erstattung entstandener Kosten heute zum Standard einer modernen Engagementförderung und sollen sicherstellen, dass Engagierten durch ihr Engagement keine zusätzlichen Kosten und Risiken entstehen. Die Auslagenerstattung kann jedoch auch auf der Grundlage von Einzelnachweisen erfolgen. Daneben ist zur Verwaltungsvereinfachung die Zahlung einer Pauschale möglich, welche diejenigen Auslagen abdeckt, die mit der Ausübung des ehrenamtlichen oder freiwil-

ligen Engagements voraussichtlich regelmäßig anfallen werden. Eine Aufwandsentschädigung, wie in § 45c SGB XI vorgesehen, welche aufgewendete Zeit in Geldwert umrechnet und damit der Logik einer auf Entgelt ausgerichteten Beschäftigung folgt, steht nach unserer Auffassung im Widerspruch zum Ehrenamtsverständnis. Aus diesem Grund hält es die BAGFW im Zusammenhang mit § 45 c Abs. 3 SGB XI und der Förderung des Ehrenamtes für angebrachter, den Begriff des Auslagenersatzes zu verwenden. Für nebenberuflich tätige Personen ist der Begriff „steuervergünstigte Einnahmen“ zu empfehlen, da sie für erbrachte Leistungen eine stundenweise Vergütung erhalten, die bis zu einer Einkommensgrenze nach § 3 Nr. 26 EStG steuerfrei bleibt und nach § 14 Absatz 1 Satz 3 SGB IV auch nicht sozialversicherungspflichtig ist.

Lösungsvorschlag

Das Bundesversicherungsamt soll evaluieren, wie häufig die Neuregelungen des § 45c Absatz 2 Satz 2 und § 45c Absatz 6 in Anspruch genommen wurden und welche Verteilungswirkung sich aus diesen Flexibilisierungsregelungen ergeben hat.

§ 75 Rahmenverträge, Bundesempfehlungen und -vereinbarungen über die pflegerische Versorgung

Gesetzentwurf

In den Landesrahmenverträgen nach § 75 SGB XI sind zukünftig auch

- 1) die Vertragsvoraussetzungen und die Bedingungen der Vertragserfüllung für eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung (§ 75 Abs. 2 Nr.2),
- 2) die Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze für die Abrechnungsprüfungen (§ 75 Abs. 2 Nr.7) und
- 3) die Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze für die Zahlung einer ortsüblichen Vergütung an die Beschäftigten nach § 72 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 (§ 75 Abs.2 Nr. 10) zu regeln.

Bewertung

Zu 1)
Die in der BAGFW zusammengeschlossenen Verbände begrüßen grundsätzlich die Intention des Gesetzgebers, die Rahmenbedingungen durch die Pflegeselbstverwaltung regeln zu lassen. Wie in der Gesetzesbegründung dargelegt, handelt es sich hierbei um eine Klarstellung, so dass mit der Gesetzesänderung keine weitergehenden Rechte und Pflichten entstehen. Regelungen zu Zulassungsanforderungen nach § 72 SGB XI sind ohne diese Klarstellung bereits in zahlreichen Landesrahmenverträgen getroffen worden, insbesondere im Berliner Rahmenvertrag.

Die Formulierung „allgemeine Bedingungen der Pflege, einschließlich der Vertragsvoraussetzungen und der Vertragserfüllung für eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung“ ist jedoch unklar und kann daher zu Missverständ-

nissen führen. Insbesondere die Begriffe „Vertragsvoraussetzungen“ und „Vertragserfüllung“ halten wir für unpassend. Aus der Gesetzesbegründung lässt sich schlussfolgern, dass es sich hier um die Regelung von Zulassungsanforderungen nach § 72 SGB XI und die Überprüfungsmöglichkeiten zugelassener Pflegeeinrichtungen handelt. Ein Verweis auf den § 72 SGB XI ist daher zwingend notwendig.

Der Begriff „Vertragserfüllung“ ist gänzlich zu streichen, da sich die Bedingungen ordnungsgemäßer Vertragserfüllung bereits aus dem Versorgungsvertrag ergeben und es dahingehend keiner Konkretisierung bedarf. Ansonsten findet eine Überprüfung der ordnungsgemäßen Vertragserfüllung bereits durch die gesetzlich vorgesehenen Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen statt.

Zu 2)
Da die Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 79 um Abrechnungsprüfungen erweitert werden, müssen auch die Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze entsprechend erweitert und angepasst werden. Die Erweiterung in § 75 Absatz 2 Satz 1 Nummer 7 wird daher als sachgerecht bewertet.

Zu 3)
Dieser Klarstellung steht die BAGFW kritisch gegenüber. Mit der Regelung kann zwar besser überprüft werden, ob auch für Beschäftigte wie Hauswirtschaftskräfte in Einrichtungen, die nicht unter die Regelung des Arbeitnehmer-Entsendegesetzes fallen, tatsächlich die nach § 72 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 geforderte ortsübliche Vergütung gezahlt wird. Gleichzeitig verweist die BAGFW jedoch, wie schon in vorausgehenden Stellungnahmen, auf die Schwierigkeit, den unbestimmten Rechtsbegriff der ortsüblichen Vergütung zu definieren und zu konkretisieren. Wie die bisherigen Erfahrungen auf Landesebene zeigen, gestaltet sich die Festlegung der Maßstäbe für die ortsübliche Vergütung äußerst schwierig, da es hierfür unterschiedliche Ansätze gibt. Von daher ist zu erwarten, dass es hier vermehrt zu Streitigkeiten kommen wird. Darüber hinaus stößt die Zahlung der ortsüblichen Vergütung als Zulassungsvoraussetzung auf verfassungsrechtliche Bedenken.

§ 79 Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen

Gesetzentwurf

Der bisherige § 79 beinhaltet nur die Wirtschaftlichkeitsprüfungen. Er wird um den Regelungsgegenstand der Abrechnungsprüfung erweitert und autorisiert die Landesverbände der Pflegekassen auch zur Beauftragung der Durchführung von Abrechnungsprüfungen. Diese können vorgenommen werden, sofern tatsächliche Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die Pflegeeinrichtung fehlerhaft abrechnet.

Bewertung

Die BAGFW hält die Regelung für sachgerecht. Sichergestellt werden muss jedoch, dass die Prüfungen nur bei begründeten Verdachtsfällen stattfinden werden und nicht in billigem Ermessen der Pflegekasse stehen. Zur Wahrung der Rechte von Pflegeeinrichtungen hält die BAGFW eine gesetzliche Regelung für zwingend notwendig, die die Pflegekassen zur unmittelbaren Mitteilung des konkret vorgeworfenen Fehlverhaltens sowie der Ergebnisse der Prüfungen gegenüber den Pflegeeinrichtungen verpflichten.

Weiterhin gibt die BAGFW zu bedenken, dass allein die getroffenen Regelungen zur Verhinderung der zuletzt bekannt gewordenen Betrugsvorfälle nicht ausreichen und eher als nicht geeignet angesehen werden. Diese sind auf sektorenübergreifend organisierte Personengruppen zurückzuführen, die allein durch Überprüfung der Pflegeeinrichtungen nicht beseitigt werden können. Die BAGFW befürchtet zudem, dass die neu eingeführten Überprüfungsbefugnisse zu einem erhöhten Bürokratieaufwand führen und die Pflegeeinrichtungen unter Generalverdacht stellen können.

Lösungsvorschlag

§ 79 Absatz 4 ist nach Satz 3 wie folgt zu ergänzen: Die zu überprüfenden Pflegeeinrichtungen sind über das vorgeworfene Fehlverhalten in unmittelbaren Zusammenhang mit den Prüfungen in Kenntnis zu setzen und über die Ergebnisse der Prüfungen unverzüglich nach Beendigung der Prüfungen zu informieren.

§ 109 Pflegestatistiken

Gesetzentwurf

In § 109 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 werden nach dem Wort „Wohnort“, die Worte „Wohnort vor dem Einzug in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung“, eingefügt.

Bewertung

In § 109 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 wird das neue Merkmal „vorheriger Wohnort vor dem Einzug in eine vollstationäre Pflege“ neu aufgenommen. Diese Ergänzung geht auch auf eine Empfehlung der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege zurück. Sie stellt eine für die regionale Planung der Pflegeinfrastruktur wichtige Information dar. Die Ergänzung ist deshalb zu begrüßen.

§ 113b Absatz 4 Nummer 6 Qualitätsausschuss

Gesetzentwurf

Nach § 113b Absatz 4 Nummer 6 ist bis zum 31. März 2018 ein Konzept für eine Qualitätssicherung in neuen Wohnformen zu entwickeln und zu erproben. Hierbei sind insbesondere Instrumente zur internen und externen Qualitätssicherung sowie für eine angemessene Qualitätsberichterstattung zu entwickeln und ihre Eignung zu erproben. Der Bundesrat fordert, dass dem Qualitätsausschuss auch ein Vertreter der Länder angehören soll.

Bewertung

Mit dem PSG II wurde der Qualitätsausschuss ohne Fristsetzung beauftragt „ein Konzept für eine Qualitätssicherung in neuen Wohnformen zu entwickeln". Dieser Auftrag wird nun konkretisiert und auch mit einer Frist versehen. Wir halten diese Konkretisierung für sachgerecht.

Die BAGFW lehnt es ab, dass die Länder einen Vertreter in den Qualitätsausschuss entsenden können sollen. Der Qualitätsausschuss besteht aus Mitgliedern der Leistungserbringer und der Leistungsträger in gleicher Zahl. Zum einen würde die Entsendung eines Ländervertreters diese Parität stören und ggf. ein Ungleichgewicht zu Gunsten der Leistungsträger schaffen. Es ist sachgerecht, dass sich der Qualitätsausschuss aus den Vertragsparteien der Selbstverwaltung nach § 113 SGB XI zusammensetzt. Dazu gehören die Länder nicht. Allein die Tatsache, dass es zu den Aufgaben des Qualitätsausschusses gehört, ein Konzept für die Qualitätssicherung in den neuen Wohnformen zu entwickeln, rechtfertigt nicht die Einbeziehung der Länder in dieses Gremium.

§ 113b Absatz 2 Qualitätsausschuss i.V.m. § 118 Absatz 1 Beteiligung von Interessenvertretungen, Verordnungsermächtigung - Erweiterung der Beteiligungsrechte der Betroffenenorganisationen

Gesetzentwurf

Durch Änderungen in § 113b Absatz 2 und § 118 Absatz 1 erhalten die maßgeblichen Betroffenenorganisationen ein Antragsrecht, das über das bislang vorgesehene Mitberatungs- und Anwesenheitsrecht bei den Sitzungen des Qualitätsausschusses und der von ihm eingesetzten Gremien hinausgeht.

Bewertung

Durch die vorgenommenen Änderungen werden die Beteiligungsrechte der auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen (Betroffenenorganisationen) bei den Beschlüssen und Vereinbarungen der Vertragsparteien, die durch den

Qualitätsausschuss nach § 113b erlassen bzw. getroffen werden, weiter gestärkt. Die Betroffenenorganisationen erhalten ein Antragsrecht, das über das bislang vorgesehene Mitberatungs- und Anwesenheitsrecht bei den Sitzungen des Qualitätsausschusses und der von ihm eingesetzten Gremien hinausgeht. Diese Änderung wird von den in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbänden begrüßt.

§ 114 Absatz 2 Qualitätsprüfungen

Gesetzentwurf

Die Stichprobenziehung für die Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege wird um Leistungsbezieher der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V ohne Pflegesachleistungsbezug erweitert.

Bewertung

Bisher werden Leistungsbezieher der häuslichen Krankenpflege nur dann in die Qualitätsprüfungen des MDK bzw. des PKV Prüfdienst einbezogen, wenn sie auch Pflegesachleistungen beziehen. Zukünftig soll die Koppelung der Prüfung der HKP-Leistungen an den Sachleistungsbezug entfallen. Damit soll u.a. Unregelmäßigkeiten von einzelnen Pflegediensten in der Abrechnung von Pflegeleistungen/HKP Leistungen noch besser entgegengetreten werden können. Insgesamt halten wir diese Neuregelung für sachgerecht.

§ 123 Durchführung von Modellvorhaben zur kommunalen Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen

Gesetzentwurf

Mit den §§ 123 und 124 wird eine Regelung zu Modellvorhaben getroffen, die es kommunalen Stellen ermöglicht, Beratungsaufgaben nach dem SGB XI mit eigenen Beratungsaufgaben für alte und/oder hilfebedürftige Menschen zusammenzuführen und gemeinsam in eigener Zuständigkeit zu erbringen.

Die für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch können Modellvorhaben zur Beratung für ihren Zuständigkeitsbereich bei der zuständigen obersten Landesbehörde beantragen. Die Modellvorhaben sind jeweils auf einen Kreis oder eine kreisfreie Stadt zu beschränken bzw. in den Stadtstaaten auf einen Stadtteil. Im Rahmen der Modellvorhaben kann die Beratungsstelle die Aufgaben der Pflegeversicherung im Bereich der Pflegeberatung nach den §§ 7a bis 7c, der Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 und der Pflegekurse nach § 45 selbst durchführen.

Für die Beratung im Rahmen der Modellvorhaben gelten dieselben Qualitätsvorgaben wie für die Beratungen durch die Pflegekassen. Darüber hinaus ist in den Modellvorhaben bei der Beratung eine Verknüpfung zu kommunalen Leistungen der Hilfe zur Pflege und Altenhilfe, zur Eingliederungshilfe für behinderte Menschen, zum

bürgerschaftlichem Engagement, öffentlichem Gesundheitsdienst, der rechtlichen Betreuung und der Nutzbarkeit des Öffentlichen Personennahverkehrs sicherzustellen.

Nach § 123 Absatz 3 kann die zuständige oberste Landesbehörde höchstens so viele Modellvorhaben genehmigen, wie ihr nach dem Königsteiner Schlüssel für das Jahr 2017 bei einer Gesamtzahl von insgesamt 60 Modellvorhaben zustehen. Die Länder, welche die ihnen zustehenden Modellvorhaben nicht nutzen wollen, können diese im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit an andere Länder abtreten.

Die Länder insgesamt müssen bei der Genehmigung sicherstellen, dass bei der Hälfte der bewilligten Modellvorhaben keine mehrjährigen Erfahrungen in strukturierter Zusammenarbeit in der Beratung vorhanden sind.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt nach § 123 Absatz 4 Empfehlungen über die konkreten Voraussetzungen, Ziele, Inhalte und Durchführung der Modellvorhaben. Hierbei sind die kommunalen Spitzenverbände sowie die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen und ihrer Angehörigen und die PKV anzuhören. Die Empfehlungen bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit und der Länder.

Die Kommunen, die eine Genehmigung für Modellvorhaben nach § 123 Absatz 1 erhalten haben, sind nach § 123 Absatz 5 verpflichtet, mit den Landesverbänden der Pflegekassen gemeinsam und einheitlich eine Kooperationsvereinbarung abzuschließen. In dieser sind u. a die Einbeziehung aller bestehenden Beratungs- und Kursangebote, die Nachweis- und Berichtspflichten gegenüber den Landesverbänden der Pflegekassen, der Aufgabenübergang auf die Beratungsstellen zu regeln. Außerdem beinhaltet diese Kooperationsvereinbarung die Beteiligung der Pflegekassen mit sächlichen, personellen und finanziellen Mitteln. Dabei darf der Bei-trag der Pflegekassen den Aufwand nicht übersteigen, wenn sie die Aufgaben selbst erbringen würden. Kommt die Vereinbarung nicht zustande, werden analog zu § 7c Absatz 7 die Landesregierungen ermächtigt, durch Rechtsverordnung Schiedsstellen einzurichten.

Nach § 123 Absatz 6 geht mit Aufnahme der Beratungstätigkeit im Rahmen eines Modellvorhabens die Verantwortung für die Pflegeberatung nach den §§ 7a bis 7 c, die Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 sowie für die Pflegekurse nach § 45 für anspruchsberechtigte Pflegebedürftige und deren Angehörige mit Wohnort im Bereich der örtlichen Zuständigkeit der Beratungsstelle auf die jeweilige Modellkommune über.

Die Übernahme der Verantwortung für die Pflegeberatung, die Beratung in der eigenen Häuslichkeit und die Pflegekurse für die Anspruchsberechtigen mit Wohnort in ihrem Einzugsbereich kann durch eigene Beratungsstellen der Kreise und kreisfreien

Städte erfolgen. Alternativ können auch Dritte, die die Qualifikationsanforderungen für die Erbringung von Beratung erfüllen, durch vertragliche Vereinbarungen beauftragt werden.

Sofern sie sich für die Beratung nach § 37 Absatz 3 Dritter bedienen, ist die Leistungserbringung allen in § 37 Absatz 3 Satz 1 und Absatz 8 genannten Einrichtungen zu ermöglichen.

Für die Übernahme der Pflegeberatungsaufgaben wird den übernehmenden Stellen ein festgelegter Betrag nach § 123 Absatz 7 vorab zur Verfügung gestellt. Die jeweilige Modellkommune hat gegenüber der obersten Landesbehörde und den am Vertrag beteiligten Landesverbänden der Pflegekassen die Höhe der eingebrachten sächlichen und personellen Mittel je Haushaltsjahr nachzuweisen. Diese dürfen die durchschnittlich aufgewendeten Verwaltungsausgaben für die Hilfe zur Pflege und die Eingliederungshilfe bezogen auf den einzelnen Empfänger und für die Altenhilfe, bezogen auf die alte Bevölkerung im Haushaltsjahr vor Beginn des Modellvorhabens, nicht unterschreiten.

Bewertung

Zu § 123 Absatz 1

Nach Auffassung der BAGFW ist eine alleinige Verlagerung von Beratungsaufgaben aus dem Bereich der Pflegeversicherung in die Zuständigkeit der Modellkommunen nicht ausreichend. Es ist von essentieller Bedeutung, dass mit den Modellvorhaben eine Verknüpfung und Verzahnung mit der kommunalen Infrastruktur und der Beratung zu kommunalen Leistungen zur Pflege, Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen, bürgerschaftlichem Engagement, öffentlichem Gesundheitsdienst, rechtlicher Betreuung und der Nutzbarkeit des Öffentlichen Personennahverkehrs erfolgt. Das Ziel der Verbesserung der Beratung von pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen kann nur die Verknüpfung der SGB XI-Beratungsangebote mit den anderen kommunalen Beratungsangeboten erreicht werden. Der Bundesrat hat sich in seinem Formulierungsvorschlag zu Absatz 2 dagegen ausgesprochen, dass in den Modellvorhaben die übertragenen Beratungsaufgaben aus dem SGB XI mit den Beratungen im Rahmen der Altenhilfe nach § 7a, der Hilfe zur Pflege, der Eingliederungshilfe sowie mit den Beratungen zu Leistungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes und zur rechtlichen Betreuung verknüpft werden sollen. Die Modellvorhaben machen aus Sicht der BAGFW nur dann Sinn, wenn diese Vernetzung ausdrücklich angestrebt wird. Daher wird der diesbezügliche Formulierungsvorschlag des Bunderates nachdrücklich abgelehnt.

Die BAGFW schlägt vor, dass die Landkreise und kreisfreien Städte, die sich um eine Zulassung zum Modellvorhaben bewerben, im Vorwege der Umsetzung des Modellvorhabens eine Sozialraumanalyse erstellen, die Kennzahlen (Anzahl, Alter der hilfe- und pflegebedürftigen Menschen), Bedarfe sowie aktuelle Daten zur Infrastruktur (vorhandene ehrenamtliche wie auch professionelle Hilfe-, Beratungs-, Unterstüt-

zungs- und Versorgungsangebote) umfasst. Erst auf Grundlage einer solchen Analyse, die auf vorhandene Strukturen, Kompetenzen und Angebote aufbaut, lässt sich aus Perspektive der BAGFW eine effektive Abstimmung und bedarfsrelevante Verknüpfung und Verzahnung der lokalen Angebote und Beratungsleistungen entwickeln, die Synergieeffekte bewirkt.

In Verbindung mit den Empfehlungen über Ziele und Inhalte der Modellvorhaben nach Absatz 4 – an denen die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege zu beteiligen sind – muss mit den Modellvorhaben auch der Weg für innovative Ansätze frei gemacht werden. Dabei ist z.B. an die „integrierte Sozialraumplanung“ zu denken oder an ein Sozialraumbudget (Bsp. Niedersachsen). Im Blick sein müssen auch strukturfördernden Maßnahmen, wie z.B. die Verpflichtung zur Investition der Länder in Abhängigkeit zur Bevölkerungsstruktur. Im Rahmen der Modellvorhaben sollte auch die Durchführung präventiver Hausbesuche erprobt werden.

Unverzichtbar ist, dass für die Beratung im Rahmen der Modellvorhaben weiterhin die Rechtsgrundlagen der §§ 7a bis 7c, 17 Absatz 1a, § 37 Absatz 3 Satz 1, Satz 2 sowie Satz 5 erster Halbsatz, Satz 6 erster Halbsatz und Absatz 4 sowie § 45 entsprechend gelten. Ebenso unverzichtbar ist, dass die Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche nach § 37 Absatz 5 uneingeschränkt zur Anwendung kommen.

Es muss sichergestellt werden, dass die Beratung auch in flächenmäßig größeren Landkreisen wohnortnah, d.h., in den kreisangehörigen Gemeinden erfolgen kann. Dies ist im Gesetzestext klarzustellen.

Das Wunsch- und Wahlrecht muss erhalten bleiben. Gewachsene Beratungsstrukturen müssen erhalten bleiben und bestehende Verträge über § 45 SGB XI dürfen durch Modellregionen nicht außer Kraft gesetzt werden.

Zu § 123 Absatz 3

Die Gesamtzahl von insgesamt 60 Modellvorhaben stellt das Ergebnis der Beratungen in der Bund-Länder-Arbeitsgruppe dar. Die Verteilung nach dem Königsteiner Schlüssel entspricht einer allgemein akzeptierten Aufteilungsregelung unter den Ländern. Für sachgerecht erachten wir, dass die Länder, die die Modellvorhaben nicht nutzen wollen, diese an andere Bundesländer abtreten können, wobei sicher gestellt werden sollte, dass nicht umgesetzte Modellvorhaben nicht verfallen und damit nicht die Chance vergeben wird, die Wirksamkeit neuer Beratungskonzepte zu erproben sowie die vernetzte und aufeinander abgestimmte Beratungsleistungen und -hilfen wohnortnah aus einer Hand anzubieten.

Wir begrüßen ausdrücklich, dass Modellvorhaben auch von Kommunen durchgeführt werden sollen, in denen es noch keine mehrjährigen Erfahrungen in der strukturierten Zusammenarbeit in der Beratung gibt. Dadurch wird der Neuaufbau von Strukturen der Zusammenarbeit in der Beratung in den Kommunen gefördert, in denen z.B.

bisher der finanzielle Spielraum für eine gewünschte Strukturverbesserung der eigenen Beratungslandschaft gefehlt hat. Gleichzeitig ist es erfahrenen Kommunen möglich, ihre Beratungsangebote weiter zu optimieren.

Zu § 123 Absatz 4

Nach Auffassung der in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege sind bundeseinheitliche Empfehlungen zu begrüßen. Die vom Bundesrat vorgeschlagene Streichung der Empfehlungen ist abzulehnen. Zur Steuerung der Modellvorhaben schlägt der Bundesrat vor, einen Beirat unter Leitung der Länder einzurichten, in dem die kommunalen Spitzenverbände und die Landesverbände der Pflegekassen vertreten sein sollen. Ein solches Gremium ist aus Sicht der BAGFW nicht ausreichend, um zu gewährleisten, dass eine möglichst große Bandbreite von unterschiedlichen Ansätzen erprobt wird und gleichzeitig die Vergleichbarkeit der Modellvorhaben gewahrt bleibt. Hierzu bedarf es gemeinsamer Empfehlungen über Ziele, Inhalte und die Durchführung der Modellvorhaben. Neben den kommunalen Spitzenverbänden sowie den auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen und ihrer Angehörigen und der PKV sind auch die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege wegen der Sozialraumorientierung ihres Arbeitsansatzes einzubeziehen.

Die BAGFW schlägt vor, die Länder bereits bei der Ausarbeitung bei den Empfehlungen zur Durchführung der Modellverfahren stärker einzubeziehen. Für die Abgabe der Empfehlungen sollte eine Frist gesetzt werden, damit die Modellvorhaben zügig in die Praxis umgesetzt werden können.

Zu § 123 Absatz 5

Die Regelung ist positiv zu bewerten. Es muss sichergestellt sein, dass durch die Übernahme der Beratungstätigkeiten durch die Kommunen keine Leistungslücken entstehen. Die Pflegekassen müssen somit kontinuierlich eingebunden bleiben. Dies wird durch die Kooperationsvereinbarung sichergestellt. Dort wird auch geregelt, dass bereits bestehende Beratungs- und Kursangebote jeweils in das Modellvorhaben einbezogen werden sollen. Damit soll die Entstehung von ineffizienten Doppelstrukturen vermieden werden.

Positiv zu bewerten ist auch, dass die Pflegekassen sächlich, aber auch durch Personalgestellung an den Beratungsangeboten der Kommunen im Rahmen der Modellvorhaben beteiligt werden können.

Zu § 123 Absatz 6

Die Modellvorhaben müssen bei ihrer Ausgestaltung und Durchführung möglichst viel Flexibilität erhalten, entsprechend den jeweiligen Bedingungen vor Ort. Daher ist es sachgerecht, wenn sich die für die Hilfe zur Pflege zuständigen Sozialhilfeträger für

die Beratung Dritter bedienen können. Dies gilt insbesondere für die Durchführung der Beratungseinsätze nach § 37 Absatz 3, die bisher flächendeckend von den Pflegediensten durchgeführt wird. Die Regelung des § 123 Absatz 6 Satz 3 wird von der BAGFW daher ausdrücklich begrüßt.

Zu § 123 Absatz 7

Durch die Übernahme der Beratungsleistungen nach dem SGB XI, insbesondere durch die Aufstellung eines individuellen Versorgungsplans, der nach § 7a Absatz 1 Satz 3 die Leistungen anderer Leistungsträger miteinbezieht, können Synergieeffekte zu den kommunalen Beratungen im Rahmen der Hilfe zur Pflege, der Eingliederungshilfe und der kommunalen Altenhilfe entstehen. Dies ist sogar anzustreben. Im Ergebnis kann es dabei durchaus zu Einspareffekten bei den durchschnittlich aufgewendeten Verwaltungsausgaben für die Hilfe zur Pflege und für die Eingliederungshilfe kommen. Zugleich darf die Ausführung eines Modellvorhabens nicht dazu führen, dass die Kommunen im Bereich ihrer genuinen Beratungsaufgaben im Rahmen ihrer Hilfen sparen, ohne dass sich für die betroffenen Menschen ein Zusatznutzen ergibt. In diesem Spannungsfeld bewegt sich die Vorschrift des Absatzes 7. Daher ist es sachgerecht, dass die Antragsteller die Einbringung eigener sächlicher und personeller Mittel je Haushaltsjahr nachweisen müssen. Um dies sicherzustellen, reicht Satz 2 in Absatz 5, wonach der Beitrag der Pflegekassen den Aufwand nicht überschreiten darf, welcher bei Erbringung der Beratungen durch sie selbst entstehen würde.

Lösungsvorschlag

Zu § 123 Absatz 1

Die wohnortnahe Beratung und das Wunsch- und Wahlrecht sind sicherzustellen. Daher soll § 123 Absatz 1 nach Satz 4 um folgende Sätze ergänzt werden:
„Bei der Durchführung der Modellvorhaben ist eine wohnortnahe Beratung sicherzustellen. Das Wunsch- und Wahlrecht gilt entsprechend. Auf vorhandene Beratungsstrukturen ist zurückzugreifen und bestehende Verträge über § 45 SGB XI dürfen durch Modellregionen nicht außer Kraft gesetzt werden.“

Zu § 123 Absatz 3

Die BAGFW regt an, die Abtretung nicht genutzter Modellvorhaben durch die Bundesländer verpflichtend zu gestalten, damit die Umsetzungsmöglichkeiten nicht verfallen.

§ 123 Absatz 4 ist wie folgt zu formulieren:

„Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt nach Anhörung der kommunalen Spitzenverbände sowie die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und

behinderten Menschen und ihrer Angehörigen, der **Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege** sowie des Verbands der privaten Krankenversicherung e.V. Empfehlungen über die konkreten Voraussetzungen, Ziele, Inhalte und Durchführung der Modellvorhaben."

§ 123 Absatz 7 Satz 2 ist zu streichen („Diese dürfen die durchschnittlich aufgewendeten Verwaltungsaufgaben für die Hilfe zur Pflege und die Eingliederungshilfe bezogen auf den einzelnen Empfänger und für die Altenhilfe bezogen auf die alte Bevölkerung im Haushaltsjahr vor Beginn des Modellvorhabens nicht unterschreiten.")

§ 124 Befristung, Widerruf und Begleitung der Modellvorhaben zur kommunalen Beratung; Beirat

Gesetzentwurf

Die Modellvorhaben sind auf fünf Jahre befristet. Anträge zur Durchführung von Modellvorhaben können bis zum 31. Dezember 2021 gestellt werden.

Die Evaluation soll für alle Modellvorhaben gemeinsam erfolgen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen veranlasst im Benehmen mit den für die Modellvorhaben zuständigen obersten Landesbehörden gemeinsam eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung aller Modellvorhaben. Der Abschlussbericht ist spätestens zum 31. Dezember 2025 zu veröffentlichen; ein Zwischenbericht ist zum 31. Dezember 2023 zu veröffentlichen. Die Kosten der Auswertung werden je zur Hälfte vom Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung und den teilnehmenden Ländern getragen.

§ 124 Absatz 4 sieht eine Verpflichtung der Länder vor, den Austausch der Modellvorhaben untereinander zu regeln und zu begleiten und sich an einem bundesweiten Austausch zu beteiligen.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen richtet einen Beirat zur Begleitung der Modellkommunen und zur Beratung des Sachstands der Modellvorhaben ein. Ihm gehören Vertretungen der Kommunalen Spitzenverbände, der Länder, der Pflegekassen, der Wissenschaft und des Bundesministeriums für Gesundheit an.

Bewertung

Durch die Antragsfrist wird gewährleistet, dass der erforderliche Vorlauf für die landesspezifischen Regelungen und die untergesetzlichen Regelungen zur Qualitätssicherung der Beratungsangebote geschaffen werden können. Auch die Befristung der Modellvorhaben auf fünf Jahre halten wir für sachgerecht.

Den Vergleich der Regionen mit Modellvorhaben zu Regionen ohne Modellvorhaben erachten sehen wir als absolut erforderlich an, da nur dadurch Erkenntnisse darüber gewonnen werden können, ob die Zielsetzungen der Modellvorhaben im Hinblick auf

den Aufbau einer vernetzten Struktur und verbesserter Zugänge für die pflegebedürftigen Menschen tatsächlich erreicht werden.

Die Verpflichtung zum bundesweiten Austausch und zur Begleitung der Modellvorhaben in den einzelnen Bundesländern halten wir bei einem bundesweiten Modellvorhaben für sachgerecht. Dies ermöglicht ein Lernen aus den Schwierigkeiten und Lösungen anderer Modellvorhaben.

Die Evaluation der Modellvorhaben halten wir für unerlässlich. Wichtig ist es generell, die Ergebnisse der Modellvorhaben mit den Ergebnissen der Beratung durch Pflegestützpunkte zu vergleichen. Inwieweit ein Vergleich möglich ist, wird sich je nach Ausgestaltung der 60 Modellvorhaben zeigen, denn es mag Kommunen geben, die nur den Beratungseinsatz nach § 37 Absatz 3 SGB XI übernehmen, während andere vor allem die Übernahme der Pflegekurse nach § 45 SGB XI erproben wollen. Dennoch ist es wichtig, dass die Auflistung der Beratungen der Pflegekassen, die übernommen werden können, erstens nicht abschließend ist und zweitens nicht kumulativ. Die Einrichtung des Beirats befürworten wir. Zusätzlich zu den bereits im Gesetzestext genannten sollten auch die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege und die Betroffenenverbände Mitglied im Beirat sein.

Lösungsvorschlag

In § 124 Absatz 5 Satz 3 sind zusätzlich die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege und die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe älterer, pflegebedürftiger und behinderter Menschen auf Bundesebene aufzunehmen.

§ 141 Besitzstandsschutz und Übergangsrecht zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen

Gesetzentwurf

Bei Versicherten, deren Ansprüche nach § 45b zum 1. Januar 2017 von 208 Euro auf 125 Euro monatlich abgesenkt werden, sind zur Sicherstellung des Besitzstandsschutzes monatlich Leistungen der Pflegeversicherung in Höhe von bis zu 83 Euro nicht auf Fürsorgeleistungen zur Pflege anzurechnen (§ 141 Absatz 2 Satz 4 neu)

Durch eine Ergänzung in § 141 Absatz 3 soll normiert werden, dass für Pflegebedürftige, die am 31. Dezember 2016 Leistungen der Kurzzeitpflege in Anspruch nehmen, der am 31. Dezember 2016 gezahlte Pflegesatz für die Dauer der Kurzzeitpflege fort gilt. Darüber hinaus wird der Besitzstand geregelt, wenn Pflegebedürftige über den Jahreswechsel Kurzzeitpflege in Anspruch nehmen und im Anschluss daran in die vollstationäre Dauerpflege wechseln.

§ 141 Absatz 3a führt einen Besitzstandsschutz für pflegebedürftige Menschen bei einem Wechsel der vollstationären Pflege zum Jahreswechsel 2016/2017 ein. Um die

verwaltungstechnische Umsetzbarkeit der Regelung zu gewährleisten, wird sie auf fünf Jahre begrenzt.

Bewertung

Durch § 141 Absatz 2 Satz 4 neu wird der Besitzstandsschutz für Bezieher von Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII, denen bisher ein Betreuungs- und Entlastungsbetrag in Höhe von 208 Euro nach § 45b SGB XI zustand, erweitert. Bei Beziehern von Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII führen Erhöhungen der Leistungen nach den §§ 36 ff. SGB XI nicht automatisch dazu, dass sie tatsächlich höhere Leistungen zur Verfügung haben. In der Regel führen die Leistungserhöhungen hier dazu, dass die Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII entsprechend weniger leistet bzw. weniger aufstocken muss, weil die subsidiäre Sozialhilfe grundsätzlich die Leistungen der Pflegeversicherung auf ihre Leistungspflicht anrechnen darf. Ausweislich der Gesetzesbegründung soll durch die Ergänzung auch in diesen Konstellationen sichergestellt werden, dass der sonst geltende Besitzstandsschutz bei Kürzung des Betreuungs- und Entlastungsbetrages nicht durch eine entsprechend erhöhte Anrechnung durch die Sozialhilfe unterlaufen wird. Diese Ergänzung ist zu begrüßen.

Die Ergänzung in § 141 Absatz 3 ist ebenfalls zu begrüßen, da durch die Regelung einer beim Jahreswechsel 2016/2017 übergreifenden Kurzzeitpflege ein Bestandsschutz bezüglich des zu zahlenden Eigenanteils gewährleistet wird. Außerdem wird eine sich abzeichnende Regelungslücke zum Besitzstandsschutz beim Eigenanteil, wenn Pflegebedürftige über den Jahreswechsel Kurzzeitpflege in Anspruch nehmen und im Anschluss daran in die vollstationäre Dauerpflege wechseln, geschlossen.

Nach dem PSG II verliert der pflegebedürftige Mensch bei einem Wechsel der vollstationären Pflegeeinrichtung zum Jahreswechsel 2016/2017 oder zu einem späteren Zeitpunkt seinen Besitzstandsschutz auf den Eigenanteil. Durch § 141 Absatz 3a neu wird ein Besitzstandsschutz für die pflegebedürftigen Menschen bei einem Wechsel der vollstationären Pflegeeinrichtung zum Jahreswechsel 2016/2017 eingeführt.
Die BAGFW unterstützt den Änderungsantrag des Bundesrates, dass die Pflegekassen die Versicherten rechtzeitig, d.h. spätestens zum 1.1.2017, über die Höhe des Zuschlags unterrichten müssen.

§ 144 Überleitungs- und Übergangsregelungen, Verordnungsermächtigung

Gesetzentwurf

Durch § 144 Absatz 3 wird sichergestellt, dass die Versicherten, die die Leistungsbeträge nach § 45b, die sie in der Zeit vom 1. Januar 2015 bis zum 31. Dezember 2016 nicht zum Bezug von Leistungen nach § 45b Absatz 1 Satz 6 genutzt haben, ins Jahr 2017 übertragen und bis zum 31.12.2017 zur Kostenerstattung für Leistungen nach § 45b Absatz 1 nutzen können. Außerdem sieht § 144 Absatz 3 Regelungen zur nachträglichen Kostenerstattung vor.

Bewertung

Sowohl die Übergangsregelungen zur Übertragbarkeit von nicht in Anspruch genommenen Leistungen als auch die Regelungen zur nachträglichen Kostenerstattung sind nachdrücklich zu begrüßen; dies auch vor dem Hintergrund der in unserer Stellungnahme zu § 45b dargestellten Auslegungsprobleme, die in der Praxis dazu geführt haben, dass Versicherte bei einigen Kassen die ihnen an sich zustehenden Leistungen nicht im entsprechenden Umfang abrufen konnten

Artikel 2 Änderungen des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch

§ 61 Leistungsberechtigte

Gesetzentwurf

Das Siebte Kapitel „Hilfe zur Pflege“ wird insgesamt neu gefasst. § 61 SGB XI neu überträgt § 61 Absatz 1 Satz 1 SGB XI alt ins neue Recht.

Bewertung

In § 61 SGB XI neu fehlt es an der bisherigen Regelung, dass Hilfe zur Pflege nach § 61 Absatz 1 Satz 3 SGB XI alt auch gegenüber kranken Menschen und Menschen mit Behinderung erbracht werden kann, die voraussichtlich weniger als sechs Monate der Pflege bedürfen, die einen geringeren Bedarf als nach § 61a SGB XI neu haben oder andere, weitergehende Hilfen benötigen. Ein geringerer Hilfebedarf liegt bei einem Punktwert unter 12,5 Punkten vor. Andere, weitergehende Hilfen könnten beispielsweise Notfalleinsätze umfassen, bei denen ein Demenzkranker mit Weglauftendenzen wieder aufgefunden und nach Hause gebracht werden muss. Andere Beispiele sind erste Notversorgungsmaßnahmen, wie die Benachrichtigung der Polizei oder der Sozialberatungsstelle sowie die Anwesenheitsbereitschaft in der Häuslichkeit, wenn ein nicht-planbarer Hilfebedarf auftreten kann.

Durch diese Lücken im Leistungszugang wird der Personenkreis der Leistungsberechtigten deutlich eingeschränkt. Personengruppen, die nichtpflegebedürftig im Sinne des Elften Sozialgesetzbuches sind, jedoch weiterer Hilfen bedürfen, erhalten keine Unterstützung mehr. Dies widerspricht dem Bedarfsdeckungsprinzip. Mit der Ausweitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der Erweiterung der Unterstützungsleistungen im Alltag ist nicht sichergestellt, dass damit alle Hilfebedarfe abgedeckt sind. Um weiterhin eine vollumfängliche Unterstützung zu gewährleisten, bedarf es im Rahmen der Hilfe zur Pflege eines Auffangtatbestandes. Die BAGFW hat sich bereits im Rahmen der beiden Expertenbeiräte zum Neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff dafür eingesetzt, dass diese Hilfen erhalten bleiben und kritisiert diese Leistungslücke nachdrücklich.

Lösungsvorschlag

In § 61 ist als neuer Satz 2 einzufügen:
„Hilfe zur Pflege ist auch kranken Menschen und Menschen mit Behinderung zu leisten, die einen geringeren Bedarf als nach Satz 1 haben oder die anderer, weitergehender Hilfen bedürfen.“

§ 61a Begriff der Pflegebedürftigkeit

Gesetzentwurf

§ 61a übernimmt den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff aus § 14 SGB XI mit Ausnahme der zeitlichen Untergrenze von sechs Monaten, während deren Dauer nach dem SGB XI Hilfebedürftigkeit vorliegen muss, in die Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII. In Absatz 2 werden die Kriterien zur Beurteilung der Pflegebedürftigkeit nach den sechs Modulen des SGB XI vollständig übernommen.

Bewertung

§ 61a ist positiv zu bewerten. Die in Absatz 2 genannten Kriterien aus den sechs Modulen zur Beurteilung der Pflegebedürftigkeit werden vollständig entsprechend § 14 Absatz 2 SGB XI in der ab dem 1.1.2017 geltenden Fassung übernommen. In § 61 Absatz 2 wurde aus dem SGB XI die Formulierung, dass die Beeinträchtigungen gesundheitlich bedingt sein müssen, nicht übernommen. Wir schlagen vor, diesen wahrscheinlich redaktionellen Fehler zu berichtigen.

Lösungsvorschlag

In § 61 Absatz 2 Satz 1 werden vor dem Wort „Beeinträchtigungen“ die Worte „gesundheitlich bedingte“ eingefügt.

§ 61b Pflegegrade

Gesetzentwurf

Die Zuordnung von pflegebedürftigen Personen zu den einzelnen Pflegegraden in der Hilfe zur Pflege nach § 61b SGB XII neu entspricht der Zuordnung nach dem SGB XI (§ 15 Absatz 3 Satz 3 SGB XI in der ab dem 1.1.2017 geltenden Fassung). § 61b Absatz 2, in der die Zuordnung von Pflegebedürftigen mit besonderen Bedarfskonstellationen zum Pflegegrad 5 vorgenommen wird, entspricht im Wesentlichen § 15 Absatz 4 SGB XI.

Bewertung

Die BAGFW begrüßt, dass der Gesetzentwurf im Unterschied zum Referentenentwurf die Regelung des § 15 Absatz 4 SGB XI nun vollumfänglich übernommen hat, wofür sich die BAGFW eingesetzt hatte.

§ 61c Pflegegrad bei Kindern

Gesetzentwurf

Die Zuordnung von pflegebedürftigen Kindern zu einem Pflegegrad nach § 61c SGB XII neu entspricht der Regelung im SGB XI (§ 15 Absatz 6 in der ab dem 1.1.2017 geltenden Fassung).

Bewertung

Kein Änderungsbedarf.

§ 62 Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit

Gesetzentwurf

In § 62 wird festgelegt, dass die Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit in der Hilfe zur Pflege grundsätzlich nach dem Begutachtungsinstrument nach § 15 SGB XI erfolgen muss.

Bewertung

Das Siebte Kapitel des SGB XII enthielt bisher keine ausdrückliche Regelung, nach welchem Verfahren die Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XII zu beurteilen ist. Mit dem neuen § 62 SGB XII wird nun festgelegt, dass auch in Fällen, in denen Personen keine Leistungen nach dem SGB XI erhalten, jedoch Hilfe zur Pflege, die Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit stets auf der Grundlage des NBA vorzunehmen ist. Diese Klarstellung wird von der BAGFW ausdrücklich begrüßt.

§ 62a Bindungswirkung

Gesetzentwurf

Der neue § 62a sieht vor, dass die Entscheidung der Pflegekasse über den Pflegegrad der Entscheidung des Sozialhilfeträgers bei der Hilfe zur Pflege nicht nur zugrunde zu legen ist, sondern für den Sozialhilfeträger bindend ist.

Bewertung

Im geltenden Recht nach § 62 SGB XII galt nur die Regelung, dass der Sozialhilfeträger bei seiner Entscheidung über die Zuordnung zu einer Pflegestufe die Entscheidung der Pflegekasse zugrunde legen musste. In der Praxis war unklar, wie das in § 62 Satz 1 bezeichnete „Ausmaß“ der Pflegebedürftigkeit zu verstehen ist. Daher wird die Klarstellung prinzipiell begrüßt.

Sofern es beim Vorrang der Pflegeleistungen vor den Leistungen der Eingliederungshilfe im häuslichen Umfeld bleiben sollte, besteht für Menschen mit Behinderung allerdings die große Gefahr, dass Eingliederungshilfeleistungen – hier konkret die Assistenzleistungen – gar nicht mehr geprüft und bewilligt werden bzw. eine vom MDK unabhängige Prüfung des Eingliederungshilfebedarfs nicht mehr stattfindet. Damit ist zu befürchten, dass eine teilhabebezogene Bedarfsdeckung nur noch nach Maßgabe der Feststellungen im Rahmen der Prüfung der Pflegebedürftigkeit stattfindet. Eine gesonderte Überprüfung des Bedarfs an Leistungen der Eingliederungshilfe fände nicht mehr statt. Dies entspricht nicht den im Einzelfall bestehenden Bedarfen der Menschen mit Behinderung und widerspricht insbesondere dem im Sozialhilferecht geltenden Grundprinzip aus § 9 Abs. 1 SGB XII und der UN-BRK. Danach sind bei der Leistungsgewährung stets die Besonderheiten des Einzelfalls, vor allem im Hinblick auf die Art des konkreten Bedarfs, zu berücksichtigen.

§ 63 Leistungen für Pflegebedürftige

Gesetzentwurf

Im Leistungskatalog nach § 63 wird anders als im bisherigen § 61 Absatz 2 Satz 2 nicht mehr auf den Leistungskatalog nach § 28 SGB XI verwiesen. Stattdessen werden die Leistungen in § 63 SGB XII neu aufgelistet. Der Leistungskatalog nach § 63 ist, wie bisher auch schon, abschließend. In § 63 Absatz 2 werden die Leistungen für Pflegebedürftige des Pflegegrads 1 abschließend aufgezählt.

Bewertung

In der Aufzählung der Leistungsformen im Einzelnen, die in § 63 Absatz 1 Nummern 1 bis 5 vorgenommen wird, zeigt sich, dass der Leistungskatalog erweitert wird: Es besteht jetzt auch Anspruch auf den Entlastungsbetrag nach § 64i SGB XII neu (entsprechend der neuen Nummer 13 des § 28 SGB XI in der ab dem 1.1.2017 geltenden Fassung). Diese Neuregelung ist zu begrüßen. Des Weiteren wird klargestellt, dass Anspruch auf die Hilfe zur Pflege auch im Rahmen der Verhinderungspflege besteht. Diese Leistung war in der Praxis allerdings bereits von der Hilfe zur Pflege erfasst.

Nicht mehr im Leistungskatalog enthalten sind die Hilfsmittel.

Bei der stationären Pflege, deren Inhalte in § 65 SGB XII neu geregelt werden, ist weiterhin der Anspruch auf die zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 43b SGB XI neu in der ab dem 1.1.2017 geltenden Fassung (§ 87b SGB XI in der geltenden Fassung) für Nichtversicherte nicht enthalten. Dies wird von der BAGFW scharf kritisiert, da somit nichtversicherte Sozialhilfeempfänger in den vollstationären Pflegeeinrichtungen von dieser Leistung weiterhin ausgeschlossen bleiben. Nicht in den Leistungskatalog nach § 63 SGB XII neu aufgenommen wurde der Wohngruppenzuschlag nach § 38a SGB XI. In der Begründung steht, dass er, soweit dies im Einzelfall erforderlich ist, im Rahmen der häuslichen Pflegehilfe gewährt werden kann. Dies wird in der Praxis streitbehaftet sein. Daher sollte im Gesetzestext selbst eine Klarstellung hierzu erfolgen.

Die Leistungen der Hilfe zur Pflege für Pflegebedürftige des Pflegegrads 1 umfassen gegenüber dem Leistungskatalog nach § 28a SGB XI in der ab dem 1.1.2017 geltenden Fassung einige Leistungen nicht: der Wohngruppenzuschlag nach § 38a SGB XI, und die zusätzliche Betreuung und Aktivierung in der stationären Pflegeeinrichtung gemäß § 43b SGB XI. Ebenfalls nicht enthalten ist die Leistung nach § 28a Absatz 3 SGB XI, wonach Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 bei der Wahl von vollstationären Einrichtungen der Zuschuss nach § 43 Absatz 3 SGB XI in Höhe von 125 Euro monatlich zu gewähren ist. Den in der BAGFW zusammengeschlossenen Verbänden erschließen sich diese Leistungsausnahmen nicht.

Des Weiteren ist unklar, warum die in § 28 SGB XI als „Sterbebegleitung“ titulierte Leistung in § 63 SGB XII neu als „Begleitung in der letzten Lebensphase“ bezeichnet wird. Im Sinne der Rechtsklarheit sollte in beiden Gesetzen die gleiche Terminologie für diese Leistung verwendet werden.

Lösungsvorschlag

In § 63 Absatz 1 ist Nummer 1d) wie folgt zu ergänzen:
„Pflegehilfsmittel **und Hilfsmittel**“

In § 63 Absatz 1 ist nach Nummer 1b) folgende Nummer 1c) einzufügen „1c) Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen (§ 38a)“

Des Weiteren sind die Nummern 2, 3 und 5 zu präzisieren

2. teilstationäre Pflege einschließlich der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen gemäß § 43b SGB XI (§ 64g),
3. Kurzzeitpflege einschließlich der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen gemäß § 43b SGB XI (§ 64h),
5. stationäre Pflege einschließlich der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen gemäß § 43b SGB XI (§ 65).

In § 63 Absatz 2 ist nach Nummer 2 wie folgt zu ergänzen:

„3. Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen gemäß § 38a SGB XI
4. Zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen gemäß § 43b SGB XI
5. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen gemäß § 45 SGB XI.“

§ 63a Notwendiger pflegerischer Bedarf

Gesetzentwurf

Der notwendige pflegerische Bedarf ist durch die Träger der Sozialhilfe zu ermitteln.

Bewertung

Die BAGFW begrüßt, dass die noch im Referentenentwurf enthaltene Regelung zur Pauschalierung des notwendigen pflegerischen Bedarfs im Gesetzentwurf gestrichen wurde. Dafür hatte sie sich vehement eingesetzt. § 63a ist nun mit der Überschrift „notwendiger pflegerischer Bedarf“ überschrieben. Da der im Einzelfall erforderliche pflegerische Bedarf ohnehin vom Träger der Sozialhilfe zu ermitteln ist, erschließt sich der BAGFW Notwendigkeit und Sinn dieser Regelung nicht. § 63a ist daher ersatzlos zu streichen.

Lösungsvorschlag

§ 63a ist ersatzlos zu streichen.

§ 63b Leistungskonkurrenz

Gesetzentwurf

Der Gesetzentwurf sieht im häuslichen Umfeld den Vorrang der Hilfe zur Pflege gegenüber den Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach diesem Buch, dem Bundesversorgungsgesetz und dem Achten Buch vor, es sei denn, bei der Leistungserbringung steht die Erfüllung der Aufgaben der Eingliederungshilfe im Vordergrund.

In Absatz 1 wird spezifisch das Verhältnis von Eingliederungshilfe zur Hilfe zur Pflege geregelt und dabei zwischen dem häuslichen und dem außerhäuslichen Bereich differenziert:

Im häuslichen Umfeld i.S. des § 36 SGB XI gehen die Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII den Leistungen der Eingliederungshilfe vor, es sei denn, bei der Leistungserbringung steht die Erfüllung der Aufgaben der Eingliederungshilfe im Vordergrund. Außerhalb des häuslichen Umfelds hingegen gehen die Leistungen der Eingliederungshilfe den Leistungen anderer Sozialhilfeträger vor.

Die Absätze 2 bis 7 übernehmen inhaltsgleich die entsprechenden Regelungen aus den § 63 und § 66.

Bewertung

Im häuslichen Bereich, der nach den Leistungen der häuslichen Pflegeleistung nach § 36 SGB XI (Pflegesachleistung) definiert ist, gehen die Leistungen der Pflegeversicherung und der Hilfe zur Pflege den Eingliederungsleistungen vor. Völlig unklar ist jedoch, wie der häusliche Bereich zu definieren ist. Eine Definition über § 36 SGB XI lehnen wir ab, denn § 36 stellt keine Beschreibung der Häuslichkeit dar. Unklar bleibt auch, ob von der Häuslichkeit auch die Häuslichkeit von heute als stationär bezeichneten Einrichtungen der Eingliederungshilfe erfasst ist. Der Vorrang der Pflegeversicherung gilt im häuslichen Bereich nicht, wenn der Aufgabenschwerpunkt in der Eingliederungshilfe liegt. Aus Perspektive der BAGFW wird es zu zahlreichen Abgrenzungsproblemen kommen: Da viele Menschen mit Behinderung Pflegeleistungen beziehen und damit Betreuungsleistungen benötigen, wird es regelmäßig strittig sein, ob der Schwerpunkt der Leistungen in der Eingliederungshilfe oder in der Pflegeversicherung liegt. Bleibt es bei der Vorrangigkeit der Pflegeversicherung, sind auch die Leistungen der Hilfe zur Pflege vorrangig vor den Leistungen der Eingliederungshilfe. Sie werden regelmäßig zum Einsatz kommen, da die Leistungen der Pflegeversicherung aufgrund des Teilleistungssystems gedeckelt sind. Aufgrund des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wird es regelmäßig strittig sein, welcher Sphäre die Betreuungsleistungen zugerechnet werden müssen: der Eingliederungshilfe oder der Hilfe zur Pflege. Es wird zu Einzelfallentscheidungen kommen, ob die Aufgaben der Eingliederungshilfe oder der Pflegeversicherung im Vordergrund stehen. Hier ist mit einer Reihe von Klageverfahren zu rechnen, bis Rechtssicherheit hergestellt sein wird. Es kann nicht im Interesse des Gesetzgebers sein, dass eine Klarstellung erst durch die Rechtsprechung erfolgen wird.

Die BAGFW lehnt den Nachrang der Eingliederungshilfe im häuslichen Bereich ab und fordert den Vorrang der Leistungen der Eingliederungshilfe vor der Hilfe zur Pflege. Leistungen der Hilfe zur Pflege und der Eingliederungshilfe sind in ihrer Zielrichtung wesensverschieden und können daher nicht im Konkurrenzverhältnis zueinander stehen.

Zu § 63b Absatz 4 (Leistungen der Hilfe zur Pflege für die Beschäftigung besonderer Pflegekräfte von Menschen mit Behinderung während des Aufenthalts in einem Krankenhaus oder eine Rehabilitationseinrichtung) regt die BAGFW erneut an, im Gesetz klarzustellen, dass dieser Rechtsanspruch auch für Menschen mit Behinderung gilt, die ihre Assistenz nicht durch eine Pflegekraft im Arbeitgebermodell sicherstellen oder die ihren Lebensmittelpunkt in einer Einrichtung der Behindertenhilfe i.S. des § 71 Abs. 4 SGB XI haben. Auch diese Menschen müssen einen Rechtsanspruch auf die Mitaufnahme einer Begleitperson ins Krankenhaus oder in die Vorsorge- bzw. Rehabilitationseinrichtung haben, sofern die Begleitung medizinisch erforderlich ist. In der Praxis muss zudem gewährleistet sein, dass die Krankenkasse

auch in all diesen Fällen die Kosten für einen etwaigen Verdienstausfall trägt, entsprechend den Regelungen bei Verdienstausfall wegen eines kranken Kindes (§ 45 Abs. 4 SGB V) oder den Verdienstausfallregeln bei Begleitpersonen im Bereich der Rehabilitation nach § 53 Abs. 1 SGB IX. Bei pflegebedürftigen Menschen mit einer Behinderung soll das Pflegegeld im Falle einer Begleitung durch den pflegenden Angehörigen auch während eines über die Dauer von vier Wochen hinausgehenden Aufenthalts in einem Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung gezahlt werden. Auch die Erstattung der Beiträge zur Rentenversicherung von Pflegepersonen endet nach § 34 Abs. 3 SGB XI mit Ablauf der vierwöchigen Fortzahlung des Pflegegelds bei Krankenhausaufenthalt. Für die Dauer eines Krankenhaus- oder Rehaaufenthalts können die Pflegepersonen aber kein alternatives Beschäftigungsverhältnis eingehen. Daher soll das Pflegegeld nicht nur pflegebedürftigen Menschen mit Behinderung, die einen Assistenten im Arbeitgebermodell beschäftigen, weitergewährt werden, sondern allen häuslich von Pflegepersonen betreuten pflegebedürftigen Menschen mit und ohne Behinderung, sofern deren Aufenthalt in einem Krankenhaus oder einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung länger als vier Wochen dauert.

Lösungsvorschlag

„§ 63b Absatz 1 soll lauten:
„Die Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung nach dem Zwölften Buch bzw. nach dem Neunten Buch/BTHG, dem Bundesversorgungsgesetz und dem Achten Buch bleiben unberührt; sie sind im Verhältnis zur Pflegeversicherung nicht nachrangig. Leistungen der Eingliederungshilfe gehen Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem siebten Kapitel des Zwölften Buches vor.“

§ 64 Vorrang

Gesetzentwurf

Die Regelung setzt fest, dass die Pflege vorrangig durch das Pflegegeld sicherzustellen ist. Des Weiteren soll der Sozialhilfeträger darauf hinwirken, dass häusliche Pflege durch dem Pflegebedürftigen nahestehende Personen und Ehrenamtliche sichergestellt werden soll.

Bewertung

Die BAGFW kritisiert, dass die bisherige Soll“-Vorschrift des § 63 Absatz 1 Satz 1 des gegenwärtigen SGB XII in eine „Muss“-Vorschrift umgewandelt wird. Ausweislich der Begründung handele es sich bei der Neufassung lediglich um eine Klarstellung, mit der keine Änderung des bestehenden Rechts verbunden sei (S. 89). Die neue Vorschrift präzisiere zudem den allgemeinen Grundsatz des § 13 Absatz 1 Satz 2, SGB XII wonach in der Sozialhilfe ambulante Leistungen Vorrang vor teilstationären Leistungen und teilstationäre Leistungen vor stationären Leistungen haben. Aus Sicht der BAGFW handelt es sich jedoch nicht um eine solche Präzisierung, denn

ambulante Leistungen können sowohl in Form des Pflegegelds als auch der Pflegesachleistung erbracht werden.

Nach dem Grundsatz des § 13 Absatz 1 Satz 2 SGB XII hat der Versicherte ein Wahlrecht zwischen dem Pflegegeld und der Pflegesachleistung. Dies muss aus Sicht der BAGFW erhalten bleiben. Das Wunsch- und Wahlrecht wird eingeschränkt, wenn Pflegebedürftige künftig nachweisen müssen, dass sie weder einen Angehörigen noch Freunde, Bekannte oder Nachbarn haben, durch die sie mittels des Pflegegelds ihre Pflege sicherstellen können. Klar ist überdies, dass das Pflegegeld in den meisten Fällen nicht ausreicht, um die Pflege sicher zu stellen. Die Kombinationsleistung aus Pflegegeld und Pflegesachleistung ist nach § 64b Absatz 1 Satz 1 jedoch auch weiterhin möglich. Daher stellt sich die Frage, wozu es der Vorrangregelung des neuen § 64 SGB XII bedarf Nach § 64 Absatz 2 soll der Träger der Sozialhilfe darauf hinwirken, dass die häusliche Pflege durch Pflegepersonen, die dem Pflegebedürftigen nahestehen, übernommen werden soll. Die Regelung kann nur als Einschränkung des Wunsch- und Wahlrechts zwischen Pflegegeld und der Pflegesachleistung verstanden werden. Dies lehnt die BAGFW entschieden ab. Daher schlagen wir vor, die „Muss“-Vorschrift wieder in eine „Soll“-Vorschrift umzuwandeln.

Lösungsvorschlag

Die Überschrift des § 64 „Vorrang“ entfällt.

§§ 64 und 64a sind unter der Überschrift „Pflegegeld“ zusammenzufassen und soll lauten:§ 64 Pflegegeld

„(1) Reicht häusliche Pflege aus, soll der Träger der Sozialhilfe darauf hinwirken, dass die häusliche Pflege durch Personen, die dem Pflegebedürftigem nahe stehen, als Nachbarschaftshilfe oder durch sonstige, zum gesellschaftlichen Engagement bereite Personen übernommen werden.“

Die weiteren Absätze des § 64a neu werden in § 64 an Absatz 1 angefügt.

§ 64a Pflegegeld

Gesetzentwurf

Die Regelung entspricht dem bisherigen § 64 Absatz 5 SGB XII alt.

Bewertung

Die Regelung wird begrüßt (vgl. Bewertung zu § 64).

§ 64b Häusliche Pflegehilfe

Gesetzentwurf

Die Regelung korrespondiert mit der Regelung zur häuslichen Pflegehilfe im SGB XI, aber überträgt das ab dem 1.1.2017 geltende Recht zu § 36 SGB XI nur teilweise in das Recht der Sozialhilfe. Es fehlt, dass die häusliche Pflegehilfe erbracht wird, um Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeit des Pflegebedürftigen soweit wie möglich durch pflegerische Maßnahmen zu beseitigen oder zu mindern und eine Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit zu verhindern.

Es wird zudem in § 64b Absatz 1 Satz 4 normiert, dass die häusliche Pflegehilfe auch Betreuungs- und Entlastungsleistungen durch Unterstützungsangebote nach § 45a zusätzlich zum gesonderten Anspruch auf den Entlastungsbetrag nach § 64i umfasst.

Bewertung

Die BAGFW kann nicht nachvollziehen, dass der § 36 SGB XI hier nur in Teilen in das Sozialhilferecht übertragen wird. Aus unserer Sicht muss der Anspruch auf Förderung der Fähigkeiten und der Selbstständigkeit ebenfalls im § 64b SGB XII normiert werden.

Des Weiteren haben nach § 64b Absatz 1 Satz 1 nur Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 Anspruch auf Leistungen der häuslichen Pflegehilfe. Da das System der Hilfe zur Pflege bedarfsdeckend ist und auch Personen im Pflegegrad 1 pflegebedürftig i.S. des SGB XI sind, müssen ihnen auch bedarfsdeckend Leistungen der häuslichen Pflegehilfe gewährt werden können. Pflegebedürftige in Pflegegrad 1 sind daher entsprechend in § 64b Absatz 1 Satz 1 zu ergänzen.

Der Sachleistungsbetrag nach § 36 SGB XI kann nach § 45a Absatz 4 SGB XI in Höhe von bis zu 40 Prozent des entsprechenden Leistungsbetrags des jeweiligen Pflegegrads in Unterstützungsangebote nach § 45a SGB XI umgewidmet werden. Im korrespondierenden Sozialhilferecht muss sichergestellt sein, dass Leistungsempfänger der Hilfe zur Pflege nicht zur Umwidmung gezwungen werden dürfen, sondern in vollem Umfang Anspruch auf bedarfsdeckende Leistungen zur Pflegesachleistung haben. Des Weiteren sollte in der Gesetzesbegründung klargestellt werden, dass maximal bis zu 40 Prozent des entsprechenden Leistungsbetrags des jeweiligen Pflegegrads in Unterstützungsangebote nach § 45a SGB XI umgewidmet werden können.

Lösungsvorschlag

In § 64b Abs. 1 ist vor Satz 1 der folgende Satz einzufügen: „Häusliche Pflegehilfe wird erbracht, um Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeit des

Pflegebedürftigen soweit wie möglich durch pflegerische Maßnahmen zu beseitigen oder zu mindern und eine Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit zu verhindern.“

In § 64 Absatz 1 Satz 1 wird nach dem Wort „Pflegegrade“ die Zahl „1“ ergänzt.

§ 64b Absatz 1 Satz 4 soll lauten:
„Häusliche Pflegehilfe kann **auf Wunsch der Pflegebedürftigen** auch Betreuungs- und Entlastungsleistungen durch Unterstützungsangebote im Sinne des § 45a des Elften Buches umfassen.“

§ 64c Verhinderungspflege

Gesetzentwurf

Mit dem neuen § 64c wird die Verhinderungspflege erstmals systematisch in das Sozialhilferecht eingeführt. Die Leistungsinanspruchnahme war auch bisher schon möglich. Die Regelung entspricht dem Inhalt nach der Verhinderungspflege nach § 39 Absatz 1 SGB XI.

Bewertung

Die BAGFW begrüßt diese Klarstellung.

§ 64d Pflegehilfsmittel

Gesetzentwurf

Die Regelung überträgt im Wesentlichen inhaltsgleich die Regelung des § 40 Absätze 1 bis 3 SGB XI ins Sozialhilferecht. Pflegehilfsmittel umfassen sowohl zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel als auch technische Hilfsmittel.

Bewertung

Gegenüber dem Referentenentwurf wurde in § 64d Absatz 2 im Gesetzentwurf ergänzt, dass technische Hilfsmittel „in allen geeigneten Fällen“ vorrangig leihweise überlassen werden sollen. Diese Formulierung entspricht § 40 Absatz 3 SGB XI. Diese Ergänzung wurde von der BAGFW gefordert und wird daher begrüßt. e Pflegehilfsmittel leihweise erhalten.

§ 64e Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfelds

Gesetzentwurf

Die Regelung zu den Wohnumfeld verbessernden Maßnahmen wird im Unterschied zur korrespondierenden Regelung in § 40 Absatz 4 SGB XI als Ermessensleistung

ausgestaltet. Voraussetzung für die Gewährung der Leistung ist, dass die Maßnahmen angemessen sind.

Bewertung

Gerade Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen wie z.B. der Umbau zu einem barrierefreien Bad oder die Absenkung von Schwellen können maßgeblich dazu beitragen, dass pflegebedürftige Menschen trotz erheblichen Hilfsbedarfs so lange wie möglich in ihrer eigenen Häuslichkeit verbleiben können. Auch die Pflegekasse erbringt ihre subsidiären Zuschüsse zu diesen Maßnahmen nur, wenn sie erforderlich ist. Gerade Sozialhilfeempfänger werden bei Maßnahmen von erheblichem Umfang auf ergänzende Hilfe angewiesen sein. Da die Pflegekasse nur Leistungen gewähren darf, durch welche die häusliche Pflege überhaupt erst ermöglicht wird oder ein Verbleiben der Pflegebedürftigen in der häuslichen Umgebung sichergestellt werden kann, darf es kein weiteres Ermessen des Sozialhilfeträgers geben.

Lösungsvorschlag

In § 64e ist in Satz 1 die Nummer 1 („soweit sie angemessen sind“) zu streichen.

§ 64f Andere Leistungen

Gesetzentwurf

§ 64f SGB XII neu übernimmt aus dem alten korrespondierenden § 65 SGB XII alt nur die Regelung in dessen Absatz 2, wonach den Pflegebedürftigen die Aufwendungen für die Beiträge einer Pflegeperson oder einer besonderen Pflegekraft für eine angemessene Alterssicherung zu erstatten ist. Des Weiteren sollen, wie bisher auch schon, die Kosten für eine Beratung der Pflegeperson übernommen werden können.

Bewertung

Die Regelung ist sachgerecht, da die bisher in § 65 SGB XII alt weiteren vorgesehenen Leistungen durch das neue Recht abgedeckt sind, wie z.B. die in § 65 Absatz 1 Satz 2 SGB XII vorgesehene Entlastung der Pflegepersonen, die durch die Verhinderungspflege nach § 64c SGB XII neu nun geregelt ist. Durch § 64f Absatz 3 ist auch gesichert, dass die Kosten im Rahmen einer Pflegekraft nach dem sog. Arbeitgebermodell übernommen werden.

§ 64g Teilstationäre Pflege

Gesetzentwurf

Die Regelung ist inhaltsgleich zur korrespondierenden Regelung des vorrangigen Leistungssystems in § 41 Absatz 1 SGB XI gefasst.

Bewertung

Des Weiteren haben nach § 64g Satz 1 nur Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 Anspruch auf Leistungen der teilstationären Pflege. Da das System der Hilfe zur Pflege bedarfsdeckend ist und auch Personen im Pflegegrad 1 pflegebedürftig i.S. des SGB XI sind, müssen ihnen auch bedarfsdeckend Leistungen der teilstationären Pflege gewährt werden können. Pflegebedürftige in Pflegegrad 1 sind daher entsprechend in § 64b Absatz 1 Satz 1 zu ergänzen.

§ 64h Kurzzeitpflege

Gesetzentwurf

Die Regelung des § 64h SGB XII neu ist inhaltsgleich mit dem Anspruch auf Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI.

Bewertung

Die Regelung ist im Wesentlichen sachgerecht, soweit sie pflegebedürftige Menschen i.S. des SGB XI betrifft. Einer gesonderten Regelung im Sozialhilferecht bedarf es jedoch hinsichtlich der Übernahme der Kosten im Rahmen der Leistung des § 39c SGB V, sofern nicht-pflegebedürftigen Leistungsempfänger nach § 39c SGB V den Eigenbetrag der vorübergehende Kurzzeitpflege nicht selbst tragen können. Diese Regelung wurde in Artikel 13 (Änderungen des SGB V) entsprechend aufgenommen, was von der BAGFW nachdrücklich begrüßt wird, da somit eine Regelungslücke geschlossen wurde. Eine entsprechende Regelung muss auch für die Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 getroffen werden, da diese nach § 28a SGB XI keinen Anspruch auf Kurzzeitpflegeleistungen haben.

Lösungsvorschlag

Um Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 die Hilfe zur Pflege in Kurzzeitpflegeeinrichtungen zu ermöglichen, sind in § 64h Satz 1 die Wörter „Pflegegrade 2, 3, 4 und 5“ durch „Pflegegrade 1 bis 5“ zu ersetzen.

§ 64i Entlastungsbetrag bei Pflegegrad 2 bis 5

Gesetzentwurf

Ein über den Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI in der ab dem 1.1.2017 geltenden Fassung hinausgehender Bedarf an Unterstützungsleistungen gemäß § 45a SGB XI in der ab dem 1.1.2017 geltenden Fassung kann durch § 64i SGB XII neu gedeckt werden. Die Regelung korrespondiert mit § 45b Absatz 1 Satz 1 und 2 SGB XI in der ab dem 1.1.2017 geltenden Fassung. Er ist zweckgebunden einzusetzen für die Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten nach § 45a SGB XI in der ab

dem 1.1.2017 geltenden Fassung, jedoch nicht für Leistungen der Tages- und Nachtpflege, Kurzzeitpflege und für Leistungen der ambulanten Dienste nach den Nummern 1 bis 3 des § 45b SGB XI, da diese Leistungen schon über § 64b (häusliche Pflegehilfe), § 64g (Teilstationäre Pflege) und § 64h (Kurzzeitpflege) abgedeckt sind.

Bewertung

Kein Änderungsbedarf.

§ 65 Stationäre Pflege

Gesetzentwurf

Die Regelung entspricht weitgehend § 43 Absatz 1 und 2 SGB XI, in der die vollstationäre Pflege geregelt wird. In Satz 2 des § 65 wird geregelt, dass die stationäre Pflege auch Betreuungsmaßnahmen umfasst.

Bewertung

Die Regelung ist sachgerecht. Wie im SGB XI sind mit den Pflegesätzen gemäß § 84 Absatz 4 SGB XI i.V. mit § 84 Absatz 8 SGB XI die vollstationären Leistungen abgegolten. Die Leistungen stehen jedoch nur den Pflegebedürftigen in den Pflegegraden 2 bis 5 zur Verfügung. Da sich die BAGFW dafür einsetzt, dass diese Leistungen auch für versicherte und nicht-versicherte Pflegebedürftige des Pflegegrads 1 zu erbringen sind, ist eine entsprechende Klarstellung vorzunehmen.

§ 66 Entlastungsbetrag bei Pflegegrad 1

Gesetzentwurf

Pflegebedürftige des Pflegegrads 1 haben einen Anspruch auf einen Entlastungsbetrag in Höhe von 125 Euro monatlich, den sie einsetzen können für Unterstützungsangebote i.S. des § 45a SGB XI sowie für Leistungen zur häuslichen Pflegehilfe, für Wohnumfeld verbessernden Maßnahmen, für andere Leistungen und für die Tages- und Nachtpflege.

Bewertung

Mit dieser Regelung wird sichergestellt, dass auch nichtversicherte Pflegebedürftige des Pflegegrads 1 Leistungen der Hilfe zur Pflege im häuslichen Bereich erhalten. Dies wird von der BAGFW ausdrücklich begrüßt. Diese Leistung muss jedoch auch nichtversicherten Pflegebedürftigen im stationären Bereich zustehen, denn versicherte Pflegebedürftige des Pflegegrads 1 erhalten nach § 28a Absatz 3 SGB XI einen monatlichen Zuschuss in Höhe des Entlastungsbetrags auch bei Wahl einer vollstationären Pflege. (s. Lösungsvorschlag zu § 63 Absatz 3).

§ 71 Altenhilfe

Gesetzentwurf

Die Regelung des bisherigen Absatzes 1 Satz 2 wird um das Ziel der selbstbestimmten Teilhabe und um die Stärkung der Fähigkeit zur Selbsthilfe ergänzt. Die Leistungen der Beratung und Unterstützung nach Absatz 2 Nummer 3 werden nicht mehr, wie im bestehenden Recht, auf die stationäre Altenhilfe fokussiert, sondern auf das Vor- und Umfeld der ambulanten Pflege ausgeweitet. Des Weiteren sollen die Leistungen der Altenhilfe besser mit den anderen Leistungen des SGB XII, den Leistungen der örtlichen Altenhilfe und der kommunalen Infrastruktur zur Vermeidung oder Verringerung von Pflegebedürftigkeit sowie mit den Leistungen der Eingliederungshilfe verzahnt werden. Dabei sind die Ergebnisse der Gesamtplanung nach § 58 zu berücksichtigen.

Bewertung

Die Stärkung des Grundsatzes der Selbstbestimmung und der Befähigung zur Selbsthilfe entspricht einem modernen Verständnis von Altenhilfe; die Ergänzung ist daher sehr zu begrüßen. Dringend geboten ist auch eine Erweiterung der Leistungen der Beratung und Unterstützung auf den ambulanten Bereich, da dieser entsprechend des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ zu stärken ist. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass Kommunen zu ambulanten Wohnformen beraten und ihren Bürgerinnen und Bürgern Informationen zu den Diensten, die Betreuung oder Pflege leisten, zur Verfügung stellen. Allerdings sollte § 71 Absatz 2 Nummer 3 mit der bisherigen Nummer 4 „Beratung und Unterstützung in allen Fragen der Inanspruchnahme altersgerechter Dienste“ zusammengefasst werden.

Die Neuregelungen des Absatzes 5 sind zu begrüßen, da sie den Grundsatz des SGB IX der Koordination und Kooperation der Rehabilitationsträger mit dem Ziel der Konvergenz der Leistungen Rechnung tragen. Die BAGFW setzt sich dafür ein, dass die kommunale Altenhilfeplanung nach § 71 SGB XII von einer freiwilligen Leistung in eine Pflichtleistung umgewandelt wird und von den Ländern als Aufgabe der Kommunen ausgestaltet wird. Beratung und Sozialraumplanung, Beratung und Leistungen, die vor Ort die Teilhabe älterer Menschen am Leben in der Gemeinschaft stärken, gehören zur Daseinsvorsorge im weiteren Sinne. Die Kommunen dürfen nicht länger darauf verwiesen werden, Altenhilfeplanung nicht durchzuführen, weil diese eine freiwillige Leistung ist, für die die Länder in Zeiten knapper Kassen kein Budget zur Verfügung stellen.

Redaktionell möchten wir darauf hinweisen, dass in Absatz 5 für die Leistungen der Altenhilfe zwei unterschiedliche Begriffe verwendet werden: „Leistungen der Altenhilfe“ und „Leistungen der örtlichen Altenhilfe“. Der Unterschied zwischen diesen beiden Begriffen erschließt sich der BAGFW nicht. Es sollte eine einheitliche Terminologie verwandt werden.

§ 76 Inhalt der Vereinbarungen

Gesetzentwurf

In Absatz 2 Satz 3 ist die Möglichkeit, die Maßnahmepauschale nach Gruppen für Leistungsberechtigte mit vergleichbaren Bedarf zu kalkulieren, zu einer Verpflichtung geworden. Bei gemeinsamer Inanspruchnahme der Leistungen (Pooling) soll die Maßnahmepauschale nach Gruppen für Leistungsberechtigte mit vergleichbarem Bedarf kalkuliert werden. und um Leistungen der häuslichen Pflegehilfe für die gemeinsame Inanspruchnahme durch mehrere Leistungsberechtigte erweitert.

Bewertung

Zunächst ist redaktionell anzumerken, dass es § 64 Absatz 1 Satz 3, auf den § 76 Absatz 2 Satz 3 Bezug nimmt, gar nicht gibt. Diese Vorschrift hat zur Folge, dass nunmehr das Poolen von Leistungen verbindlich ist. Dies lehnt die BAGFW ab. Die bestehende „Kann“-Regelung soll beibehalten werden. Zum einen ist nicht nachvollziehbar, warum die Maßnahmepauschale künftig zwingend nach Gruppen für Leistungsberechtigte mit vergleichbarem Bedarf zu kalkulieren sein soll. Andere Vergütungsformen sind für bestimmte Leistungsangebote nach wie vor die sachgerechtere Lösung und müssen möglich bleiben. Zu denken ist hier insbesondere an die Vergütung im ambulanten Bereich nach Fachleistungsstunden, die auf einer Mischkalkulation beruhen. Zum anderen ist die Vergütung von Leistungen der häuslichen Pflegehilfe auch weiterhin für die Inanspruchnahme durch Einzelpersonen zu berechnen. Eine Berechnung für die gemeinsame Inanspruchnahme durch mehrere Leistungsberechtigte kommt allenfalls danebenergänzend und für den Fall in Betracht, dass Leistungsberechtigte zusammenleben und die gemeinsame Inanspruchnahme der Leistungen durch einen Leistungsanbieter wünschen.

Lösungsvorschlag

Die BAGFW fordert, die geltende Regelung des § 76 Abs. 2 Satz 3 SGB XII wie folgt zu fassen: „Die Maßnahmepauschale kann nach Gruppen für Leistungsberechtigte mit vergleichbarem Bedarf kalkuliert werde. Bei Leistungen der häuslichen Pflegehilfe kann eine Kalkulation für die gemeinsame Inanspruchnahme durch mehrere Leistungsberechtigte für Konstellationen erfolgen, in denen die Leistungsberechtigten eine gemeinsame Inanspruchnahme der Leistungen durch einen Leistungsanbieter wünschen.“.

Lösungsvorschlag

Die Soll-Regelungen in § 71 sind passim in „Muss“-Regelungen zu überführen.

§ 137 Überleitung in Pflegegrade zum 1. Januar 2017

Gesetzentwurf

Die Überleitungsregelung in der Hilfe zur Pflege ist inhaltsgleich mit der Überleitungsregelung des § 140 Absatz 2 Satz 3 Nummer 1 SGB XI.

Bewertung

Durch die Neuregelung werden pflegebedürftige Menschen nur mittels des einfachen Stufensprungs übergeleitet. Damit werden Menschen mit einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nur mittels des einfachen statt des im SGB XI für diesen Personenkreis nach § 140 Absatz 2 Satz 3 Nummer 2 doppelten Stufensprungs übergeleitet. Begründet wird dies damit, dass die Hilfe zur Pflege keine zusätzlichen Leistungen für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz erbringt. Dadurch entsteht eine Schieflage für nichtversicherte Menschen mit einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz, die Hilfe zur Pflege als ergänzende Leistung zu den Leistungen des SGB XI erhalten. Im SGB XI wird in der Folge dieselbe Person mittels des doppelten Stufensprungs übergeleitet und für die ergänzende Hilfeleistung nur mittels des einfachen Stufensprungs. Im Ergebnis werden dadurch Versicherte und Nichtversicherte Pflegebedürftige ohne nachvollziehbare Gründe unterschiedlich eingestuft. Dies stellt einen Verstoß gegen den Gleichbehandlungsgrundsatz dar, der nicht hingenommen werden darf.

Die BAGFW fordert daher, den doppelten Stufensprung auch im Bereich der Hilfe zur Pflege zu normieren.

Des Weiteren fordert die BAGFW eine Regelung für Personen, die zwar nicht pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind und auch keine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz haben, bei ihnen dennoch einen Unterstützungsbedarf besteht und sie deshalb in stationären Pflegeinrichtungen wohnen (sog.“0er“ ohne PEA). Da diese Personen nach der Überleitung nicht in den Anwendungsbereich des SGB XI fallen, bedarf es einer Problemlösung.

§ 138 Übergangsregelung für Pflegebedürftige aus Anlass des Dritten Pflegestärkungsgesetzes

Gesetzentwurf

Mit der Übergangsregelung wird sichergestellt, dass in den Fällen, in denen der Sozialhilfeträger zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs den notwendigen pflegerischen Bedarf nach § 63a noch nicht (abschließend) ermitteln und feststellen konnte, die bisherigen Leistungen, die auf der Grundlage des bestehenden Rechts gewährt wurden, vorläufig weiter gewährt werden. Der Anspruch gilt bis zum Abschluss des Verfahrens zur Leistungsermittlung nach dem neuen

Recht. Des Weiteren wird in der Übergangsregelung sichergestellt, dass die Hilfeempfänger Leistungen nicht zurückzahlen müssen, sollte sich bei der Bedarfsermittlung im Nachhinein ein geringerer pflegerischer Bedarf herausstellen. Ergibt die Ermittlung des pflegerischen Bedarfs hingegen einen höheren Leistungsbedarf, sind die Leistungen rückwirkend zu gewähren.

Bewertung

Die Regelung ist nachdrücklich zu begrüßen. Sie ist erforderlich, weil es in der Praxis sicherlich einige Fälle geben wird, in denen der pflegerische Bedarf in der Übergangsphase vom alten zum neuen Recht nicht rechtzeitig zum 1.1.2017 ermittelt und festgestellt werden konnte. Die Regelung stellt sicher, dass die Empfänger der Hilfe zur Pflege durch noch nicht abgeschlossene Amtsermittlungen keine Nachteile erleiden. Zu kritisieren ist allerdings die Begrenzung des Anwendungsbereichs der Regelung auf den häuslichen Bereich, denn auch in den stationären Pflegeeinrichtungen leben Menschen mit dieser Bedarfskonstellation.

Der Bundesrat schlägt vor, einen Paragraphen zur Besitzstandsregelung für Pflegebedürftige ohne Pflegestufe aus Anlass des Dritten Pflegestärkungsgesetzes zu ergänzen:

Änderungsantrag zu § 138 Satz 1 und § 139 SGB XII des Bundesrates

Personen ohne Pflegestufe, die nach § 61 Absatz 1 Satz 1 SGB XII in der bis Ende Dezember 2016 geltenden Fassung erhalten, soll die Hilfe zur Pflege im geleisteten Umfang auch nach dem 31. Dezember 2016 fortgewährt werden, es sei denn, es ergäben sich nach der ab dem 1.1.2017 geltenden Fassung des § 61 hohe oder höhere Leistungen. Eine Verringerung des Pflegebedarfs würde sich leistungsmindernd auswirken. Die Besitzstandsregelung soll bis zum 31. Dezember 2019 gelten. Zu diesem Zweck erweitert der Bundesrat die Regelung des § 138 SGB XI-E auf den stationären Bereich und statuiert in § 139 SGB XII neu eine Besitzstandsregelung.

Bewertung

Die BAGFW hält die vom Bundesrat eingebrachten Regelungen für dringend erforderlich. Personen in der Pflegestufe 0 ohne erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz erhalten nach den geltenden Regelungen des SGB XII Hilfe zur Pflege. Nach den vorgesehenen Regelungen der Hilfe zur Pflege würde dieser Personenkreis nur noch Leistungen im häuslichen Bereich nach § 138 SGB XI-E erhalten. Die Regelung des § 138 SGB XI-E umfasst jedoch nicht die in stationären Einrichtungen lebenden Menschen der Pflegestufe 0 ohne PEA.

Generell müssen Personen der heutigen Pflegestufe 0, jedoch ohne PEA, ab dem 1.1.2017 nach dem Neuen Begutachtungsinstrument neu begutachtet werden, da es an einer Überleitungsregelung fehlt. Sie werden dann voraussichtlich Pflegegrad 1, unter Umständen jedoch auch keinen Pflegegrad erlangen. Die auf 125 Euro be-

grenzten Leistungen des Pflegegrades 1 werden in vielen Fällen jedoch nicht für eine bedarfsgerechte Pflege ausreichen, weder im ambulanten Bereich noch im stationären Bereich. Gleichzeitig leben in den stationären Pflegeeinrichtungen auch heute schon Menschen, die nur einen geringen Hilfebedarf, etwa von wenigen Minuten, bei der heutigen Begutachtung nach Minuten erreichen. Dennoch ist dieser Personenkreis auf Hilfe angewiesen. Diese Hilfe kann er gegenwärtig gemäß § 61 SGB XII erhalten. Künftig sähe das Gesetz jedoch keine Leistungen mehr vor. Daher erachtet die BAGFW die vom Bundesrat vorgesehene Besitzstandsregelung für dringend erforderlich und unterstützt nachdrücklich diese Initiative des Bundesrats.

Zudem weist die BAGFW noch auf eine weitere Lücke an der Schnittstelle zwischen SGB XI und der Hilfe zur Pflege hin, die ebenfalls die Personengruppe von Menschen in der Pflegestufe 0 ohne PEA betrifft. Diese Personengruppe erhält in den stationären Einrichtungen Betreuungsleistungen durch § 87b-Kräfte. Sofern Teile dieses Personenkreises nach dem neuen Recht nicht den Pflegegrad 1 erlangen, verlieren sie möglicherweise ihren Anspruch auf diese zusätzlichen Betreuungsleistungen, weil das Betreuungspersonal für sie nicht mehr bereitgestellt werden kann. Die BAGFW bittet den Gesetzgeber, diese eventuelle Regelungslücke zu prüfen.

Regelungslücke: Anspruchsübergang nach dem Tod des Leistungsberechtigten gemäß § 19 Absatz 6 SGB XII

Problembeschreibung

Die BAGFW weist, wie bereits in den letzten Jahren, auf eine Regelungslücke hin, die den Anspruchsübergang nach dem Tod des Leistungsberechtigten gemäß § 19 Absatz 6 betrifft. Nach § 19 Absatz 6 SGB XII geht der grundsätzlich höchstpersönliche Anspruch auf Sozialhilfe mit dem Tod des Leistungsberechtigten auf den Leistungserbringer über. Voraussetzung ist jedoch, dass sich der Leistungsberechtigte vor seinem Tod in einer Einrichtung befunden hat. Der Einrichtungsbegriff bestimmt sich wiederum nach § 13 Absatz 1 SGB XII, wonach Einrichtungen nur teilstationäre oder stationäre Einrichtungen sind. Ambulante Dienste sind somit keine Einrichtungen i.S. des § 19 Absatz 6 SGB XII, denn sie erbringen nach § 13 Absatz 1 Satz 1 SGB XII Leistungen außerhalb von Einrichtungen. Ein ambulanter Pflegedienst hat somit nach dem Tod des Leistungsempfängers keinen eigenen Anspruch auf Übernahme noch nicht bezahlter Pflegesachleistungen gegen den Sozialhilfeträger. In der Praxis dauert es einige Monate, bis der Bewilligungsbescheid des Sozialhilfeträgers dem Leistungsberechtigtem zugeht. Während der Bearbeitungsphase tritt der Pflegedienst gegenüber dem Leistungsberechtigten jedoch in Vorleistung. Dies geschieht in der Regel aufgrund einer mündlichen Übereinkunft mit dem Sozialhilfeträger, um bis zur Bescheiderteilung die Pflegeleistung sicherzustellen. Verstirbt der Pflegebedürftige in der Zwischenzeit, hat der Pflegedienst keinen Anspruch auf Erstattung der bereits erbrachten Leistungen. Aus der Praxis melden uns die Pflegedienste hohe Zahlungsrückstände, die sich teilweise auf über 10.000 Euro belaufen. Dieses Kostenrisiko können vor allem kleine Pflegedienste nicht abfedern.

Ein sachlicher Grund für die Differenzierung des Gesetzgebers zwischen stationären Einrichtungen und ambulanten Pflegeeinrichtungen ist nicht erkennbar. Gemäß des Wortlauts aus § 71 SGB XI fallen die ambulanten Pflegedienste sogar unter den Einrichtungsbegriff, jedoch nicht nach dem SGB XII, wie oben ausgeführt.

Die BAGFW bittet den Gesetzgeber daher dringlich, die ambulanten Pflegedienste in die Regelung zum Anspruchsübergang nach § 19 Absatz 6 SGB XII einzubeziehen und eine Regelung dazu im Rahmen der Gesetzgebung zum PSG III vorzusehen.

Lösungsvorschlag

§ 19 Absatz 6 SGB XII soll lauten:

„Der Anspruch der Berechtigten auf Leistungen für Einrichtungen, **ambulante Pflegedienste** oder auf Pflegegeld steht, soweit die Leistung den Berechtigten erbracht wurde, nach ihrem Tode demjenigen zu, der die Leistung erbracht oder die Pflege geleistet hat."

Artikel 13 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 37 Häusliche Krankenpflege

Gesetzentwurf

Mit dem Krankenhausstrukturgesetz wurde die so genannte ambulante Versorgungslücke bei kurzfristiger Pflegebedürftigkeit zum 01.01.2016 geschlossen. Danach erhalten Versicherte Leistungen im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung nach § 37 Absatz 1a Satz 1 SGB V soweit keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des Elften Buches vorliegt. Dies kann aber ab dem 1. Januar 2017 mit der Einführung des Pflegegrads 1 und dem dort nicht gegebenen Leistungsanspruch auf Kurzzeitpflege zu einer ungewollten Leistungslücke führen, wenn Pflegeversicherte des Pflegegrads 1 Leistungen der Kurzzeitpflege z.B. nach Krankenhausentlassung in Anspruch nehmen wollen. Mit der Einfügung der Wörter „mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5" in § 37a Absatz 1 Satz 1 soll dieser ungewollten Leistungslücke begegnet werden.

Bewertung

Mit der Änderung wird sichergestellt, dass von dem Anspruch nach § 37 Absatz 1a ab dem 1. Januar 2017 nur Pflegebedürftige der Pflegegrade 2, 3, 4 oder 5 ausgeschlossen werden. Auch pflegebedürftige Menschen in Pflegegrad 1 müssen – ebenso wie Menschen ohne Pflegestufe - die Möglichkeit haben, Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach Krankenhausaufenthalt oder einer ambulanten OP in Anspruch nehmen zu können. Die Schließung dieser ungewollten Leistungslücke entspricht einer Forderung der BAGFW. Die geplante Neuregelung ist uneingeschränkt zu begrüßen.

§ 39c Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit

Gesetzentwurf

Mit der Einfügung der Wörter „mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5“ in § 39c Satz 1 SGB V soll dieser ungewollten Leistungslücke begegnet werden.

Bewertung

Mit dem Krankenhausstrukturgesetz wurde die ambulante Versorgungslücke bei kurzfristiger Pflegebedürftigkeit geschlossen. Dieses regelt die Einführung eines Kurzzeitpflegeanspruchs in der gesetzlichen Krankenversicherung bei fehlender Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI und wenn die Leistungen der Häuslichen Krankenpflege nicht ausreichend sind. Im Hinblick auf die Leistungsdauer und die Leistungshöhe gilt § 42 Absatz 2 Satz 1 und 2 SGB XI entsprechend. Bei den pflegebedürftigen Menschen mit Pflegegrad 1 liegt eine Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI vor, so dass hier § 39c SGB V einerseits nicht zur Anwendung kommt. Andererseits haben sie aber nach der mit dem PSG II verabschiedeten Fassung des SGB XI zum 01.01.2017 auch keinen Anspruch auf Kurzzeitpflege nach dem SGB XI. Mit der Änderung wird sichergestellt, dass von dem Anspruch nach § 39c SGB V ab dem 1. Januar 2017 nur Pflegebedürftige der Pflegegrade 2, 3, 4 oder 5 ausgeschlossen werden. Die Schließung dieser ungewollten Leistungslücke entspricht einer Forderung der BAGFW. Alternativ zu der hier vorgeschlagen Neuregelung wäre auch der Zugang zu Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI bei Pflegegrad 1 denkbar.

§ 132a Versorgung mit häuslicher Krankenpflege

Gesetzentwurf

Mit dem neuen Satz 9 in § 132a Absatz 2 sollen die Leistungserbringer in der HKP, die nur einen SGB V-Versorgungsvertrag haben, zur Teilnahme an den Qualitätsprüfungen verpflichtet werden. Des Weiteren sieht der neue Satz 10 eine Anzeigepflicht gegenüber der Krankenkasse für die Leistungserbringer vor, die intensivpflegerische Leistungen in stationsähnlichen Wohnformen erbringen.

Bewertung

Durch die Änderung sollen die bestehenden Vorschriften bei den Qualitätsprüfungen bei der nach SGB V finanzierten häuslichen Krankenpflege weiterentwickelt werden. Zusätzlich sollen durch die Anzeigepflicht Versicherte in ambulanten Intensivpflege-Wohngemeinschaften besser geschützt werden. Dies hält die BAGFW für sachgerecht.

§ 275b Durchführung und Umfang von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege durch den Medizinischen Dienst

Gesetzentwurf

§ 275b SGB V autorisiert die Landesverbände der Krankenkassen bei Leistungserbringern, die Verträge nach § 132a Absatz 2 abgeschlossen haben und die keiner Regelprüfung nach § 114 Absatz 2 SGB XI unterliegen, Regelprüfungen durch den Medizinischen Dienst zu veranlassen. Hierfür werden die Details beschrieben.

Bewertung

Wir halten es für sachgerecht, dass auch bei den ambulanten Pflegediensten, die bisher nicht unter die Regelprüfungen nach § 114 Absatz 2 SGB XI fallen, weil sie nur HKP-Leistungen für die Krankenkassen und keine Pflegesachleistungen für die Pflegekassen erbringen, Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen durchgeführt werden.

§ 302 Abrechnung der sonstigen Leistungserbringer

Gesetzentwurf

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass bei der Abrechnung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 zukünftig zusätzlich auch die Zeit der Leistungserbringung anzugeben ist.

Bewertung

Die BAGFW lehnt diese Regelungen ab. Denn mit der Angabe von Zeiten für die Leistungserbringung kann Abrechnungsbetrug nicht verhindert werden. Bereits heute sieht die Technische Anlage zur Umsetzung des Datenträgeraustausch SGB V die Übermittlung von Uhrzeiten (Beginn des Einsatzes) vor; hierfür bedarf es also keiner neuen gesetzlichen Regelung. Regelbar wäre dieser Punkt auch in der Bundesrahmenempfehlung nach § 132a. Zudem ist das Erfassen der Zeit für die Dienste sehr zeitaufwändig und verteuert insgesamt die Leistungserstellung. Dies führt zu einem erhöhten Bürokratieaufwand, der nicht nachvollziehbar ist.

Bei der Vereinbarung von Zeitvergütung ist die Zeitangabe unproblematisch möglich und gerechtfertigt. Im Rahmen der Pauschalvergütung, wie sie im Rahmen der Behandlungspflege bundesweit üblich ist, ist sie jedoch nicht sachgerecht. Werden keine zeitbezogenen Vergütungen gezahlt, so ist ein Nachweis über die konkrete Dauer der Leistungserbringung nicht zu führen. Die Dauer des Einsatzes hängt beispielsweise von der Tagesform des Patienten ab.

Das System der Pauschalvergütung hat den Sinn Synergieeffekte zu ermöglichen und den Pflegeeinrichtungen, entsprechend den Bedürfnissen der pflegebedürftigen

Menschen, die Zeit freier zu gestalten. Dieses gemeinsam vereinbarte Anliegen wird konterkariert, wenn nunmehr Zeitangaben notwendig werden. Dies wird zu grundsätzlichen Diskussionen zwischen Krankenkassen und Pflegediensten führen, die das Fortführen von Leistungskomplexen/Pauschalvergütungen unmöglich machen werden. Allein der Grund, mit den Zeitangaben Straftaten vorzubeugen bzw. diese gezielter aufzudecken, rechtfertigt keine derart weitreichenden Nachweispflichten. Dies gilt aufgrund der bereits bestehenden Zweifel an der praktischen Wirkungskraft dieser Maßnahmen in Umsetzung der Technischen Anlage zu § 302 umso mehr. Liegt ein begründeter Verdacht auf Falschabrechnungen vor, können die Tourenpläne eingesehen werden, die ebenso Auskunft über die Dauer der erbrachten Leistungen geben. Dies sollte ausreichend sein. Unverhältnismäßige Nachweispflichten stellen einen Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit der Pflegeeinrichtungen dar.

Änderungsanträge
Ausschussdrucksache: 18(14)0206.1 mit den Änderungsanträgen 1 bis 36 der Fraktionen CDU/CSU und SPD zum Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz - PSG III) vom 27.09.2016

Änderungsantrag 1: Datenschutzharmonisierung, Bedingungen für die Weitergabe der Leistungs- und Preisvergleichslisten

Die Änderung sieht vor, dass Versicherte künftig auch bei den Auskunfts- und Informationspflichten der Pflegekassen nach § 7a die zu diesem Zwecke erforderlichen Daten verarbeiten dürfen. Die Pflegekassen dürfen vor der Beratung nicht mehr eine vorherige Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung verlangen, bevor sie ihren Informations- und Aufklärungspflichten nachkommen. Des Weiteren sind in den Leistungs- und Vergleichslisten, die den Versicherten auf Anfrage unverzüglich und in geeigneter Form zu übermitteln sind, künftig auch Angaben zur Person des zugelassenen oder anerkannten Leistungserbringers zu machen.

Bewertung

Die vorgesehene Änderung stärkt die Rechte der Versicherten und ist daher zu begrüßen. Die in § 7 Absatz 3 Satz 1 vorgesehene Ergänzung der Leistungs- und Preisvergleichsliste um Angaben zur Person des zugelassenen oder anerkannten Leistungserbringers ist auch in § 7a Absatz 3 Satz 1 entsprechend zu ergänzen.

Änderungsantrag 6: Klarstellung zur Verwendung der vollstationären Leistungsbeträge

Die Neuregelung stellt für die künftige Rechtsanwendung sicher, dass der Leistungsbetrag für vollstationäre Dauerpflege zukünftig für Unterkunft und Verpflegung verwandt werden darf, soweit er die pflegerischen Aufwendungen und die Aufwendungen für medizinische Behandlungspflege übersteigt.

Bewertung

Bisher übernahm die Pflegekasse im Rahmen der pauschalen Leistungsbeträge die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Mit dem PSG II wird die bisherige, so genannte 75-Prozent-Regelung in Absatz 2 Satz 3, aus der bislang die hier vorgesehene Rechtswirkung mittelbar abgeleitet werden konnte, zum 01.01.2017 gestrichen. Dadurch entstand eine Rechtsunsicherheit und es bedurfte im Kontext der Diskussionen zur Überleitung der Pflegesätze in der vollstationären Pflege eines gesetzlichen Klarstellungserfordernisses. Dieses soll hiermit erfolgen. Dies begrüßen wir, da dadurch die Pflegesätze in der vollstationären Pflege fristgerecht übergeleitet werden können, insbesondere wenn es sich um vereinfachte kollektive Verfahren auf der Landesebene handelt. Obwohl wir diese Klarstellung im

Rahmen des Umstellungsprozess für wichtig halten, regen wir an, sie zu befristen und sie im Rahmen von § 18c Absatz 2 zu evaluieren.

Es handelt sich hierbei um einen grundlegenden Systemwechsel in der Pflegeversicherung, da die Pflegeversicherung erstmalig regelmäßig Leistungen der Unterkunft und Verpflegung übernehmen wird. Zukünftig werden Bewohner und Bewohnerinnen den vollen Leistungsbetrag der Pflegeversicherung im Rahmen der pauschalen Abgeltung auch dann erhalten, wenn es in der vollstationären Pflegeeinrichtung eine sogenannten negativen einrichtungseinheitlichen Eigenanteil gibt. Dies kommt in der Regel nur dann vor, wenn es einen hohen Anteil an Bewohnerinnen und Bewohnern mit einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz gibt und gleichzeitig niedrigere, nicht tarifliche Vergütungen ausbezahlt werden. Dies kann nicht das soziapolitische Ziel der Pflegeversicherung sein, da diese Regelung (ohne Erhöhung der Leistungsbeträge) den Unterbietungswettbewerb unter den stationären Einrichtungen zulasten der Mitarbeitenden fördert.

Darüber hinaus regen wir an, dass der Gesetzgeber in der Gesetzesbegründung Aussagen zum Umgang mit den pauschalen Leistungsbeträgen bei Einzügen in eine stationäre Pflegeeinrichtung insbesondere in den letzten Tagen eines Monats und bei längeren Abwesenheitszeiten macht.

Änderungsantrag 14: Trennung der Kosten für die Entwicklung von Expertenstandards von den Kosten für die qualifizierte Geschäftsstelle nach § 113b Absatz 6

Mit dem vorliegenden Änderungsantrag soll geregelt werden, dass die Kosten für die Tätigkeit der Geschäftsstelle Qualitätsausschuss Pflege zur Entwicklung der Expertenstandards nicht mehr als Verwaltungskosten dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen zuzuordnen sind, sondern wie alle Aufgaben des Qualitätsausschusses aus dem Ausgleichsfonds zu begleichen sind.

Bewertung

Durch das PSG II werden die Aufgaben der Geschäftsstelle Expertenstandards von der Geschäftsstelle Qualitätsausschuss Pflege übernommen, deshalb ist die neue Kostenzuordnung nur sachgerecht. Die BAGFW regt darüber hinaus an, die Entwicklung der Expertenstandards nach § 113a insgesamt dem Qualitätsausschuss Pflege zuzuordnen und damit auch die Entwicklungskosten aus dem Ausgleichsfonds zu begleichen.

Änderungsantrag 15:

Stellt eine redaktionelle Folgeänderung zur Neuregelung in § 115 Absatz 1c dar.

Bewertung

Aus der Sicht der BAGFW ist die redaktionelle Folgeänderung zwingend, da in § 115 Absatz 1c unter bestimmten Bedingungen ein Datenzugang für Dritte für eine zweckgerechte, nicht gewerbliche Nutzung, bezogen auf die zusammenfassenden, nicht personenbezogenen Daten, die den Qualitätsdarstellungsvereinbarungen nach § 115 Absatz 1a unterliegen, eröffnet wird.

Änderungsantrag 16: Begriffliche Klarstellung zum Pflegebedürftigkeitsbegriff; Klarstellung zu den Beteiligungsrechten nach § 113c

Im vorliegenden Änderungsantrag wird klargestellt, dass die Beteiligungsrechte der des MDS, des Verbands der privaten Krankenversicherung, der Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene sowie der auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen im Verfahren zur Entwicklung und Erprobung eines Personalbemessungsverfahrens nach § 113c in einem Mitberatungsrecht bestehen.

Bewertung

Die BAGFW begrüßt die Klarstellung, dass die Beteiligungsrechte als Mitberatungsrechte auszugestalten sind.

Änderungsantrag 17: Konkretisierung der Mitwirkungspflicht der Einrichtungen bei Qualitätsprüfungen und Maßgaben für Einwilligung

Der Änderungsantrag konkretisiert die Mitwirkungspflichten des § 114 Absatz 1 Satz 1 der Pflegeeinrichtungen bei den Qualitätsprüfungen. Künftig haben die Pflegeeinrichtungen insbesondere die Namen und Kontaktdaten der Pflegebedürftigen an die jeweiligen Prüfer weiterzuleiten. Des Weiteren werden Anforderungen an die Aufklärungspflichten der Prüfer zum Zwecke der Einholung der Einwilligung der Pflegebedürftigen in die Prüfung festgelegt: Dabei ist über die wesentlichen Umstände der Prüfhandlung aufzuklären und die Aufklärung muss so rechtzeitig erfolgen, dass der in die Prüfung Einzubeziehende seine Einwilligung wohlüberlegt abgeben kann. Die Einwilligung in die Prüfung darf künftig erst nach Bekanntgabe der Einbeziehung des jeweiligen Pflegebedürftigen in die Qualitätsprüfung erfolgen.

Bewertung

Die BAGFW begrüßt die Klarstellung, dass die Einwilligung einer pflegebedürftigen Person zu ihrer Einbeziehung in die Qualitätsprüfung einer Einrichtung nur abgege-

ben werden darf, nachdem bekannt wurde, dass die jeweilige Person in der Stichprobe gezogen wurde. Es handelt sich zwar an sich nur um eine Klarstellung, denn eine Einwilligung in die Einbeziehung in eine Prüfung kann auch heute schon nicht pauschal und vorweg, sondern nur fallbezogen und aktuell erfolgen. Die BAGFW begrüßt diese Klarstellung angesichts der bekannt gewordenen Praktiken einiger ambulanter Pflegedienste, die vorab bei ihren Kunden versucht haben, mittels standardisierter Schreiben, einen pauschalen Widerspruch zur Einbeziehung in Stichproben für Qualitätsprüfungen zu erwirken. Einem solchem Missbrauch von Einwilligungsrechten ist strikt entgegen zu wirken. Die vorgesehene Regelung ist nach Ansicht der BAGFW geeignet, solchen Praktiken einen Riegel vorzuschieben. Positiv zu bewerten sind die Anforderungen an die Aufklärungspflichten der Prüfer gegenüber den in die Prüfung einbezogenen Pflegebedürftigen, die den Regelungen des § 630e BGB nachgebildet sind. Wichtig ist insbesondere, dass die Aufklärung so rechtzeitig erfolgen muss, dass der Pflegebedürftige seine Entscheidung in die Einwilligung wohlüberlegt treffen kann.

Änderungsantrag 18: Zugang für Dritte zu nicht gewerblicher Nutzung der Daten, die den Qualitätsdarstellungsvereinbarungen nach § 115 Absatz 1a zu Grunde liegen; verbindliche Nutzungsbedingungen

Nach § 115 Absatz 1b wird ein Absatz 1c eingefügt, der vorsieht, dass die Landesverbände der Pflegekassen Dritten für eine zweckgerechte, nicht gewerbliche Nutzung die Daten, die den Qualitätsdarstellungsvereinbarungen nach Absatz 1a zu Grunde liegen, auf Antrag in maschinen- und menschenlesbarer sowie plattformunabhängiger Form zur Verarbeitung und Veröffentlichung zur Verfügung zu stellen haben. Das Nähere zu der Übermittlung der Daten an Dritte, insbesondere zum Datenformat, zum Datennutzungsvertrag, zu den Nutzungsrechten und den Pflichten des Nutzers bei der Verwendung der Daten, bestimmen die Vertragsparteien nach § 113 bis zum 31. Dezember 2017 in Nutzungsbedingungen, die dem Datennutzungsvertrag unabdingbar zu Grunde zu legen sind.

Bewertung

Unter den Voraussetzungen dass die Daten zur Nutzung nicht-gewerblichen Zwecken verwendet werden und sich allein auf die zusammenfassenden, nicht personenbezogenen Daten, die den Qualitätsdarstellungsvereinbarungen unterliegen beziehen, soll ein Datenzugang zu Daten aus den Qualitätsprüfungen für Dritte eröffnet werden. Das Nähere zu der Weitergabe der Daten an Dritte soll durch die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI (respektive durch den Qualitätsausschuss nach § 113b SGB XI) bestimmt werden. Dies halten wir für sachgerecht.

Ausweislich der Gesetzesbegründung zu dem Änderungsantrag sind gemäß § 115 Absatz 1a Satz 10 die Vertragsparteien nach § 113 im Zuge der Neujustierung des Prüfgeschehens und der Qualitätsdarstellung verpflichtet, bis zum 31. Dezember 2017 Qualitätsdarstellungsvereinbarungen für den stationären Bereich und bis zum 31. Dezember 2018 Qualitätsdarstellungsvereinbarungen für den ambulanten Be-

reich zu vereinbaren. Unserer Auffassung nach müssen erst die Qualitätsdarstellungsvereinbarungen getroffen werden, bevor die verbindlichen Nutzungsbedingungen für den Zugang für Dritte zur nicht gewerblicher Nutzung der Daten, die den Qualitätsdarstellungsvereinbarungen nach § 115 Absatz 1a zu Grunde liegen; getroffen werden können. Deshalb können die Nutzungsbedingungen, die dem Datennutzungsvertrag unabdingbar zu Grunde zu legen sind, erst frühestens bis zum 31. Dezember 2018 getroffen werden

Lösungsvorschlag

In § 115 Absatz 1c neu ist das Datum „31. Dezember 2017“ durch den „31. Dezember 2018“ zu ersetzen.

Änderungsantrag 20: Vereinfachung Sachverhaltsaufklärung bei OWIG-Verfahren

Es wird vorgeschlagen, dass die für die Verfolgung und Ahndung der Ordnungswidrigkeiten zuständige Verwaltungsbehörde die zur Ermittlung des Sachverhalts erforderlichen Auskünfte direkt bei den privaten Pflegeversicherungsunternehmen, den Dienstherren und Sonderkrankenkassen einholen kann. Zuständige Verwaltungsbehörden können Landesministerien, Landesversorgungsämter, Landesverwaltungsämter, Städte, Kommunen und Landkreise o.a. sein. Betroffen ist die Verfolgung der Ordnungswidrigkeit nach § 121 Abs. 1 Nr. 1 SGB XI: danach handelt ordnungswidrig, wer der Verpflichtung zum Abschluss oder zur Aufrechterhaltung des privaten Pflegeversicherungsvertrages nach § 23 Abs. 1 Satz 1 und 2 oder § 23 Abs. 4 oder der Verpflichtung zur Aufrechterhaltung des privaten Pflegeversicherungsvertrages nach § 22 Abs. 1 Satz 2 nicht nachkommt.

Bewertung

Aus unserer Sicht ist es datenschutzrechtlich unzulässig, wenn Auskünfte, Tatsachen und Beweismittel ohne Einwilligung des Betroffenen bei den meldepflichtigen privaten Pflegeversicherungsunternehmen zur Ermittlung der Sachverhaltsaufklärung zur Verfolgung der Ordnungswidrigkeit nach § 121 Abs. 1 Nr. 1 eingeholt werden können.

Dadurch wird in das Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung eingegriffen. Dieses erfährt seine sozialrechtliche Ausprägung in §§ 67a II, SGB X sowie in § 35 SGB I (Sozialgeheimnis). Sozialdaten sind grundsätzlich nur beim Betroffenen zu erheben. Ohne Mitwirkung des Betroffenen dürfen Sozialdaten bei anderen als in § 35 SGB I genannten Stellen (diese sind Leistungsträger nach § 12 SGB I, also nicht private Pflegeversicherungsunternehmen) nur erhoben werden, wenn eine Rechtsvorschrift besteht.

„Sozialdaten“ sind Einzelangaben über persönliche und sachliche Verhältnisse einer Person. Die Verwaltungsbehörde will Auskünfte über das Bestehen eines privaten

Pflegeversicherungsvertrages und seinen Inhalt. Im Pflegeversicherungsvertrag sind auch Sozialdaten, des Betroffenen bzw. seiner Familienmitglieder, wie etwa bestehende Krankheiten, enthalten. Insofern ist der Schutzbereich der Norm eröffnet.

Die Rechtsvorschrift, die als Ermächtigungsgrundlage im Sinne des § 67a S. 2 Nr. 2 SGB X vorgeschlagen wird, gilt es zu überprüfen. Sie stellt einen Eingriff in das Recht auf informationelle Selbstbestimmung dar. Ein Eingriff in den Schutzbereich eines Grundrechts ist aber nur dann gerechtfertigt, wenn er verhältnismäßig ist zum Ziel, das mit dem Eingriff erreicht werden soll.

Es ist bereits problematisch, dass das Gesetz nicht hinreichend konkretisiert, in welchen Fällen die zuständige Verwaltungsbehörde die Auskunft verlangen darf. Dies soll laut Änderungsantrag im Ermessen der jeweiligen Behörde stehen („kann…einholen“). Es wird jedoch nicht ausgeführt, welche Erwägungen die Behörde in ihr Ermessen einstellen muss. Lediglich das Merkmal, dass die Auskünfte zur Ermittlung des Sachverhalts „erforderlich“ sein müssen, dient hier gegebenenfalls als Einschränkung des Ermessens; als unbestimmtes Tatbestandsmerkmal ist aber dies nicht ausreichend, um dem Bestimmtheitsgebot genüge zu tun.

Das Gesetz verstößt aber nicht nur gegen das Bestimmtheitsgebot. Denn der Eingriff müsste auch gerechtfertigt sein, d.h. er müsste verhältnismäßig zum Ziel sein, das mit dem Eingriff verfolgt werden soll. Es müsste dem Schutz eines anderen Rechtsguts dienen, welches im Verhältnis zu Recht auf informationelle Selbstbestimmung höher anzusiedeln ist.

Laut Antragsbegründung dient die Einholung der Auskünfte, Tatsachen und Beweismittel direkt beim privaten Pflegeversicherungsunternehmen der Entbürokratisierung und Beschleunigung des Verfahrens. Wenn der Betroffene nicht oder nicht ausreichend mitwirkt, oder Auskünfte erst über das Bundesversicherungsamt eingeholt werden müssen, soll die Behörde den Weg zur Sachverhaltsaufklärung abkürzen können. Eine schleunige Sicherstellung und Feststellung der Aufrechterhaltung privater Versicherungsverträge mittels eines zügigen Ordnungswidrigkeitenverfahrens ist zwar ein legitimes Ziel des Staates.

Dieses Ziel rechtfertigt aber nicht die Umgehung der Einwilligung des Betroffenen in die Herausgabe von Sozialdaten. Die informationelle Selbstbestimmung ist als höherrangiges Rechtsgut besonders zu schützen.

Lösungsvorschlag

Streichung des Änderungsantrags

Änderungsantrag 23: Erweiterung des Besitzstandsschutzes bei Wechsel in eine neu zugelassene vollstationäre Pflegeeinrichtung; Besitzstandsschutz bei fehlender Vergütungsvereinbarung

In § 141 Absatz 3 Satz 1 wird durch die Einfügung des Wortes „monatlicher“ klargestellt, dass es sich um einen monatlichen Zuschlag handelt.

§ 141 Absatz 3b neu soll dahingehend ergänzt werden, dass Pflegebedürftige bei einem Wechsel in eine neu zugelassene, vollstationäre Pflegeeinrichtung, die erstmalig ab 1. Januar 2017 oder später eine Pflegesatzvereinbarung abgeschlossen hat, den mit ihrem Wechsel ihren nach § 141 Absatz 3 ermittelten, monatlichen Zuschlagsbetrag behalten.

Des Weiteren wird ein Besitzstandsschutz für Pflegebedürftige, die ambulant oder stationär von zugelassenen Pflegeeinrichtungen versorgt werden, die keine Vergütungsvereinbarung mit den Pflegekassen getroffen haben, geregelt.

Bewertung

Mit den Änderungen in § 141 Besitzstandsschutz und Übergangsrecht zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen werden sich zum gegenwärtigen Zeitpunkt abzeichnende noch offene Regelungslücken im Übergangsrecht geschlossen.
Besonders zu begrüßen ist die Regelung in § 141 Absatz 3b. Sie insbesondere in den Bundesländern von Relevanz, in den Neubauten aufgrund von Landesheimbauverordnungen erforderlich sind.

Änderungsantrag 24:

In Anlage 1 zu § 15 werden in der Tabelle „Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11“ die Wörter „ein- bis zweimal täglich“ durch die Wörter „ein- bis unter dreimal täglich“ ersetzt.

Bewertung

Die BAGFW begrüßt die Klarstellung, zumal rein rechnerisch tatsächlich auch ein Wert zwischen zweimal und dreimal täglich vorkommen kann. Eine bis zu dreimal erfolgende Inanspruchnahme der Leistungen würde sich in einem höheren Punktwert niederschlagen, sodass die gesetzliche Klarstellung notwendig ist.

Änderungsantrag 25: Regelung zur Behandlungspflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen

Mit der vorgeschlagenen Änderung in § 37 SGB V wird bestimmt, dass Pflegebedürftige, die in stationären Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe i.S. des § 43a SGB XI leben, Leistungen der Behandlungspflege nach § 37 SGB V erhalten können, wenn ihr Bedarf an Behandlungspflege eine ständige Überwachung und Versorgung durch eine qualifizierte Pflegefachkraft erfordert.

Bewertung

Mit dem BSG-Urteil vom 22. April 2015 (Az B 3 KR 16/R 14) wurde festgestellt, dass stationäre Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe nur einfachste Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege erbringen müssen, die für Versicherte im eigenen Haushalt von jedem erwachsenen Haushaltsangehörigen erbracht werden können und die entsprechend keine medizinische Fachkunde erfordern. Weitergehende medizinische Behandlungspflege schuldet die Einrichtung nur, wenn sich dies aus ihren Verträgen, ihrer Leistungsbeschreibung, ihrem Aufgabenspektrum, auch unter Berücksichtigung ihrer Zielgruppe, und ihrer sächlichen und personellen Ausstattung ergibt.

Versicherte, die einen besonderen Bedarf an Behandlungspflege haben, welcher eine ständige Überwachung und Versorgung durch eine qualifizierte Pflegefachkraft erfordert, sind in der Regel Einzelpersonen und nicht Angehörige typischer Zielgruppen in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe. Ein solch umfassender Versorgungsbedarf ist in der Regel von der Leistungsbeschreibung einer stationären Wohneinrichtung nicht gedeckt. Daher ist die gesetzgeberische Klarstellung, dass die Krankenkasse in solchen Fällen die Leistung der medizinischen Behandlungspflege auch dann übernimmt, wenn die Einrichtung durch Vertrag mit dem Eingliederungshilfeträger zur Erbringung von Behandlungspflege verpflichtet ist, sachgerecht und sehr zu begrüßen.

Änderungsantrag 26 :Versorgung mit häuslicher Krankenpflege nach § 132a SGB V

Aus den obligatorischen Inhalten der Bundesrahmenempfehlung über die einheitliche Versorgung mit häuslicher Krankenpflege, wird die Ziffer 1 Inhalte der häuslichen Krankenpflege herausgenommen. Gestrichen wird ebenfalls die gesetzliche Frist zur Abgabe und Anpassung der Rahmenempfehlungen. Neu aufgenommen wird, dass in den Rahmenempfehlungen auch Regelungen über die behandlungspflegerische Versorgung von Versicherten, die aufgrund eines besonders hohen Pflegeaufwandes oder einer Bedrohung der Vitalfunktion des Versicherten einer ununterbrochenen Anwesenheit einer Pflegekraft bedürfen, vorzusehen sind. Des Weiteren wird explizit betont, dass die Inhalte der Rahmenempfehlung den Verträgen nach Absatz 4 (bisher Absatz 2) zugrunde zu legen sind. Neu aufgenommen wird ein Konfliktlösungs-

mechanismus in Form einer Schiedsstelle und Verfahrensregelungen zur Umsetzung der Schiedsstellenregelung (Absatz 2 und 3 neu).

Der bisherige Absatz 2 wird Absatz 4, versehen mit zwei Ergänzungen. Zum einen wird in einem neuen Satz 6 klargestellt, dass Verträge nur mit Leistungserbringern abgeschlossen werden dürfen, die die Gewähr für eine leistungsgerechte und wirtschaftliche Versorgung bieten. Zum anderen werden die bereits im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen zur Teilnahme an Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen sowie zur Pflicht, die Erbringung intensivpflegerischer Leistungen in stationsähnlichen Wohnformen gegenüber der jeweiligen Krankenkasse anzuzeigen, aufgenommen.

Bewertung

Die Änderungen in § 132a Absatz 1 werden ausweislich der Begründung zum Änderungsantrag vorgenommen, um angesichts der steigenden Bedeutung der häuslichen Krankenpflege im Leistungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung die Rahmenempfehlungen als Versorgungsstandards für die Erbringung und Abrechnung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege zu stärken und verbindlicher zu gestalten. Die Situationsanalyse und die Zielsetzung werden von den in der BAGFW kooperierenden Spitzenverbänden der Freien Wohlfahrtspflege ausdrücklich begrüßt.

Der in Satz 4 geregelte Katalog obligatorisch zu vereinbarender Empfehlungsinhalte wird überarbeitet und in Bezug auf Empfehlungsinhalte, die für eine einheitliche Versorgung mit häuslicher Krankenpflege nicht zwingend erforderlich sind, bereinigt. Zukünftig sollen die Inhalte der häuslichen Krankenpflege nicht mehr zu den obligatorischen Inhalten der Bundesrahmenempfehlung zählen, sondern nur zu den fakultativen. Begründet wird dies damit, dass die Festlegung und Abgrenzung der Leistungsinhalte in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie) geregelt seien. Diese Kompetenzzuordnung an den g-ba halten wir nicht für sachgerecht. Vor der Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Richtlinien zur Verordnung von häuslicher Krankenpflege ist den in § 132a Absatz 1 Satz 1 genannten Leistungserbringern nur Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben und die Stellungnahmen sind in die Entscheidung des g-ba einzubeziehen. Die Leistungserbringerverbände nach § 132a Absatz 1 haben jedoch keinen Sitz mit Stimmrecht im g-ba. Solange dies nicht gegeben ist, halten wir eine prioritäre Zuordnung in den Bereich des g-ba für nicht sachgerecht und lehnen die Streichung der Ziffer 1 ab.

Die Neuaufnahme der Regelungen über die behandlungspflegerische Versorgung von Versicherten, die aufgrund eines besonders hohen Pflegeaufwandes oder einer Bedrohung der Vitalfunktion des Versicherten einer ununterbrochenen Anwesenheit einer Pflegekraft bedürfen, vorzusehen sind, halten wir für sachgerecht.
Gleiches gilt für den neuen Satz 7, der die Verbindlichkeit der Rahmenempfehlungen erhöht.

Die Implementierung des neu geregelten Schiedsverfahren in den neuen Absätzen 2 und 3 wird begrüßt. Die Streichung der gesetzlichen Frist zur Abgabe und Anpassung der Rahmenempfehlungen ist auch unserer Auffassung nur sachlogisch.

Bereits mit dem Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen wurde eine Neuregelung in § 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 6 eingeführt. Ausweislich der Gesetzesbegründung war damals intendiert, dass die angemessene Vergütung der Leistungen der häuslichen Krankenpflege durch die Krankenkassen sichergestellt sein muss. Diese Zielsetzung begrüßten die BAGFW. Seit Jahren klafft eine erhebliche Differenz zwischen den von den Krankenkassen angebotenen Vergütungen und den Personalkosten, die die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege und andere Leistungserbringer der Häuslichen Krankenpflege aufgrund der tatsächlichen tariflichen Steigerungen refinanzieren müssen. Die Krankenkassen verweisen dabei immer wieder auf den Grundsatz der Beitragssatzstabilität. Das mit dem Grundsatz der Beitragsstabilität (§ 71 Absatz 1 SGB V) verbundene Ziel, Beitragssatzerhöhungen möglichst zu vermeiden, trägt die BAGFW grundsätzlich mit. Gleichzeitig muss es Leistungserbringern jedoch möglich sein, ihre Leistung wirtschaftlich, zweckmäßig und dem Maße des Notwendigen entsprechend zu erbringen (§ 12 Absatz 1 SGB V). Daher muss auch die Leistungsvergütung angemessen sein. Dabei sind nach der Rechtsprechung des BSG die Tarife und Tarifbindungen eines Leistungserbringers stets als wirtschaftlich anzuerkennen. Dieser Grundsatz wurde bereits im 1. Pflegestärkungsgesetz in den §§ 84 und 89 SGB XI verankert.

Vor diesem Hintergrund begrüßt die BAGFW die mit dem Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen verbundene Neuregelung, dass Tariflöhne oder entsprechende Arbeitsvergütungen nicht tarifgebundener Leistungserbringer nachgewiesen werden müssen und es dazu eine entsprechende Transparenzvorgabe geben muss, ausdrücklich. Die Nachweispflicht stellt jedoch keinen Selbstzweck dar. Den Nachweis zu führen macht nur Sinn, wenn gleichzeitig bei Vergütungsverhandlungen anerkannt ist, dass die Zahlung von Tariflöhnen und Arbeitsentgelten stets als Kriterium wirtschaftlichen Handelns gilt. Dies ist im Gesetzestext expressis verbis zu verankern und § 132a Absatz 4 neu ist entsprechend zu ergänzen.

In § 132a Absatz 2 alt bzw. Absatz 4 SGB V neu ist unseres Erachtens des Weiteren dringend zu streichen, dass die Leistungen „preisgünstig“ zu erbringen sind. Unabdingbar ist, dass die Leistungen wirtschaftlich erbracht werden; dies jedoch steht bereits in Satz 5 des § 132a Absatz 2 alt und auch zusätzlich in § 132a Absatz 4 Satz 6 neu. Die Formulierung „preisgünstig“ findet sich im SGB V nur in Bezug auf die Bereiche der Haushaltshilfe nach § 132 und in Bezug auf die Häusliche Krankenpflege nach § 132a. Die pflegerische Tätigkeit setzt ebenso wie die ärztliche Tätigkeit hohe Qualitätsstandards voraus, an welche die Berufsausübung gebunden ist. Es ist nicht geboten, die entsprechende Leistungserbringung an das Qualitätskriterien außer Acht lassende Merkmal der Preisgünstigkeit zu binden. Das Wort „preisgünstig“ ist ersatzlos aus § 132a Absatz 4 Satz 5 zu streichen.

Die neuen Sätze 11 und 12 halten wir für sachlogisch. Da sie die bereits im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen zur Teilnahme an Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen sowie zur Pflicht, die Erbringung intensivpflegerischer Leistungen in stationsähnlichen Wohnformen gegenüber der jeweiligen Krankenkasse anzuzeigen, enthalten.

Lösungsvorschlag

Die Aufhebung der Nummer 1 in Absatz 1 wird zurückgenommen.

Absatz 4 neu wird wie folgt gefasst.

„(4) Über die Einzelheiten der Versorgung mit häuslicher Krankenpflege, über die Preise und deren Abrechnung und die Verpflichtung der Leistungserbringer zur Fortbildung schließen die Krankenkassen Verträge mit den Leistungserbringern. Wird die Fortbildung nicht nachgewiesen, sind Vergütungsabschläge vorzusehen. Dem Leistungserbringer ist eine Frist zu setzen, innerhalb derer er die Fortbildung nachholen kann. Erbringt der Leistungserbringer in diesem Zeitraum die Fortbildung nicht, ist der Vertrag zu kündigen. Die Krankenkassen haben darauf zu achten, dass die Leistungen wirtschaftlich **und preisgünstig** erbracht werden. Verträge dürfen nur mit Leistungserbringern abgeschlossen werden, die die Gewähr für eine leistungsgerechte und wirtschaftliche Versorgung bieten. **Die Vergütung muss dem Leistungserbringer bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seine Aufwendungen zu finanzieren. Die Bezahlung tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen kann dabei nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. Der Grundsatz der Beitragsstabilität ist zu beachten**. Im Falle der Nichteinigung wird der Vertragsinhalt durch …….

Antrag der Bundestagsfraktion von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Pflege vor Ort gestalten – Bessere Bedingungen für eine nutzerorientierte Versorgung schaffen“ (BT-Drs. 18/9668)

Antrag

Der Antrag führt aus, dass die Kommunen durch das Dritte Pflegestärkungsgesetz keinerlei Gestaltungsmöglichkeiten für die Angebotsstruktur vor Ort erhielten, sondern lediglich ihre Kompetenzen auf die Beratung erweitern können. Aus Sicht der GRÜNEN sollen die Kommunen dauerhaft die Möglichkeit erhalten, die Initiative bei der Pflegeberatung, Pflegeplanung und Vernetzung der Angebote zu ergreifen. Dazu sollen sie ein dauerhaftes Recht zur Gründung von Pflegestützpunkten erhalten. Ihre Steuerungs- und Planungskompetenz für die regionale Pflegestruktur soll unter Beteiligung der Betroffenengruppen und Verbände gestärkt werden. Zur Finanzierung soll die Bundesregierung einen Förderfonds unter Beteiligung der Pflegeversicherung schaffen. Regionale Budgets sollen erprobt werden. Darüber hinaus soll ein Anspruch auf ein individuelles Case-Management geschaffen werden und die Pflegesachleistung soll auf Wunsch der Pflegebedürftigen als persönliches Budget ausgezahlt werden.

Bewertung

Auch die BAGFW kritisiert, dass den Kommunen mit dem vorliegenden Gesetzentwurf lediglich Beratungskompetenzen übertragen werden. Um eine angemessene, wohnortnahe und aufeinander abgestimmte, miteinander verzahnte Beratungs-, Versorgungs- und Unterstützungslandschaft sowie eine bedarfsgerechte Infrastruktur zu gewährleisten, ist es aus Sicht der BAGFW unerlässlich, dass die Kommunen Verantwortung in den relevanten Feldern für ihre originären Aufgaben der Koordination, Vernetzung, Planung und Steuerung übernehmen. Die Umsetzung dieser Aufgaben kann durch die bloße Übertragung von Beratungskompetenzen oder die Initiierung von Pflegestützpunkten nicht erreicht werden. Ziel der Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege muss insgesamt die Gestaltung einer wohnortnahen Versorgung und nicht die bloße Steuerung von Leistungen sein. In diesem Zusammenhang muss auch die Altenhilfe nach § 71 SGB XII von einer freiwilligen Leistung der Kommunen zu einer Pflichtleistung werden. Nur so können die Kommunen wieder ihre Rolle in der Daseinsvorsorge und Gestaltung der Infrastruktur wahrnehmen.

Die BAGFW stimmt der Forderung der GRÜNEN zu, dass in die kommunalen und regionalen Gremien, systematisch die Vertreterinnen der Betroffenen einbezogen werden müssen. Auch die Wohlfahrtsverbände als dezidiert sozialräumliche Akteure müssen in die Gremien verantwortlich eingebunden werden. Wir haben in unserer Stellungnahme dazu konkrete Vorschläge unterbreitet.

Die BAGFW unterstützt die Forderung der GRÜNEN, die Pflegesachleistung im Rahmen des trägerübergreifenden persönlichen Budgets als Geldleistung auszuzah-

len. Schon seit langem setzen sich ihre Verbände für die Abschaffung der Gutscheinlösung in § 35a SGB XI ein.

Antrag der Bundestagsfraktion DIE LINKE „Pflege teilhabeorientiert und wohnortnah gestalten“‘(BT-Drs. 18/7625)

Antrag

Die LINKE setzt sich in ihrem Antrag dafür ein, gleichwertige Lebensbedingungen in der Pflege für alle pflegebedürftigen Menschen und die Beschäftigten in allen Regionen Deutschlands zu schaffen. Die Leistungsausgestaltung des PSG II soll ohne Abstriche in die Regelungen der Hilfe zur Pflege des SGB XII überführt werden. Die Pflegekassen sollen zum Rehabilitationsträger des SGB IX werden. Kosten der medizinischen Rehabilitation sollen in diesem Zusammenhang von den Krankenkassen und Kosten der geriatrischen Rehabilitation von den Pflegekassen getragen werden. Der Beirat zur Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs soll Empfehlungen zur Personalausstattung und zu den fachlichen Anforderungen für Unterstützungsleistungen nach §§45a bis 45d sowie zur Beratungsqualität abgeben und evaluieren. Des Weiteren wird gefordert, die medizinische Behandlungspflege vollumfänglich als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung zu gewähren und nicht länger aus dem SGB XI zu refinanzieren. Die LINKE setzt sich dafür ein, dass bisherige Leistungen der Eingliederungshilfe nicht in Pflegeleistungen umgewandelt werden dürfen. Bezüglich des Artikel 1 – Rolle der Kommunen in der Pflege – fordert die LINKE, dass der Landespflegeausschuss nach § 8a zusammen mit dem Gemeinsamen Landesgremium nach § 90a SGB V unter breiter Einbeziehung der Leistungserbringer, der Pflegekassen und Kommunen so weiterentwickelt wird, dass dieses Gremium den Sicherstellungsauftrag für eine bedarfsgerechte und flächendeckende Pflege übernehmen kann. Die regionalen Gesundheits- und Pflegekonferenzen sollen ein Vorschlagsrecht in den Landespflegeausschüssen erhalten und ihre Vorschläge sollen in die Zulassungsverfahren von Pflegeeinrichtungen einbezogen werden. In den Qualitätsausschuss sollen Vertreterinnen und Vertreter von Betroffenenorganisationen ein Mitbestimmungsrecht über die Benennung der unparteiischen Ausschussmitglieder erhalten. Um die Pflege qualitativ zu verbessern, soll die finanzielle Ausstattung der Kommunen sowie der Pflegeversicherung verbessert werden. Die Pflegeversicherung soll perspektivisch als Vollversicherung ausgestaltet werden. Zur Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sollen die Leistungen der Pflegeversicherung jährlich regelgebunden dynamisiert werden.

Bewertung

Der Antrag der LINKEN geht über den eigentlichen Regelungsinhalt des PSG III weit hinaus und bezieht sich auch auf Regelungen, die im Rahmen des PSG II getroffen wurden sowie auf generelle Positionen zum SGB XI. Eine dieser Forderungen betrifft die Refinanzierung der medizinischen Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen. Die BAGFW setzt sich, wie die Fraktion die LINKE, seit vielen Jahren dafür ein, dass die Kosten der medizinischen Behandlungspflege systemkonform aus dem SGB V refinanziert werden. Es ist ungerecht, wenn Pflegebedürftige in stationären Pflegeeinrichtungen die notwendigen Leistungen ihrer medizinischen Behand-

lungspflege selbst bezahlen müssen, während Pflegebedürftige, die häuslich versorgt werden, diese Leistungen aus dem SGB V erhalten. Im Zusammenhang der Regelungen zur Häuslichen Krankenpflege weist die BAGFW auf ein weiteres Problem hin, das im Zuge der Neuregelung zum PSG II an der Schnittstelle der krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen nach dem SGB XI und der medizinischen Behandlungspflege nach dem SGB V entstanden ist: In § 13 Absatz 2 SGB XI wird ausdrücklich festgelegt, dass die Leistungen der häuslichen Krankenpflege unberührt bleiben und dass dies insbesondere auch für krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen gilt, soweit diese im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V zu leisten sind. Die korrespondieren Regelung in § 37 Absatz 2 Satz 1 SGB V wurde jedoch gestrichen, sodass an dieser Stelle ein Verschiebebahnhof zwischen den Leistungen des SGB XI und SGB V nicht ausgeschlossen werden kann. Die Verbände der BAGFW bitten den Gesetzgeber an dieser Stelle dringend nachzujustieren.
Die Forderung der LINKEN, die Pflegeversicherung zum Rehabilitationsträger nach dem SGB IX zu erheben, lehnen die Verbände der BAGFW ab. Es ist unabdingbar, die Pflegeversicherung verbindlicher in die Koordinationsregelungen des SGB IX einzubinden, aber dafür muss die Pflegeversicherung nicht als Rehabilitationsträger ausgestaltet werden. Aus Sicht der BAGFW besteht die Gefahr, dass die Pflegeversicherung als Rehabilitationsträger auch Leistungen der medizinische Behandlungspflege, z.B. als geriatrische Rehabilitation in geriatrischen Krankenhäusern, tragen müsste. Für diese Leistungen ist nach Auffassung der BAGFW jedoch die Krankenversicherung zuständig. Außerdem besteht dadurch die Gefahr, dass Pflegebedürftige Menschen nur noch einen Zugang zur geriatrischen Rehabilitation erhalten. Insofern lehnen die Verbände der BAGFW die Forderung der LINKEN nach Übernahme der Kosten der geriatrischen Rehabilitation ab.

Die Verbände der BAGFW setzen sich, wie die LINKE vehement gegen einen Verschiebebahnhof von Leistungen der heutigen Eingliederungshilfe in die Pflegeversicherung ab. Die Regelungen, die das PSG III zur Schaffung eines Vorrangs der Pflegeversicherung vor Eingliederungshilfe im häuslichen Bereich in § 13 SGB XI vorsieht, erachten die Verbände der BAGFW als hochproblematisch. Wir verweisen dazu auf unsere Ausführungen in der Stellungnahme zum Gesetzentwurf.

Die BAGFW teilt die Auffassung der LINKEN, dass zu einer Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs eine bessere Personalausstattung der Einrichtungen erforderlich ist. Nach § 113c soll ein wissenschaftlich fundiertes Verfahren zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen bis 2020 entwickelt und erprobt werden. Die BAGFW hat sich dafür eingesetzt, dass das Begleitgremium nach § 18c ausdrücklich auch fachliche Fragen zu den Personalanhaltszahlen sowie zur Entwicklung des Anteils der Fachkräfte am Pflege- und Betreuungspersonal in den Blick nehmen können soll. Diese Forderung wurde in der Aufgabenbeschreibung des Begleitgremiums in § 18c Absatz 2 noch nicht hinreichend Rechnung getragen. Dieser Punkt wäre aus Sicht der BAGFW insofern zu ergänzen.
Die BAGFW setzt sich, wie die Fraktion DIE LINKE, nachdrücklich dafür ein, den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff des SGB XI leistungsrechtlich vollumfänglich in den Regelungen der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII abzubilden. Dieses Kriterium er-

füllt der vorliegende Gesetzentwurf noch nicht, wie zu Artikel 2 unserer Stellungnahme zum Gesetzentwurf ausführlich dargelegt wurde. Problematisch ist vor allem, dass Menschen im Pflegegrad I sowie Personen unterhalb der Schwelle des PG 1 (unterhalb 12,5 Punkten bei der Begutachtung) keine ergänzenden Leistungen der Hilfe zur Pflege erhalten können. Problematisch ist auch, dass Nichtversicherte nur mittels des einfachen Stufensprungs übergeleitet werden und dass für diesen Personenkreis im stationären Bereich keine Vergütung für die zusätzlichen Betreuungsleistungen nach § 43b SGB XI erfolgt.

Wie die LINKE setzen sich die Verbände der BAGFW dafür ein, dass die Betroffenenverbände sowie die sozialräumlichen Akteure der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege systematisch in die sektorenübergreifenden Landespflegeausschüsse aufgenommen werden. Der Sicherstellungsauftrag für eine bedarfsgerechte Versorgung nach § 69 SGB XI soll jedoch weiterhin bei den Pflegekassen bleiben, denn sie schließen die Versorgungsverträge und Vergütungsvereinbarungen mit den Pflegekassen.

Die LINKE fordert stärkere Mitbestimmungsrechte der Betroffenenverbände im Qualitätsausschuss. Die BAGFW hatte sich in den parlamentarischen Beratungen zum PSG II für 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 eingesetzt. Diese Bank hätte nicht nur Mitberatungsrechte, sondern auch Antragsrechte erhalten sollen. Durch die Beteiligung der Betroffenenverbände wären die Möglichkeiten der Verbraucherinnen und Verbraucher zu einer stärkeren Beteiligung und Sicherstellung der Transparenz bei den Verfahren zur Qualitätssicherung gestärkt worden. Der Gesetzgeber hat sich mit dem Konstrukt des Qualitätsausschusses für eine andere Variante entschieden.

Berlin, 12.10.2016

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0204(35)
gel. ESV zur öAnhörung am 17.10.
2016_PSGIII
12.10.2016

Zentrum für Qualität in der Pflege
Die Stiftung, die Wissen vernetzt.

Zentrum für Qualität in der Pflege | Reinhardtstr. 45 | 10117 Berlin

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit
Der Vorsitzende
Prof. Dr. Edgar Franke, MdB
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Öffentliche Anhörung des Ausschusses für Gesundheit zum Pflegestärkungsgesetz III am 17. Oktober 2016

Berlin, 12. Oktober 2016

Sehr geehrter Herr Vorsitzender,

ich danke Ihnen für die Einladung zur Teilnahme an der oben genannten Anhörung und die Gelegenheit zur Abgabe der beigefügten schriftlichen Stellungnahme.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Ralf Suhr
Vorsitzender des Vorstands

Kommentar zum
Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung
und zur Änderung weiterer Vorschriften
(Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III)

Dr. Ralf Suhr, Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP)

Stand 12. Oktober 2016

Vorbemerkung

Mit den Pflegestärkungsgesetzen I und II und dem vorliegenden Entwurf des Pflegestärkungsgesetzes III hat der Gesetzgeber einen Systemwechsel in der Pflege eingeleitet, in dem Bedarfe und Bedürfnisse der Nutzerinnen und Nutzer von Pflegeangeboten deutlich konsequenter Berücksichtigung finden als bisher. Mit dem Ersten Pflegestärkungsgesetz (PSG I) wurden die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung ausgeweitet und flexibilisiert. So wurden beispielsweise die Leistungsbeträge und Zuschüsse der Pflegeversicherung erhöht, und Unterstützungsleistungen wie die Kurzzeit-, Verhinderungs- sowie Tages- und Nachtpflege besser kombinierbar. Durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II) wurden ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein neues Begutachtungsverfahren eingeführt. Körperliche und geistige Beeinträchtigungen, wie zum Beispiel bei Menschen mit Demenz, werden zukünftig gleichermaßen von der Pflegeversicherung berücksichtigt. Der Erhalt der Selbständigkeit Pflegebedürftiger soll bei der Pflege im Vordergrund stehen. Qualitätsbewertung und -darstellung von Versorgungs- und Pflegeleistungen sollen im Hinblick auf Nutzen, Verlässlichkeit und Verständlichkeit für die Bürgerinnen und Bürger weiter entwickelt werden. Zudem zielen zentrale Neu-Regelungen auf die Weiterentwicklung der Beratungsstrukturen und der Beratungsqualität in der Pflege. Durch Einführung einer Pflegeberatungs-Richtlinie zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung und deren Inhalten soll Ratsuchenden ein definiertes Qualitätsniveau der Beratung zugesichert werden. Klargestellt sind Unterschiede der Leistungen „Auskunft“ und „Beratung“. Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pflegetätigkeit interessierte Personen haben einen Anspruch auf unentgeltliche Schulungskurse in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen. Hierzu wurde seitens des Autors bereits im Rahmen der Anhörung zum PSG II im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages Stellung bezogen.

Ein zentrales Ziel des vorliegenden Entwurfs des PSG III ist es, das Zusammenwirken von Bund, Ländern, Kommunen, Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen zur Weiterentwicklung bedürfnisgerechter, wohnortnaher Versorgungstrukturen für hilfe- und pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen zu verbessern. Hierfür sollen Kommunen künftig mehr Verantwortung in den Strukturen der Pflege erhalten. Ein Schwerpunkt des Gesetzentwurfs sind Regelungen, die die Beratungsstrukturen in der Pflege betreffen. Kommunale Stellen sollen zukünftig Beratung gemäß § 7a SGB XI anbieten können. Versicherte sollen dann Beratungsgutscheine der Pflegekassen bei den kommunalen Stellen einlösen können. Zudem sollen die Stellen verpflichtende Beratungen in der eigenen Häuslichkeit bei Empfängern von Pflegegeld nach § 37 Abs. 3 SGB XI durchführen können. Darüber hinaus sollen Kommunen für die Dauer von fünf Jahren das Recht erhalten, die Einrichtung von Pflegestützpunkten zu initiieren. Nach bisherigem Recht ist dies den Pflege- und Krankenkassen vorbehalten. Kosten- und Leistungsträger sollen die Pflegestützpunkte gemeinsam und gleichberechtigt betreiben. Die Beratung hat unabhängig und neutral zu erfolgen. Zur Qualitätssicherung der Beratung durch kommunale Stellen sollen zum einen verpflichtende Rahmenvereinbarungen zur Arbeitsweise und Finanzierung der

Pflegestützpunkte und zum anderen die im PSG II verankerte Pflegeberatungs-Richtlinie nach § 17 Abs. 1a SGB XI beitragen.

Neben dieser Ausweitung von Beratungsaufgaben im Bereich der Pflege auf die Kommunen ist mit dem PSG III ein Modellvorhaben geplant, in dem Kommunen in vollem Umfang Leistungen der Pflegeberatung für alte, hilfe- und pflegebedürftige Menschen übernehmen. Für die Dauer von fünf Jahren können Landkreise und kreisfreie Städte in bis zu 60 Modellvorhaben ausschließlich solche kommunalen Beratungsstellen für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen einrichten. Für die Beratung im Rahmen der Modellvorhaben sollen dieselben Qualitätsvorgaben wie für die Beratungen durch die Pflegekassen gelten.

Die Intention des PSG III, die Versorgungstrukturen weiter zu entwickeln, damit pflegebedürftige Menschen möglichst lange im eigenen Zuhause leben können, wird befürwortet. Zu den im PSG III vorgesehenen Änderungen der Beratungsstrukturen sind hierbei weitere flankierende Maßnahmen zu prüfen, damit eine bessere Zugänglichkeit und ein deutschlandweit ähnliches, verbindliches Qualitätsniveau der Beratungsangebote für die ratsuchenden Menschen sichergestellt werden. Denn unter anderem zeigen die Ergebnisse aus Projekten des Zentrums für Qualität in der Pflege (ZQP), dass das Beratungsangebot in der Pflege für Bürgerinnen und Bürger bereits bei den derzeit bestehenden Strukturen kaum überschaubar ist. Das betrifft zum Beispiel die Auffindbarkeit, die Zuständigkeit, das Angebotsspektrum sowie die Qualität der Beratungsangebote. Laut einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung des ZQP aus dem Jahr 2015 kennen über 70 Prozent der Deutschen mit Pflegeerfahrung keine Beratungsstellen in ihrer Nähe, an die sie sich wenden könnten, um sich entsprechende Unterstützung zur Pflege zu holen. 41 Prozent von ihnen fühlten sich nicht gut zu bestehenden Hilfs- und Unterstützungsangeboten informiert. Und 63 Prozent der Befragten mit persönlicher Pflegeerfahrung gaben an, sich nur unzureichend über gesetzliche Leistungsansprüche informiert zu fühlen. In einer systematischen Recherche hat das ZQP zudem 2016 mehr als 4.700 nicht kommerzielle Beratungsangebote im Bereich der Pflege identifiziert. Zugleich fehlt es bis heute an verbindlichen Anforderungen für Inhalte und Qualität von Beratungsangeboten in der Pflege. Die fachöffentliche und politische Diskussion fokussierte in den letzten Jahren vornehmlich auf strukturelle Fragen der Beratung. Dabei darf die dringende, inhaltliche Weiterentwicklung der Beratungsangebote nicht aus dem Blickfeld geraten. Das ZQP hatte daher Anfang 2016 einen Qualitätsrahmen für Beratung in der Pflege vorgelegt, der eine Grundlage für die konzeptionelle Weiterentwicklung und Gestaltung sowie die Bewertung der Qualität von Beratungsangeboten in der Pflege bietet.

Vor diesem Hintergrund werden im Folgenden zentrale Aspekte des Gesetzentwurfs kommentiert, die das Beratungsangebot in der Pflege betreffen.

Kommentar zum Entwurf des PSG III §§ 7b, 7c, 37, 123, 124 SGB XI

Beratung durch kommunale Stellen

Sachstand PSG III §§ 7b, 7c, 37

Künftig sollen Beratungsgutscheine für eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI in kommunalen Einrichtungen eingelöst werden können, wenn diese eine eigene Beratung nach Maßgabe der Pflegeberatungs-Richtlinien gemäß § 17 Abs. 1a SGB XI erbringen (PSG III §7b Abs. 2a SGB XI).

Kommunale Stellen, die auf örtlicher Ebene für die Hilfe zur Pflege zuständig sind, sollen für die Dauer von fünf Jahren ein Initiativrecht zur Einrichtung eines Pflegestützpunktes in ihrem regionalen Einzugsgebiet erhalten. Der Pflegestützpunkt ist in gemeinsamer Trägerschaft mit Pflegekassen und Krankenkassen zu führen (PSG III § 7c Abs. 1a SGB XI). Die zuständige oberste Landesbehörde, die Landesverbände der Pflegekassen und Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen und für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe und kommunale Spitzenverbände vereinbaren auf Landesebene Rahmenverträge zur Arbeit und zur Finanzierung der Pflegestützpunkte (PSG III § 7c Abs. 6 SGB XI). Nichtgewerblichen Einrichtungen in der Kommune, die Aufgaben zur Verbesserung der Situation Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen sowie zur Stärkung der Selbsthilfe wahrnehmen, soll künftig eine Beteiligung an Pflegestützpunkten ermöglicht werden (z. B. Seniorenbüros, Mehrgenerationenhäuser und lokale Allianzen für Menschen mit Demenz) (PSG III § 7c Abs. 2 SGB XI). Zusätzlich sollen Kommunen ab dem 1. Januar 2017 die Möglichkeit haben, die gemäß § 37 Abs. 3 SGB XI verpflichtenden Beratungseinsätze durchzuführen (PSG III § 37 Abs. 8 SGB XI). Dabei sind die gemäß § 37 Abs. 5 SGB XI bis 1. Januar 2018 zu erarbeitenden Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche auch von den kommunalen Stellen zu beachten (PSG III § 37 Abs. 8 SGB XI).

Kommentar

Bei den geplanten Änderungen durch das PSG III muss der voraussichtliche Nutzen für ratsuchende hilfe- und pflegebedürftige Menschen maßgeblich sein. Das heißt grundsätzlich sollten Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Beratungsstrukturen dazu beitragen, dass für die Bevölkerung bundesweit ein bedarfsgerechtes und leicht zugängliches Beratungsangebot verfügbar ist. Die Beratungsangebote müssen allgemein bekannt, kostenlos und bei Bedarf auch zugehend im persönlichen Wohnraum bereitgestellt werden. Die Beratung sollte „aus einer Hand“ erfolgen, so dass Ratsuchende möglichst wenige Stellen kontaktieren müssen. Hierfür ist es erforderlich, dass die im Bereich der Pflege verantwortlichen Stellen regional eng zusammenarbeiten. Die institutionelle Zugehörigkeit des Beraters darf keine Wirkung auf das Beratungsgeschehen bzw. auf das Beratungsergebnis haben. Die Qualität der Beratungsangebote muss durch festgelegte Qualitätskriterien sichergestellt sein. Für die Sicherstellung der Qualität der Beratung müssen Kompetenzen und Qualifikationsanforderungen der Beratenden konkret festgelegt und transparent gemacht werden.

Mit dem PSG III soll u. a. der Zugang zu Beratungsangeboten für ratsuchende Menschen verbessert werden. Dies könnte durch den im Gesetzentwurf vorgesehenen weiteren Ausbau wohnortnaher Beratungsstellen, die Hilfe aus einer Hand anbieten, erreicht werden. Deshalb ist es richtig, dass mit dem PSG III Bund, Länder, Kommunen, Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen verpflichtet werden sollen, zusammenzuarbeiten. Zielführend ist zudem, dass nichtgewerbliche Einrichtungen in der Kommune, die Aufgaben zur Verbesserung der Situation Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen sowie zur Stärkung der Selbsthilfe wahrnehmen, künftig eine Beteiligung an diesen wohnortnahen Beratungsstellen ermöglicht werden soll (z. B. Seniorenbüros, Mehrgenerationenhäuser und lokale Allianzen für Menschen mit Demenz). Auch dies kann aufgrund der Vernetzung bestehender Hilfeangebote zu einem leichteren Zugang zu den Hilfen und zum Aus- und Aufbau eines bedürfnisgerechten Hilfemixes für hilfe- und pflegebedürftige Menschen und ihren Angehörigen beitragen.

Zugleich besteht die Gefahr, dass das Beratungsangebot für Bürgerinnen und Bürger weiter an Überschaubarkeit verliert, wenn für Ratsuchende nicht direkt nachvollziehbar ist, wo, durch wen und worüber im Einzelnen vor Ort Beratung angeboten wird – und welche Erwartung an das Beratungsangebot gestellt werden kann. Deshalb sollte die gezielte Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit verpflich-

tender Bestandteil der Rahmenverträge zur Arbeit und Finanzierung der Pflegestützpunkte sein, die im PSG III § 7c Abs. 6 SGB XI vorgesehen sind. Zudem sollte festgelegt werden, dass die Stellen unaufgefordert offen legen müssen, wer dort welche Art der Beratung anbietet und mit welchem Qualifikationshintergrund.

Um für Bürgerinnen und Bürger ein einheitliches Qualitätsniveau der Beratungsangebote sicherzustellen, ist es notwendig, dass Qualitätsanforderungen an eine Beratung klargestellt werden. Daher ist die bereits im PSG II festgelegte Erarbeitung der Pflegeberatungs-Richtlinie gemäß § 17 Abs. 1a SGB XI zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung und deren Inhalten zielführend, um den ratsuchenden Menschen ein definiertes Qualitätsniveau der Beratung zuzusichern und Beratungstätigkeiten vergleichbar zu machen. Deshalb ist es ebenfalls richtig, dass mit dem PSG III die Pflegeberatungs-Richtlinien auch bei allen entsprechenden kommunalen Beratungsangeboten gelten sollen (PSG III § 7b Abs. 2a SGB XI).

In Bezug auf die Sicherstellung eines einheitlichen Qualitätsniveaus von Beratungsangeboten in der Pflege erscheint es problematisch, dass Beratungsstrukturen erweitert werden, obwohl noch keine konkreten Qualitätsanforderungen festgelegt sind: Die Pflegeberatungs-Richtlinien müssen vom GKV-Spitzenverband bis zum 31. Juli 2018 vorgelegt werden, während Kommunen bereits ab dem 1. Januar 2017 Pflegeberatung erbringen und die Errichtung von Pflegestützpunkten initiieren können sollen. Auch für die Durchführung der verpflichtenden Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI stellt sich die Frage nach der Sicherstellung eines festgelegten Qualitätsniveaus der Beratung. Gemäß PSG II haben die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche bis zum 1. Januar 2018 Empfehlungen zu erarbeiten (§ 37 Abs. 5 SGB XI). Obwohl bis dahin keine konkreten Qualitätsanforderungen für die verpflichtenden Beratungseinsätze vorliegen, sollen laut PSG III neben den bisherigen Anbietern auch Kommunen ab dem 1. Januar 2017 diese Beratungseinsätze durchführen können. Bereits im Zusammenhang mit dem PSG II wurde auf das nicht ausgeschöpfte Potenzial der verpflichtenden Beratungsbesuche zur Unterstützung pflegender Angehöriger sowie zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der familialen Pflege hingewiesen. Eine qualitative Weiterentwicklung der Beratungseinsätze ist daher notwendig. Sie sollte sich mindestens in verbindlichen Qualitätsanforderungen und Regelungen zur Planung, Durchführung und Auswertung der Beratungseinsätze wiederfinden.

Eine wichtige Voraussetzung für die Zweckmäßigkeit und Wirksamkeit der Pflegeberatungs-Richtlinie zur Qualitätssicherung der Beratungsangebote ist, dass sie inhaltlich wissenschaftsbasiert ist und einen hohen Konkretisierungsgrad aufweist, d. h. konkrete Maßgaben zu Beratungszielen, -inhalten, -prozessen sowie auch Grenzen der Beratungsleistungen aufweist. Dies sollte in jedem Fall sichergestellt sein. Zudem sollten bundesweit einheitliche Anforderungen an Kompetenzen und das Qualifikationsniveau der Beratenden beschrieben und festgelegt werden. Darüber hinaus bleibt im Gesetzesentwurf unklar, in welcher Weise und durch wen künftig die Einhaltung der Qualitätsanforderungen für die Beratungsangebote überprüft werden sollen. Hier Klarheit zu schaffen, erscheint jedoch erforderlich.

Allgemein anzumerken ist, dass bisher kaum wissenschaftsbasierte Kenntnisse über Beratungsbedarfe, Beratungsanforderungen und bestehende Beratungsstrukturen in Deutschland vorliegen. Wünschenswert wäre es daher, im stärkeren Umfang wissenschaftliche Erkenntnisse zu bestehenden Angeboten zu gewinnen. Unter anderem könnte die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung

des PSG III geplanten Modellvorhabens (PSG III § 123, 124 SGB XI) weiterführende Erkenntnisse mit sich bringen. Daneben sollten grundlegende und systematische Erkenntnisse zur Durchführung der Pflegeberatung und der verpflichtenden Beratungsbesuche gewonnen werden. Auf dieser Basis sollte wissensbasiert und zielgerichtet langfristig die Qualität der Beratung im Bereich der Pflege weiterentwickelt werden.

Modellvorhaben zur Beratung durch kommunale Stellen

Sachstand PSG III §§ 123, 124

Das PSG III sieht vor, dass im Rahmen von 60 Modellvorhaben Kommunen in vollem Umfang Leistungen der Pflegeberatung für alte, hilfe- und pflegebedürftige Menschen übernehmen. Darunter sollen die Pflegeberatung nach den §§ 7a bis 7c SGB XI, die Beratungseinsätze bei Pflegegeldempfängern nach § 37 Abs. 3 SGB XI und die Pflegekurse und individuellen Schulungen nach § 45 SGB XI fallen.

Die Modellvorhaben sollen auf fünf Jahre befristet sein. Für die Beratung im Rahmen der Modellvorhaben sollen dieselben Qualitätsvorgaben wie für die Beratungen durch die Pflegekassen gelten. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen soll Empfehlungen über die konkreten Voraussetzungen, Ziele, Inhalte und Durchführung der Modellvorhaben beschließen (PSG III § 123 Abs. 4 SGB XI). Zu den Modellvorhaben ist die Einrichtung eines Beirates und eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung geplant (PSG III § 124 SGB XI). Die Auswertung soll nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards hinsichtlich der Wirksamkeit, Qualität und Kosten der Beratung im Vergleich zur Beratung vor Beginn des jeweiligen Modellvorhabens und außerhalb der Modellvorhaben erfolgen (PSG III § 124 SGB XI).

Kommentar

Die Durchführung von Modellvorhaben kann im Hinblick auf die als sinnvoll einzuschätzende Zielsetzung quartiersnaher Wohn- und Versorgungsstrukturen möglicherweise einen Beitrag leisten. Durch die Modellvorhaben könnte die Bündelung bestehende Angebote für ratsuchende Menschen und hierdurch die Zugänglichkeit zu verschiedenartigen Angeboten verbessert werden. Hierbei ist allerdings sicherzustellen, dass durch ein Modellvorhaben vorhandene, funktionierende Beratungsstrukturen im Sinne der Bürgerinnen und Bürger nicht gefährdet werden. Im Hinblick auf die Qualität der Beratungsangebote sollten für Personen, deren Kommune am Modellvorhaben teilnimmt, zudem keine Nachteile im Vergleich zu anderen Ratsuchenden verbunden sein. Daher ist es richtig, dass laut PSG III für die Modellprojekte konsequent dieselben Qualitätsvorgaben gelten sollen wie für die Beratungen durch die Pflegekassen.

Allgemein besteht die Chance, durch die Modellvorhaben Erkenntnisse für die Ausgestaltung und Weiterentwicklung der Beratungsangebote in der Pflege in Deutschland zu gewinnen. Deshalb ist die im Gesetzentwurf vorgesehene Regelung einer wissenschaftlichen Auswertung zu Wirksamkeit, Qualität und Kosten der Beratung, die im Vergleich zur Situation vor Beginn des jeweiligen Modellvorhabens sowie zu den Strukturen außerhalb der Modellvorhaben erfolgen muss, von zentraler Bedeutung. Ein entsprechendes Evaluationsvorhaben steht allerdings insgesamt vor methodischen Herausforderungen, wie zum Beispiel der Beachtung möglicher Auswahleffekte, die unter anderem durch eine initiative Bewerbung zur Modellteilnahme zu erwarten sind. Daher ist auch gerade die Umsetzung des in der Gesetzesbegründung genannten Vergleichs von Modellkommunen mit Regionen relevant, in denen Kooperationen und Vernetzung innerhalb der Beratungsstrukturen auf andere Wei-

se gestärkt werden. Insbesondere ist auch zu beachten, dass im Anschluss an die Modellphase Erfahrungen aus Kommunen, die bis zum Modellbeginn keine oder nur bedingt funktionale Beratungsstrukturen aufwiesen, nicht fälschlich auf funktionierende Beratungsstrukturen außerhalb des Modellvorhabens übertragen werden, und damit etablierte, funktionierende Systeme eventuell gefährdet werden.

Kontakt:
Dr. Ralf Suhr
Zentrum für Qualität in der Pflege
Reinhardtstraße 45
10117 Berlin
Tel.: 030/27 59 39 5 – 10
E-Mail: ralf.suhr@zqp.de

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0204(36)
gel. VB zur öAnhörung am 17.10.
2016_PSGIII
12.10.2016

Stellungnahme des Sozialverbands VdK Deutschland e. V.

zum Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III)

Sozialverband VdK Deutschland e.V.
Linienstraße 131
10115 Berlin

Telefon: 030 9210580-306
Telefax: 030 9210580-310
e-mail: christen@vdk.de

Berlin, den 11. Oktober 2016

1. Zu den Zielen des Referentenentwurfs und den Maßnahmen ihrer Umsetzung

Mit dem Dritten Pflegestärkungsgesetz soll jetzt die kommunale Ebene gestärkt werden, denn diese trägt im Rahmen ihrer Zuständigkeit maßgeblich zur Versorgung pflegebedürftiger Menschen bei. In den vergangenen Jahren hat sich mehr und mehr gezeigt, dass es Verbesserungspotenzial bei der Pflege vor Ort insbesondere in Bezug auf Koordination, Kooperation und Steuerung gibt. Kommunen stehen im Bereich der Pflege nur begrenzte Gestaltungsmöglichkeiten zur Verfügung.

Bereits im Koalitionsvertrag wurde daher die Einsetzung einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege beschlossen. Der Arbeitsauftrag der Bund-Länder-Arbeitsgruppe bestand darin, gemeinsam Empfehlungen zu erarbeiten. Schwerpunkt des Arbeitsauftrags war die Klärung, der Fragen,

- wie die kommunale Steuerungs- und Planungskompetenz für die regionale Pflegestruktur gestärkt werden kann,

- wie die Kommunen stärker in die Strukturen der Pflege verantwortlich eingebunden werden können und

- wie Sozialräume so entwickelt werden können, dass pflegebedürftige Menschen so lange wie möglich in ihrem gewohnten Umfeld verbleiben können.

Nur im engen Zusammenwirken von Bund, Ländern, Kommunen, Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen können die Versorgung pflegebedürftiger Menschen und die Unterstützung ihrer Angehörigen angemessen erfolgen. Gemeinsames Ziel ist es, so lange wie möglich den Verbleib in der vertrauten häuslichen und familiären Umgebung zu unterstützen und ein selbstbestimmtes Leben zu gewährleisten.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der Sozialverband VdK begrüßt grundsätzlich alle Maßnahmen, die dazu führen, dass die Rolle der Kommunen in der Pflege gestärkt wird. Die pflegerische Versorgung ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, der Ort der Versorgung sollte dabei immer der jeweilige Sozialraum sein. Der Wunsch pflege- und hilfebedürftiger Menschen ist es dabei auch, möglichst lange selbstbestimmt im vertrauten Umfeld zu leben. Gerade mit Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes durch das Pflegestärkungsgesetz II wird ein teilhabeorientiertes Verständnis von Pflege entwickelt. Hierfür benötigen pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen wohnortnahe Versorgungsstrukturen, die unter Berücksichtigung der regionalen und kommunalen Rahmenbedingungen gestaltet sein müssen. Schon von daher kommt den Kommunen eine ganz entscheidende Rolle in der Pflege zu. Allerdings gibt es heute zwischen den Regionen, Kreisen, Gemeinden und Quartieren erhebliche Unterschie-

de. Diese zeigen sich auch im Hinblick auf das Engagement der einzelnen Kommunen und prägen die Gestaltungs- und Handlungsspielräume derselben. Das hat auch direkte und indirekte Auswirkung auf die Lebenslagen und Lebensbedingungen der dort lebenden pflege- und hilfebedürftigen Menschen. Neben der Versorgung mit pflegerischen Dienstleistungen müssen hier auch das räumliche Umfeld, die örtliche Infrastruktur, die soziale Unterstützung, die Bildungsoptionen sowie die Wohnqualität in den Blick genommen werden. Vor diesem Hintergrund hätte sich der VdK von dem Referentenentwurf mehr Mut gewünscht. Letztlich wird nach unserer Einschätzung nur an kleineren Stellschrauben gedreht, die grundsätzlichen Schwierigkeiten bleiben bestehen.

Der VdK fordert in Bezug auf die Pflegeberatung mehr Eindeutigkeit in den Zielen und Absichten zur Pflegeberatung. Wir brauchen eine zentrale Anlaufstelle für die Pflegeberatung und keinen sogenannten „Bunten Teppich“ von verschiedenen Beratungsstellen. Diese Anlaufstelle kann nach unserer Auffassung nur der Pflegestützpunkt sein. Entsprechend lehnen wir eine Ausweitung der Beratungsgutscheinregelung im § 7b SGB XI ab. Sofern Pflegekassen darüber hinaus eigenständige Pflegeberatung anbieten, müssen für diese die gleichen inhaltlichen Vorgaben wie für Pflegestützpunkten gelten. In jedem Fall muss auch eine solche Beratung quartiersbezogen und wohnortnah sein. Damit wir überall die gleichen Pflegeberatungsstandards haben und die Zugänge für wirklich alle Bürger in jedem Ort in Deutschland gesichert werden können, sehen wir in Verbindung mit der Errichtung von Pflegestützpunkten noch weiteren gesetzlichen Handlungsbedarf. Insbesondere im § 7c müssen Aufgaben, Leistungen, Strukturen sowie die Finanzierung der beteiligten Träger klarer definiert werden, damit in den entsprechenden Verträgen zwischen Pflegekassen, Kommunen und Ländern Regelungen über Rechte und Pflichten der beteiligten Partner enthalten sein müssen. Auch die in den §§ 123 und 124 beschriebenen Modellversuche sind nicht ausreichend, um nach Beendigung der Modelle eine entsprechende Sogwirkung auf alle Kommunen entfalten zu können.

Aufgrund der weitgehenden Begriffsidentität zwischen dem Recht der Pflegeversicherung nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) und dem Recht der Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) sowie dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) ist sowohl die Sozialhilfe als auch die soziale Entschädigung nach dem BVG unmittelbar von der Entscheidung über einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein neues Begutachtungsinstrument betroffen. Dies umfasst sowohl die gesetzlichen Regelungen zu den Voraussetzungen von Pflegebedürftigkeit und dem neuen Begutachtungsverfahren NBA als auch die leistungsrechtliche Hinterlegung. Darüber hinaus enthält der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff Teilhabe-Elemente, die eine Abgrenzung der Leistungen der Hilfe zur Pflege zu den Leistungen der Eingliederungshilfe erfordern. Der Expertenbeirat hat in seinem Abschlussbericht darauf hingewiesen, dass sich an der Schnittstelle zu den Leistungen der Hilfe zur Pflege und der Eingliederungshilfe Verschiebungen der Leistungszuständigkeiten und deswegen Anpassungsbedarfe ergeben werden.

Mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff ist auch zukünftig keine Vollabsicherung des Pflegerisikos durch die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung beabsichtigt. Die Höhe der Versicherungsleistungen nach dem SGB XI ist auf gesetzlich festgesetzte Höchstbeträge begrenzt (Teilleistungssystem). Bei den Pflegebedürftigen kann daher auch nach Einführung

des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im SGB XI ein darüber hinausgehender Bedarf an Pflegeleistungen bestehen, der bei finanzieller Bedürftigkeit durch die Sozialhilfe im Rahmen der Hilfe zur Pflege gedeckt werden muss. Darüber hinaus werden die Kosten für Unterkunft und Verpflegung von der gesetzlichen Pflegeversicherung nicht übernommen, d. h. im Falle der finanziellen Bedürftigkeit der Pflegebedürftigen werden im Regelfall auch diesbezüglich die Kosten von den Trägern der Sozialhilfe zu tragen sein.

Die begrenzten Leistungen der sozialen Pflegeversicherung werden somit auch in Zukunft das ergänzende System der Hilfe zur Pflege erfordern, damit der pflegerische Bedarf von Pflegebedürftigen im Fall der finanziellen Bedürftigkeit umfassend sichergestellt ist. Sowohl rechtssystematisch als auch im Sinne der Pflegebedürftigen ist somit auch weiterhin eine (weitgehende) Identität der Pflegebedürftigkeitsbegriffe unabdingbar.

Der Sozialverband VdK hält die damit einhergehende Intention des Gesetzgebers, einen Gleichklang der Regelungen im Bereich des SGB XII mit den Regelungen des SGB XI herzustellen, für absolut richtig. Nicht nachvollziehen können wir an dieser Stelle allerdings, warum dieser Gleichklang an zahlreichen Stellen im SGB XII nicht bzw. nicht vollständig, umgesetzt wird. Wir fürchten diesbezüglich, dass sich aus den im Gesetzentwurf beschriebenen gesetzlichen Änderungen Nachteile für die Betroffenen ergeben könnten. Von daher fordern wir, dass die gesetzlichen Regelungen im Bereich der Hilfe zur Pflege den (Neu-)Regelungen des SGB XI entsprechen.

Beim Zusammentreffen von Leistungen der Pflegeversicherung und der Eingliederungshilfe sollte der Eingliederungshilfeträger nach den Regeln der Gesamtplanung unter Beteiligung der Pflegeversicherung den Umfang der Pflegeversicherungsleistung feststellen. Es sollte dann ermöglicht werden, dass der Träger der Eingliederungshilfe für die Deckung des Gesamtbedarfs zuständig bleibt und den Sachleistungsbetrag von der Pflegeversicherung erhält. Dann könnte ein Leistungserbringer, der eine Leistungs- und Vergütungsvereinbarung mit dem Eingliederungshilfeträger über die erforderlichen Leistungen hat, alle notwendigen Leistungen erbringen, ohne dass geklärt werden müsste, ob es sich bei einer notwendigen Unterstützungsmaßnahme um eine Leistung nach dem SGB IX Teil 2 oder SGB XI handelt und damit vom Träger der Eingliederungshilfe oder von der Pflegeversicherung zu erbringen ist. Darüber hinaus fordert der VdK, dass im Verhältnis von Eingliederungshilfe zur Hilfe zur Pflege die Eingliederungshilfe vorgeht.

2. Wesentlicher Inhalt des Gesetzentwurfs

2.1. Zu den Änderungen im Bereich Pflegeberatung

Kommunale Stellen erhalten zeitlich befristet bei finanzieller Beteiligung die Möglichkeit, Pflegestützpunkte zu initiieren, wenn die Länder dies vorsehen. Es werden verpflichtende Rahmenverträge zur Arbeit und Finanzierung der Pflegestützpunkte einerseits und zur Zuständigkeit für die Koordinierung der Arbeit und die Auskunftspflicht andererseits unter Einbeziehung der kommunalen Spitzenverbände verankert. Ferner wird eine Schiedsstelle für den Fall vorgesehen, dass Rahmenverträge nicht zustande kommen.

Das gesetzlich vorgegebene Aufgabenspektrum der Pflegestützpunkte wird um die Erbringung der Beratung nach § 7a SGB XI ergänzt. § 7c Absatz 2 SGB XI wird um "Einrichtungen in der Kommune", wie z.B. Seniorenbüros, Mehrgenerationenhäuser, Lokale Allianzen für Demenz, Freiwilligenagenturen ergänzt, denen eine Beteiligung an einem Pflegestützpunkt zu ermöglichen ist.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Wir benötigen in jeder Kommune ausreichend trägerunabhängige Beratungsstellen, die auch aufsuchende Beratung anbieten. Von daher begrüßen wir die Ergänzung in § 7c Absatz 2 um Einrichtungen in der Kommune ebenso wie die Erweiterung des Aufgabenspektrums der Pflegestützpunkte um die Beratung nach § 7a SGB XI. Gleichzeitig muss allerdings klar geregelt sein, wer „Träger“ und wer „Mitwirkender“ eines Pflegestützpunktes ist.

Die zwingenden Aufgabenbereiche der Pflegestützpunkte muss das Gesetz bestimmen. Danach haben die Pflegestützpunkte aber schon heute die Beratung, Versorgung und Betreuung der Versicherten zu leisten. Dazu zählt uneingeschränkt auch die Aufklärung nach § 7 SGB XI und die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI. Dies beinhaltet sowohl ein umfassendes Fallmanagement (Case Management) als auch ein Versorgungsmanagement (Care Management). Der VdK fordert diesbezüglich endlich auch die konsequente Umsetzung des Gesetzes. Nach Auffassung des Sozialverband VdK muss Pflegeberatung im Stützpunkt darüber hinaus mehr sein, als eine reine SGB XI-Beratung. Das gesamte Spektrum des Sozialgesetzbuches, aber auch darüber hinausgehende Fragestellungen müssen Grundlage der Beratung sein. Pflegeberatung muss sich zum Fallmanagement ausweiten. Pflegerisches Fallmanagement ist ein Prozess der interdisziplinären Zusammenarbeit über alle Sozialgesetzbücher und darüber hinaus. Hierbei werden die individuellen medizinischen und pflegerischen, physiologischen, psychologischen, sozialen und spirituellen Hilfe- und Unterstützungsbedarfe eines pflegebedürftigen Menschen vom pflegerischen Case Manager mit dem Pflegebedürftigen selbst und seinen Angehörigen eruiert und geplant. Case-Management bei multimorbiden und pflegebedürftigen Menschen setzt aber auch ein funktionierendes Care-Management voraus. Care Management (Versorgungsmanagement) zielt darauf ab, abgestimmte Versorgungsstrukturen zu implementieren, um insbesondere bei komplexen gesundheitlichen Problemen sektoren- und disziplinübergreifend Versorgungsabläufe zu rationalisieren. Damit soll die Kooperation zwischen den Akteuren der Gesundheits-, Sozial- und

Versicherungsinstitutionen, insbesondere bei komplexen gesundheitlichen Problemen, verbindlich und dauerhaft strukturiert werden. Dabei geht es um die Vermeidung von Unter-, Über-, und Fehlversorgung. Care Management hat die Optimierung der Versorgung im jeweiligen Bereich zum Ziel. Hierfür bedarf es nach Auffassung des VdK einiger Grundlagen:

- Die Größe des Einzugsbereichs eines Pflegestützpunktes ist so zu wählen, dass die Aufgabenwahrnehmung wohnortnah erfolgt und damit der Aufbau vernetzter Strukturen möglich wird.

- Eine Trennung von Pflege- und Sozialberatung widerspricht dem Charakter eines erfolgreichen Case- und Care Managements. Deswegen ist eine „Beratung aus einer Hand“ notwendig.

- „Beratung aus einer Hand“ begründet auch eine gleichberechtigte und gleichverantwortliche Aufgabenwahrnehmung durch Kranken/Pflegekassen, kommunalen Gebietskörperschaften und Ländern. Dies bezieht sich auch auf eine gemeinsame Kostenträgerschaft („Drittel-Finanzierung“).

- Der Aufbau mehrerer konkurrierender Pflegestützpunkte in einem Einzugsbereich ist kontraproduktiv und abzulehnen.

- Bei der Führung von Pflegestützpunkten sind eindeutige Organisations- und Verantwortungsstrukturen notwendig. Das muss bei einer gleichberechtigten und gleichverantwortlichen Aufgabenwahrnehmung durch Kranken- und Pflegekassen, Kommunen und Ländern klar geregelt werden.

- Pflegestützpunkte müssen finanziell abgesichert und unabhängig arbeiten können. Die Pflegeberatung muss kosten- und leistungsträgerneutral erfolgen.

Wir benötigen eine weitergehende Reform der Pflegeberatung als bisher. Wir fordern die konsequente und bedarfsgerechte Sicherstellung der Pflegeberatung „aus einer Hand“ als ein wesentliches Instrument zur Versorgungsoptimierung. Sie hilft den Betroffenen, die häusliche Pflegeversorgung zu sichern, sie entlastet und motiviert pflegende Angehörige und ermöglicht eine sachgerechte Versorgungssteuerung. Notwendig ist eine weiterführende gesetzliche Klarstellung der Aufgaben der Pflegestützpunkte im genannten Sinne. Der Sozialverband VdK hat diesbezüglich ein Konzept erarbeitet, dass dieser Stellungnahme als Anhang beigefügt ist.

2.2. Zum Verhältnis Pflegeversicherung und Eingliederungshilfe

Im häuslichen Umfeld sollen die Leistungen der Pflegeversicherung nach dem SGB XI und der Hilfe nach dem SGB XII vorgehen, es sei denn bei der Erfüllung der Aufgaben der Eingliederungshilfe steht diese im Vordergrund. Außerhalb des häuslichen Umfelds gehen die Leistungen der Eingliederungshilfe vor.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Die Abgrenzung von Leistungen der Eingliederungshilfe und den Leistungen zur Pflege danach vorzunehmen, ob sie innerhalb oder außerhalb des häuslichen Umfelds erbracht wird, scheint nicht sachgerecht. Dieselben Unterstützungsleistungen, die im häuslichen Umfeld Pflegeleistungen wären, wären beim, Besuch des Kindergartens oder am Arbeitsplatz Eingliederungshilfeleistungen. Abgrenzungsprobleme gäbe es dann bei der Frage, wann noch ein Bezug zum häuslichen Umfeld gegeben ist, wenn es z.B. um Einkäufe oder Spaziergänge geht. Folge dieses Nebeneinanders von Leistungen wäre, dass eine bisher praktizierte einheitliche Leistungserbringung durch einen hierfür qualifizierten Leistungserbringer in Zukunft in mehrere Bestandteile aufgesplittet würde, für die die Leistungsberechtigten dann unterschiedliche Leistungserbringer aus verschiedenen Leistungssystemen heranziehen müssten, was nach der Begründung des Gesetzentwurfs gerade vermieden werden soll. Im Einzelfall müssten also einheitliche Sachverhalte aufgespaltet werden, um den individuellen Bedarf nach Ziel und Zweck entweder der Pflegeversicherung oder der Eingliederungshilfe zuzuordnen.

Bei der Frage, welche Leistung zu erbringen ist, soll es des Weiteren darauf ankommen, ob die Leistungen der Eingliederungshilfe oder der Pflege im Vordergrund stehen. Wann die Aufgaben der Eingliederungshilfe oder mehr die Pflege im Vordergrund steht, ist gerade mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs noch deutlich schwerer als bisher zu entscheiden. Das Ziel des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes ist ja eben eine neue Teilhabeorientierung in der Pflege. Als Sozialverband VdK werden wir uns auch dafür einsetzen, dass dieser neue Pflegebegriff konkrete Auswirkungen im Leistungsgeschehen der Pflege hat und damit auch bei den Betroffenen die Möglichkeit entsteht, individuelle und passgenaue Pflegeangebote in der Häuslichkeit zu nutzen. Nur dann würde der bisherige Verrichtungsbezug der Pflege der Vergangenheit angehören. Diese absolut wünschenswerte Tatsache führt in der Folge aber zu Abgrenzungsproblemen. So stellt der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff in § 14 Abs. 2 Ziff. 6 auf die Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte sowie die Kontaktpflege zu Personen außerhalb des häuslichen Umfelds ab. Die Schwierigkeit der Abgrenzung wird auch deutlich, wenn konkret die definierten Lebensbereiche der Eingliederungshilfe bzw. die Module der Pflegebedürftigkeit betrachtet werden. Hier überschneiden sich mindestens die Bereiche Mobilität, Selbstversorgung, Kommunikation, Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte.

Zwar erlaubt das Regelungsmodell im vorliegenden Gesetzentwurf, dass Leistungen der Pflegeversicherung und der Eingliederungshilfe im Einzelfall nebeneinander erbracht werden können und sich damit ergänzen. Da das hierfür notwendige Verfahren im mindesten sehr aufwändig und sicherlich auch streitbefangen wäre, befürchtet der VdK, dass die Träger der Eingliederungshilfe grundsätzlich davon ausgehen werden, dass bei Menschen mit Behinderungen, die pflegebedürftig sind, das Ziel der pflegerischen Versorgung überwiegen werden. Für den behinderten Menschen ist diese Zuordnung von besonderer Brisanz. Zum einen ist bei der Hilfe zur Pflege die Kostenbeteiligung deutlich ungünstiger als bei der Eingliederungshilfe. Die betroffenen Menschen würden dann weiter im Fürsorgesystem bleiben. Zum anderen würden diese Menschen dann im häuslichen Umfeld von den weitergehenden Teilhabeleistungen der Eingliederungshilfe ausgeschlossen.

Der VdK fordert daher, dass im Verhältnis von Eingliederungshilfe zur Hilfe zur Pflege die Eingliederungshilfe vorgeht.

Beim Zusammentreffen von Leistungen der Pflegeversicherung und der Eingliederungshilfe sollte der Eingliederungshilfeträger nach den Regeln der Gesamtplanung unter Beteiligung der Pflegeversicherung den Umfang der Pflegeversicherungsleistung feststellen. Es sollte dann ermöglicht werden, dass der Träger der Eingliederungshilfe für die Deckung des Gesamtbedarfs zuständig bleibt und den Sachleistungsbetrag von der Pflegeversicherung erhält. Dann könnte ein Leistungserbringer, der eine Leistungs- und Vergütungsvereinbarung mit dem Eingliederungshilfeträger über die erforderlichen Leistungen hat, alle notwendigen Leistungen erbringen, ohne dass geklärt werden müsste, ob es sich bei einer notwendigen Unterstützungsmaßnahme um eine Leistung nach dem SGB IX Teil 2 oder SGB XII handelt und damit vom Träger der Eingliederungshilfe oder von der Pflegeversicherung zu erbringen ist.

Grundsätzlich befürchtet der Sozialverband VdK an dieser Stelle, dass gerade behinderte Menschen, die im häuslichen Umfeld leben, zukünftig benachteiligt werden. Zwar versucht der Gesetzgeber mit der neu aufgenommenen Besitzstandsschutzregelung für pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen in häuslicher Pflege in § 145 SGB XI diese Benachteiligung auszugleichen, doch gelingt das nach unserer Einschätzung nur bedingt. Zum einen ist die Regelung eben eine reine Besitzstandsschutzregelung und lässt damit zukünftig pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen, die in der eigenen Häuslichkeit leben wollen, außen vor und zum zweiten wird durch die Ausweitung der Regelungen der §§ 43a sowie 71 SGB XI auf eine Vielzahl von ambulant betreuten Wohngemeinschaften diese Möglichkeit für pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen stark eingeschränkt. Die Möglichkeiten, ambulant betreut zu leben, werden sich nach unserer Ansicht gerade für Menschen mit hohen Unterstützungsbedarfen dadurch erheblich verschlechtern. Dies steht aber im Widerspruch zu dem Grundsatz "ambulant vor stationär" und den Zielen des Gesetzgebers. Statt einer Einschränkung des ambulanten Grundsatzes fordert der VdK vielmehr eine Ausweitung ambulanter Wohn- und Betreuungsmöglichkeiten für pflegebedürftige, behinderte Menschen.

2.3. Zum Qualitätsausschuss

Die Beteiligungsrechte der auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen (Betroffenenorganisationen) bei den Beschlüssen und Vereinbarungen der Vertragsparteien nach § 113, die durch den Qualitätsausschuss nach § 113b erlassen bzw. getroffen werden, werden weiter gestärkt. Die Betroffenenorganisationen erhalten ein Antragsrecht, das über das bislang vorgesehene Mitberatungs- und Anwesenheitsrecht bei den Sitzungen des Qualitätsausschusses und der von ihm eingesetzten Gremien hinausgeht. Zur Sicherstellung der Mitwirkung der Betroffenenorganisationen bei allen Sitzungen des Qualitätsausschusses und der von ihm eingesetzten Arbeitsgruppen oder anderen Gremien sollen die Betroffenenorganisationen auch ehrenamtlich Tätige in die entsprechenden Gremien entsenden können. Diese ehrenamtlich Tätigen erhalten einen Anspruch auf Erstattung der ihnen in diesem Zusammenhang entstehenden Reisekosten.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK begrüßt diese Änderungen sehr. Schon in unserer Stellungnahme zum Pflegestärkungsgesetz II haben wir stark kritisiert, dass die maßgeblichen Organisationen nach § 118

SGB XI im Qualitätsausschuss nach § 113b SGB XI keine weitergehenden Beteiligungsmöglichkeiten erhalten sollen. Das nun zugestandene Antragsrecht ist tatsächlich eine Stärkung der Beteiligungsrechte der auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen. Allerdings kann dieses Antragsrecht nur der erste Schritt zu einer stärkeren Beteiligung sein. Vor dem Hintergrund des Teilkaskoprinzips in der Pflegeversicherung sind es vermehrt die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen selbst, die einen erheblichen zeitlichen wie finanziellen Aufwand tragen. Deswegen ist eine entsprechende Beteiligung – auch vor dem Hintergrund der öffentlichen Diskussionen um dieses sensible Thema – so bedeutsam. Der Sozialverband VdK fordert den Gesetzgeber diesbezüglich nachdrücklich auf, den Betroffenenverbänden auch im SGB XI mindestens gleiche Beteiligungsmöglichkeiten wie im SGB V zu ermöglichen. Hierzu gehört auch eine Regelung analog zur Stabsstelle Patientenbeteiligung im SGB V.

Eine ähnliche Bewertung müssen wir hinsichtlich des neu geschaffenen Anspruchs auf Reisekostenerstattung für von den Betroffenenorganisationen entsendeten ehrenamtlich Tätigen im Qualitätsausschuss aussprechen. Auch diese Neuregelung begrüßen wir sehr. Aber auch hier müssen wir anmerken, dass diese Regelung nur der erste Schritt sein kann. Um eine nachhaltige Betroffenenbeteiligung zu gewährleisten, fordert der VdK diesbezüglich eine absolute Angleichung der Erstattungsmöglichkeiten bei der Beteiligung der Betroffenenorganisationen des Elften Buches an die Erstattungsmöglichkeiten der Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten (Patientenvertretung) des Fünften Buches.

Wir begrüßen an dieser Stelle aber ausdrücklich den neu in das Gesetz aufgenommenen Auftrag an den Qualitätsausschuss, ein Konzept für eine Qualitätssicherung in neuen Wohnformen zu entwickeln und zu erproben, insbesondere Instrumente zur internen und externen Qualitätssicherung sowie für eine angemessene Qualitätsberichterstattung zu entwickeln und ihre Eignung zu erproben.

2.4. Zu den Modellvorhaben der §§ 123 und 124

In insgesamt 60 Modellvorhaben sollen die Kommunen eine Beratung zur Pflege, Hilfe zur Pflege, Eingliederungshilfe und Altenhilfe aus einer Hand testen. So sollen die kommunalen Beratungsangebote für die Pflege, die Sozialhilfe und für die Hilfen nach dem Bundesversorgungsgesetz verzahnt werden. Die Modellvorhaben sollen nach dem Königsteiner Schlüssel unter den Ländern verteilt werden.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Die Ziele der Modellvorhaben können vom Sozialverband VdK unterstützt werden. Trotzdem haben wir einige kritische Anmerkungen zur Umsetzung der Modellvorhaben. Schon die geringe Anzahl von 60 Modellvorhaben, verteilt auf alle Länder nach dem Königsteiner Schlüssel halten wir für nicht ausreichend. Im konkreten Fall würde das bspw. bedeuten, dass es in Mecklenburg-Vorpommern ein oder in Schleswig-Holstein zwei Modellvorhaben geben würde. Allein diese geringe Anzahl relativiert schon jetzt die Ergebnisse der Modellvorhaben. Ziel muss es aber sein, dass in jeder Kommune eine Beratung „aus einer Hand“ erfolgt. Entsprechend hilfreich wären positive Ergebnisse mit einer Signalwirkung auf alle Kommunen.

Auch die Auswahl der Modellkommunen wirft doch einige Fragen auf. Die Hälfte der Modellvorhaben soll von solchen Kreisen und kreisfreien Städten durchgeführt werden, in denen noch keine mehrjährigen Erfahrungen in der strukturierten Zusammenarbeit mit Beratungsstellen nach dem SGB XII vorliegen. Auch wenn wir die Intention des Gesetzgebers hier verstehen können, sowohl Erkenntnisse bei der Entstehung neuer Beratungsstrukturen als auch bei der Verbesserung bereits bestehende Beratungsstrukturen zu erhalten, verringert das nochmals die Anzahl und damit auch die Aussagekraft der einzelnen Modellvorhaben. Nach Auffassung des VdK wäre es hier sinnvoller, alle Mittel in eine Zielrichtung zu investieren.

Die Empfehlungen über die Durchführung der Modellvorhaben sollen vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen erarbeitet werden. Der VdK befürchtet an dieser Stelle, dass die unterschiedlichen Interessenlagen von Pflegekassen und Kommunen zu Regelungen führen, die wenig Erkenntnisgewinn ermöglichen wird. Unsystematisch erscheint uns in diesem Zusammenhang auch die Beteiligung in Form einer Anhörung der Verbände der Behinderten und Pflegebedürftigen auf Bundesebene. Hier schlagen wir vor, für die Beteiligung auf die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen zu verweisen.

Ebenso unklar bleibt die in § 123 Abs. 6 beschriebene Verantwortungsübernahme der Modellvorhaben. Sind damit derzeit bestehende vertragliche Regelungen außer Kraft gesetzt oder müssen die Modellkommunen bspw. mit den Vertragspartnern der Pflegekassen zur Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 SGB XI oder zu den Pflegekursen nach § 45 SGB XI eigene (neue) vertragliche Grundlagen schaffen?

Schließlich fordern wir bzgl. der Einsetzung eines Beirates zur Begleitung der Modellkommunen die Beteiligung der auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen.

2.5. Zu den Neuregelungen im Bereich der Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen/Prüfausweitungen auf die Häusliche Krankenpflege

Als zusätzliche Überprüfungsmöglichkeit gegen fehlerhaftes Abrechnungsverhalten von zugelassenen Pflegeleistungsanbietern wird die Vorschrift zur Wirtschaftlichkeitsprüfung in § 79 um Abrechnungsprüfungen erweitert, um den Schutzinteressen der Pflegebedürftigen und der Solidargemeinschaft der Versicherten verstärkt und gezielter Rechnung zu tragen. Damit ergänzt die Regelung die mit dem PSG II eingeführte Verpflichtung zur Abrechnungsprüfung bei allen Regelprüfungen der Qualität nach § 114 und konzentriert sich dabei auf sämtliche Leistungen der Pflegeversicherung, die nach dem Sachleistungsprinzip erbracht und abgerechnet werden und die im Wege der Erstattung zu Lasten der Pflegeversicherung geltend gemacht worden sind.

Darüber hinaus werden mit der neuen Vorschrift des § 275b die Prüfaufgaben des MDK im Bereich der Leistungen der HKP erweitert und systematisch so ausgestaltet, dass sie den Prüfvorgaben für die Qualitätsprüfungen im Auftrag der Pflegekassen nach den §§ 114 und 114a SGB XI entsprechen. Dem MDK wird deshalb die Aufgabe zugewiesen, im Auftrag der Landesverbände der Krankenkassen oder einzelner Krankenkassen Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen bei Pflegediensten durchzuführen, die Leistungen der HKP nach § 37 für

die Krankenkassen erbringen und abrechnen. Die Prüfung der Qualität und der Abrechnung der Leistungen eines Pflegedienstes erfolgt dabei im Rahmen einer zeitlich zusammenhängenden Prüfung.

Bewertung des Sozialverbands VdK

In den letzten Monaten sind vermehrt Fälle von Abrechnungsbetrug im Bereich der häuslichen Pflege bekannt worden. Dabei wurden unterschiedliche Sachverhalte zusammengefasst. Besonders häufig wurden Fälle publik, bei denen tatsächlich gar nicht oder nur teilweise erbrachte Leistungen vom Pflegedienst abgerechnet wurden. Oftmals geht es hier um so genannte Luftleistungen, das heißt eine bestimmte Pflegeleistung wurde dokumentiert und abgerechnet, jedoch gar nicht oder nur teilweise erbracht. Häufiger sind auch Verdachtsfälle, bei denen der Pflegebedürftige nicht durch Pflegekräfte des Pflegedienstes, sondern durch eigene Angehörige gepflegt und betreut wird. Weitere Fälle von Abrechnungsbetrug bezogen sich auf eine Leistungserbringung durch nicht vertragsgemäß qualifiziertes Pflegepersonal. Die formalen Anforderungen an die fachliche Qualifikation, die zur Erbringung von behandlungspflegerischen Leistungen nach dem SGB V berechtigen, werden zwischen den Leistungserbringern und den Kostenträgern vertraglich fixiert. Aufgrund der unübersichtlichen und komplizierten Vertragslage sind Unklarheiten bezüglich der Leistungserbringung vorprogrammiert und sind häufig genug Anlass für strafrechtliche Ermittlungen.

Der Gesetzentwurf gibt den Kranken- und Pflegekassen die Möglichkeit mittels der Ausweitung von Qualitätsprüfungen des SGB XI auf den Bereich der Häuslichen Krankenpflege nach SGB V die Abrechnungen und die Leistungsnachweise ambulanter Pflegedienste besser und nachhaltiger zu kontrollieren. Der Sozialverband VdK unterstützt dieses Anliegen vollumfänglich. Wir können uns den Ausführungen der Gesundheitsministerkonferenz anschließen: *„Kriminelle Machenschaften einzelner Betrüger dürfen nicht die ganze Pflegebranche in Verruf bringen. Sie müssen konsequent bekämpft werden, um Pflegebedürftige, ihre Angehörigen und das Sozialsystem insgesamt vor Missbrauch zu schützen.“* Neben den im Gesetzentwurf enthaltenen Regelungen, sind nach Einschätzung des VdK weitere Maßnahmen notwendig. Nach unserer Einschätzung benötigen wir z. B. die Einrichtung von lokalen und regionalen „Runden Tischen“, an denen alle Betroffenen und Beteiligten (Pflegekassen, MDK, Sozialämter, Staatsanwaltschaft, Heimaufsicht, Angehörigenvertreter, Einrichtungen) Informationen austauschen und gemeinsame Ziele ins Auge fassen. Im Zusammenspiel von Krankenversicherung, Pflegeversicherung, Sozialhilfe und den Menschen mit Pflegebedarf, beziehungsweise ihren Angehörigen oder gesetzlichen Vertretern muss ein sachgerechter Informationsaustausch sicherstellen, dass Bürokratie vermieden wird und dass die Menschen mit Pflegebedarf und ihre Angehörigen bei anstehenden Entscheidungen nicht nur informiert, sondern an allen sie betreffenden Entscheidungen beteiligt werden. Gleichfalls halten wir es für sachgerecht, die entsprechenden Verträge zwischen Krankenkassen und Pflegediensten, die bspw. im Bereich der Intensivpflege geschlossen werden, transparent zu machen. Dringend geboten ist darüber hinaus der gesetzliche Schutz von Hinweisgeberinnen, um diejenigen, die Verstöße gegen ethisch-moralische Grundsätze im Pflegebereich anzeigen, vor arbeitsrechtlichen Konsequenzen zu schützen.

2.6. Zu den Neuregelungen im Zwölften Sozialgesetzbuch

Zusätzlich regelt der vorliegende Gesetzentwurf die zeitgleiche Einführung des Neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sowohl in die Hilfe zur Pflege nach dem Siebten Kapitel des SGB XII als auch in die Hilfe zur Pflege nach dem Bundesversorgungsgesetz zum 1. Januar 2017. Die Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII und dem Bundesversorgungsgesetz soll in ihrer Funktion als ergänzende Leistung erhalten bleiben und ebenfalls den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff übernehmen. Zur Wahrung der weitgehenden Identität der Pflegebedürftigkeitsbegriffe von SGB XI, SGB XII und dem Bundesversorgungsgesetz wird entsprechend dem SGB XI der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff auch für die Hilfe zur Pflege eingeführt. Betreuungsleistungen, die bisher nicht vom geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriff erfasst und durch die Pflegeversicherung zusätzlich gemäß §§ 45b, 87b und 124 SGB XI erbracht werden, werden Bestandteil des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und als neue Leistung im Rahmen der Hilfe zur Pflege auch durch die Träger der Sozialhilfe sowie die Träger der Kriegsopferfürsorge erbracht.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Grundsätzlich begrüßt der VdK den Versuch des Gesetzgebers, die durch das Pflegestärkungsgesetz II beschlossenen Regelungen im Zusammenhang mit der Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes auch in den Regelungen der Hilfe zur Pflege sowie des Bundesversorgungsgesetzes nachzuvollziehen. Allerdings weicht der Gesetzentwurf dabei an einigen Stellen im SGB XII – für uns nicht nachvollziehbar – von den Regelungen des SGB XI ab. Diesbezüglich fordert der VdK einen Gleichklang der entsprechenden Regelungen.

Im vorliegenden Entwurf werden die Regelungen des § 14 Abs. 1 Satz 1 und 2 und Abs. 2 SGB XI inhaltsgleich, aber nicht wortgleich, übernommen, § 14 Abs. 3 SGB XI fehlt jedoch. Eine Begründung dazu fehlt. Wenn der Pflegebedürftigkeitsbegriff im SGB XI und SGB XII identisch sein soll (und das muss so sein), muss auch die Regelung des § 14 Abs. 3 SGB XI in das SGB XII übernommen werden. Hier sollte, um die Identität der Begriffe soweit wie möglich sicher zu stellen, zur Definition auf § 14 Abs. 1 Satz 1 und 2, Abs. 2 und Abs. 3 SGB XI verwiesen werden.

In § 61b Abs. 2 SGB XII wurde § 15 Abs. 4 Satz 1 SGB XI nur zum Teil übernommen. Es fehlt, dass die Zuordnung zum Pflegegrad 5 „aus pflegefachlichen Gründen“ erfolgen muss. Es fehlt eine Begründung, so dass nicht klar ist, ob diese textliche Abweichung eine inhaltliche Abweichung bedeutet. Auch hier ist nach Auffassung des VdK die beste Lösung ein Verweis auf die Regelungen des § 15 SGB XI. Um die Einheitlichkeit der Pflegegrade im SGB XI und im SGB XII sicher zu stellen, sollte der identische Text aus dem SGB XI in die §§ 61b und 61c SGB XII übernommen werden.

§ 137 enthält eine Überleitungsregelung für Pflegebedürftige, deren Pflegebedürftigkeit nach den Vorschriften des Siebten Kapitels in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung festgestellt worden ist und bei denen spätestens am 31. Dezember 2016 die Voraussetzungen auf Leistungen nach den Vorschriften des Siebten Kapitels vorliegen. Diese Überleitungsregelung ist allerdings an einigen Stellen fehlerhaft. So fehlt vollständig eine Regelung für die Überleitung in den Pflegegrad 5. Andererseits soll nach dem Gesetzentwurf die Überleitung in die Pflegegrade nach § 140 SGB XI bindend sein. Ebenso fehlt vollständig die dort

beschriebene Überleitung von pflegebedürftigen Personen, die zusätzlich eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45 SGB XI haben (der sog. „doppelte Stufensprung“). Sollte damit geplant sein, dass Pflegebedürftige mit einer eingeschränkten Alltagskompetenz gem. § 45 SGB XI im SGB XII nur einen einfachen Stufensprung erfahren, lehnt der Sozialverband VdK diese Ungleichbehandlung entschieden ab. Auch hier muss ein vollständiger Gleichklang der Regelungen aus dem SGB XI erzielt werden. Im Übrigen fehlen entsprechende Regelungen analog zu § 140 Abs. 3 und 4 SGB XI. Abschließend fehlen gänzlich Regelungen zu Leistungen von pflegebedürftigen Menschen im Pflegegrad I durch Leistungen aus dem SGB XII. Auch hier fordern wir eine entsprechende Ergänzung im SGB XII. Gleichfalls fehlen gänzlich Regelungen zur Überleitung pflegebedürftiger Menschen ohne eingeschränkter Alltagskompetenz – speziell im stationären Bereich - der heutigen Pflegestufe 0. Gerade Leistungsberechtigten der Pflegestufe 0, die sich schon länger in einer stationären Einrichtung befinden, und bei denen unklar ist, ob und in welchen Pflegegrad eine Einordnung erfolgt, kann nicht zugemutet werden, von einem Tag auf den anderen die Einrichtung zu verlassen. Von daher fordert der VdK auch für diese Personen einen umfänglichen Besitzstandsschutz. Dieser Bestandsschutz muss gewährleisten, dass den Leistungsberechtigten ab Januar 2017 – ggf. zusammen mit den Leistungen der Pflegeversicherung - insgesamt mindestens der Betrag zur Verfügung steht, der auch im Dezember 2016 zur Verfügung stand.

Hinsichtlich der in § 63 b SGB XII behandelten Leistungskonkurrenz von Leistungen der Pflegeversicherung mit Leistungen der Eingliederungshilfe bzw. der Hilfe zur Pflege verweisen wir auf unsere Ausführungen zum Verhältnis Pflegeversicherung und Eingliederungshilfe. Die Einführung von Altersgrenzen lehnen wir als altersdiskriminierend strikt ab. Entsprechend lehnt der VdK auch den Vorschlag des Bundesrates, die Schnittstelle zwischen der Hilfe zur Pflege und der Eingliederungshilfe anhand einer Altersgrenze zu regeln, entschieden ab. Nach unserer Einschätzung beruhen die Überlegungen der Bundesländer nur auf fiskalischen Gesichtspunkten, sind fachlich nicht haltbar und nach VdK-Sicht auch juristisch nicht verfassungskonform. Menschen mit Behinderungen müssen unabhängig vom Erreichen des Renteneintrittsalters uneingeschränkt ihre Ansprüche auf Eingliederungshilfe geltend machen können.

Im Gesetzentwurf wird in der Begründung zu § 61 SGB XII richtig formuliert, dass die begrenzten Leistungen der sozialen Pflegeversicherung auch in Zukunft das ergänzende System der Hilfe zur Pflege einfordern, damit der pflegerische Bedarf von Pflegebedürftigen im Fall der finanziellen Bedürftigkeit umfassend sichergestellt ist. Um dies auch in der Praxis zu gewährleisten, ist nach Auffassung des VdK eine grundlegende Änderung im Siebten Kapitel des SGB XII notwendig: Um das Verhältnis zwischen Eltern und Kindern nicht zu belasten, spricht sich der VdK dafür aus – auch bei Inanspruchnahme von Pflegeleistungen - die Unterhaltsansprüche gegenüber Kindern und Eltern unberücksichtigt zu lassen, sofern deren jährliches zu versteuerndes Gesamteinkommen unter einem Betrag von 100.000 Euro liegt. Das Sozialamt kann im Regelfall davon ausgehen, dass das Einkommen der Eltern bzw. Kinder die genannte Grenze nicht übersteigt. Die Hemmschwelle vor allem vieler älterer Menschen vor einem Antrag auf Sozialhilfe muss durch den weitgehenden Verzicht auf den Rückgriff gegenüber unterhaltsverpflichteten Eltern und Kindern gesenkt werden. Nur so kann der wesentlichen Zielsetzung des Gesetzgebers, der sog. versteckten Altersarmut entgegenzuwirken, entsprochen werden.

Anhang: Konzeptionelle Überlegungen zur Stärkung der Pflegeberatung in Deutschland

Mit dem Pflegestärkungsgesetz III erhält die kommunale Ebene ein eigenes Initiativ-Recht zur Errichtung von Pflegestützpunkten mit integrierter Pflegeberatung. In 60 „Modellkommunen“ sollen Pflegestützpunkte errichtet, betrieben und fachlich begleitet sowie wissenschaftlich evaluiert werden. Diese neuen Möglichkeiten sind überall dort hilfreich, wo bisher weder Länder, Kranken- und Pflegekassen noch die kommunale Ebene sich sachgerecht um die Realisierung der seit 2008 bestehenden rechtlichen Vorgaben zu Errichtung und zum Betrieb von Pflegestützpunkten (§§ 7a, 12, 92 c SGB XI und § 4, Abs. 1 SGB XII) kümmerten bzw. in „Scheinlösungen“ ihr Heil suchten. Dies ist gut so und könnte der „sozialen Innovation Pflegeberatung und Pflegestützpunkte“, als wichtiges Instrument zur Bewältigung zentraler Herausforderungen des demographischen und sozialen Wandels, einen neuen Impuls geben. Bis diese kommunalen Modelle wirken und aussagefähige Ergebnisse liefern, kann das dritte Jahrzehnt dieses Jahrtausends bereits angebrochen sein.

Deshalb gebietet sich dringend ein Blick auf die „Regel“, d. h. auf die bereits bestehenden rechtlichen Vorgaben in den §§ 7 ff. des SGB XI zum Rechtsanspruch eines jeden Versicherten auf Pflegeberatung und dessen Realisierung in Regel-Pflegestützpunkten. In mehr als der Hälfte aller Bundesländer gibt es bereits mehr oder weniger konsequente Umsetzungen der früheren §§ 7 a, 92 c (jetzt in den §§ 7 ff. PSG II zusammengefasst) sowie des § 12 SGB XI in Verbindung mit dem § 4, Abs. 1 SGB XII.

Auf Grund indifferenter, teilweise widersprüchlicher und auch inkonsequenter gesetzlicher Vorgaben, aber auch wegen falsch verstandenem Wettbewerb, egoistischen Begehrlichkeiten und der Überschätzung bestehender Strukturen sind nicht überall wirkungsvolle Pflegeberatungs- und Pflegestützpunktstrukturen entstanden. Vielerorts sind diese verbesserungsbedürftig, aber auch weiterentwicklungsfähig. Für die Länder und Regionen, die die rechtlichen „Unzulänglichkeiten“ nicht durch regionale Übereinstimmung der handelnden Akteure und vertraglichen Regelungen zwischen den geforderten Institutionen überwandten, werden jetzt gesetzgeberische Präzisierungen gebraucht, damit die „neuen Modelle“ nicht von den verbesserungsfähigen Regeleinrichtungen ablenken und deren Weiterentwicklung auf den „St. Nimmerleinstag“ hinausschieben.

Der Sozialverband VdK hat diesbezüglich folgende Änderungsvorschläge: Es ist wichtig, dass manche „missverständlichen Regelungen“, die bisher jeder Interessenvertreter für sich passend auslegte, im PSG III präzisiert wurden. Dies gilt insbesondere für die jetzt in den §§ 7 bis 7 c SGB XI neu zusammengefassten Regeln der früheren §§ 7 a und 92 c SGB XI. Dies erleichtert das Verständnis, dass Pflegeberatung und Pflegestützpunkte im Zusammenhang zu sehen sind. Dazu dient jetzt auch die Klarstellung in Satz 10 des § 7 a, Abs. 1. Die im PSG III vorgesehene Konkretisierung, dass Pflegeberatung stets im Pflegestützpunkt vorgehalten werden muss, verstärkt diese Zielrichtung. Dennoch sind weitere Präzisierungen nötig.

In § 7, Abs. 2, Satz 4 PSG II ist zwar klargestellt, dass die „zuständige Pflegekasse den Pflegebedürftigen…. über seinen Anspruch auf unentgeltliche Pflegeberatung nach § 7a und den

nächstgelegenen Pflegestützpunkt nach 7 c informiert“. Diese Formulierung sollte dann auch im § 7a, Abs. 1, Satz 1, zweiter Halbsatz so stehen. Alles andere provoziert „Fehlinterpretationen“ des Gesetzesauftrags.

Weitere „Pflegeberatungsinstitutionen“ sind entbehrlich. So sollten in § 7 b, Abs. 1, Ziffer 2 die Hinweise auf Beratungsgutscheine und auf andere Beratungsstellen, wie z. B. in § 7 a, Abs. 1, Satz 1, letzter Halbsatz, gestrichen werden. Auch dies führt lediglich zu „Fluchtmöglichkeiten“ für diejenigen, die nichts tun wollen bzw. Scheinlösungen favorisieren.

Damit wir überall die gleichen Pflegeberatungsstandards haben und die Zugänge zu wirklich professioneller Pflegeberatung für alle Bürger in jedem Ort in Deutschland auch „zugehend“ gesichert werden kann, muss klargestellt werden, „… dass die Pflegekassen die Pflegeberatung soweit sie diese nicht selbst wohnortnah und nach den Vorgaben dieses Gesetzes durch persönlich bestellte und entsprechend qualifizierte Pflegeberater erbringen, im Pflegestützpunkt sicherzustellen haben.“ Eine Übertragung der Pflegeberatung auf Dritte, mit Ausnahme der gemeinsam getragenen Pflegestützpunkte, sollte nicht weiter möglich sein.

Da die Pflegeberatung nicht nur „Hilfe im Einzelfall“ gewähren, sondern mittels Pflegestützpunkte und der dort verantwortlichen Träger auch „systemgestaltend“ in der jeweiligen Versorgungsregion wirken soll, sollte in § 7 c, Abs. 2, Ziffer 2 ff. nochmals präzisiert werden, dass neben dem Rechtsanspruch auf individuelle Pflegeberatung auch die Pflicht der Pflegekassen und der Sozialhilfeträger auf regionale versorgungsoptimierende Organisation und Koordination der Leistungsanbieter besteht (siehe § 12, Abs. 1 SGB XI und § 4, Abs. 1 SGB XII).

Wichtig ist auch, eine gesetzliche Präzisierung der Begriffe „Träger“ und „Kostenträger“ der Pflegestützpunkte. Aus den Erfahrungen der nach bundesgesetzlichen Vorgaben errichteten und betriebenen Pflegestützpunkte ergibt sich eindeutig: Pflegeberatung ist immer mehr als SGB XI bzw. SGB V Beratung. Das gesamte Sozialgesetzbuch ist im Beratungs- und Hilfealltag der Pflegeberater relevant. Auch weitere Rechtsgrundlagen sind von großer Bedeutung, wie z. B. das Betreuungsrecht, das Vertragsrecht, die Wohnungsbauförderung usw. Immer größere Bedeutung gewinnen auch das Behinderten-, Eingliederungs- und Teilhaberecht. Demnach ist es inkonsequent und fehlgeleitet, wenn nur die Pflege- und die Krankenkassen die Finanzierung der Pflegeberatung sicherzustellen haben. Die örtlichen und überörtlichen Träger der Sozial- und Eingliederungshilfe, d. h. die Landkreise, die Landeswohlfahrtsverbände bzw. die Länder (insbesondere bezüglich Hilfe zur Pflege, der Hilfe zur Weiterführung des Haushaltes, der Kranken- und der Eingliederungshilfe usw.) sind gleichermaßen gefordert

Um Doppelstrukturen zu vermeiden, eine gerechte und sachgemäße Lasten- und Verantwortungsteilung zu sichern und um eine bedarfsgerechte Beratung und Begleitung pflegebedürftiger, langzeitkranker und behinderter Menschen zu gewährleisten, ist eine gemeinschaftliche und anteilige Finanzierung der Pflegestützpunkte inklusiv der dortigen Pflegeberatung deshalb gesetzlich vorzugeben. Details sollten in Landesrahmen- bzw. Stützpunktverträgen geregelt werden. Dementsprechend wären die §§ 7 a, Abs. 3, Satz 2 und 7 a, Abs. 4 wie folgt zu ändern:

● „Die Pflegekassen bzw. die gemeinsamen Träger der Pflegestützpunkte setzen für die persönliche Beratung….. ein.“ (Satz 3)

● „Die Pflegekassen bzw. die gemeinsamen Träger der Pflegestützpunkte im Land haben Pflegeberaterinnen und Berater….“ (Satz 4)

● Eine gemeinsame und anteilige Kostenträgerschaft aller Träger eines Pflegestützpunktes ist vertraglich auf Landesebene zu regeln. So sieht es bereits der § 7 c, Abs. 4, Satz 2 vor.

Im o. g. Sinne müssten diese Vorschriften ggf. so gefasst werden, dass auch weitere Finanzierungsträger wie z. B. die Länder bzw. Landeswohlfahrtsverbände mit hinzu kommen können. An geeigneter Stelle ist im Pflegestärkungsgesetz III demnach auch zu klären, wer Träger und wer Mitwirkender bei einem Pflegestützpunkt sein kann. Der VdK macht hierzu den nachfolgenden Vorschlag:

„Träger sind die Kranken- und Pflegekassen, die kommunalen Gebietskörperschaften (als örtliche) und die Länder/Landeswohlfahrtsverbände (als überörtliche Träger der Sozialhilfe)“.

Alle anderen im Gesetz (siehe § 7 c, Abs. 2, Satz 6, Ziffer 2 ff. SGB XI) aufgezeigten Institutionen wären als Mitwirkende, ggf. auch mit vertraglicher Bindung, zu definieren. Sie wären aber nicht Kostenträger und hätten auch nicht die Pflicht, Personal zu entsenden bzw. sich an dessen laufender Finanzierung zu beteiligen.

Ebenso müsste klargestellt werden, wer die verantwortliche Federführung (und damit auch Personalführungsverantwortung) in einem Pflegestützpunkt hat. Weil Pflegestützpunkte in ihren jeweiligen Einzugsbereichen Schlüsselstellungen bei der Organisation und Koordination der medizinischen, pflegerischen und sozialen Versorgung hilfebedürftiger Menschen einnehmen und durch Case Management eine sehr weitgehende Verantwortung für Menschen wahrnehmen, muss die Beratung und Begleitung stets qualitätsgesichert, auf fachlichem aktuellem Wissens- und Kenntnisstand basierend, stattfinden. Pflegestützpunkte bedürfen deshalb der unmittelbaren fachlichen Führung. Getrennte Dienst- und Fachaufsichten sind für die Zielerreichung hinderlich.

Damit die Pflegeberatung im Pflegestützpunkt auch eine präventive Funktion bekommt, bedarf es zumindest an zwei Stellen im PSG II und damit im PSG III entsprechender Klarstellungen:

Im § 7 a, Abs. 1, Satz 1 sollte das Wort „erhalten“ durch das Wort „beantragen“ ersetzt werden. Damit wäre der Beratungsanlass bereits die Antragstellung, da die Leistungsgewährung in der Regel sehr viel später folgt und ein Beratungsbedarf auch bestehen kann, wenn noch kein Leistungsfall eingetreten ist oder eintritt. Im gleichen § wäre auch klarzustellen, dass ein Anspruch auf Pflegeberatung auch dann besteht, wenn der Hilfe- und Beratungsbedarf zur Vermeidung oder Hinausschiebung von Pflegebedürftigkeit gegeben ist (siehe § 7 a, Abs. 1, Satz 9).

Bei allen Konstruktionen, ganz gleich ob Pflegestützpunkte durch kommunale oder Kasseninitiative entstanden sind, sollten gleiche rechtliche und inhaltliche Vorgaben gelten. Dies gilt für die Pflicht zur Mitwirkung der jeweils anderen Seite ebenso wie für die Finanzierung und Personalisierung, sowie die Rechte nach § 37, Abs. 3 (Pflegeberatungsbesuche), die wissenschaftliche Evaluation und für die Durchführung von Pflegekursen gem. § 45 SGB XI.

Um möglichst wenige Unterschiede in den einzelnen Bundesländern zu etablieren, sollte nach Auffassung des VdK im PSG III auch klargestellt werden, dass entweder landesgesetz-

lich oder in Allgemeinverfügungen der Länder bzw. in Landesrahmenverträgen folgende Regelungen vorzunehmen sind:

- Die Wahrnehmung der Sicherstellungsverpflichtung durch Pflege- und Krankenkassen, gegebenenfalls ihre Durchsetzung mittels Ersatzvornahmen, durch die nach § 46, Abs. 6, Satz 1 SGB XI für die Aufsicht über die Kranken- und Pflegekassen zuständigen Stellen;

- Die verbindliche Beteiligung der Gebietskörperschaften sowie des jeweiligen Landes (Landeswohlfahrtsverbandes) an der Sicherstellung der Pflegeberatung und der Errichtung von Pflegestützpunkten;

- Die gleichberechtigte, dauerhafte und bedarfsadäquate Personalisierung und Finanzierung durch alle Träger des Pflegestützpunktes;

- Die verantwortliche Führung der Pflegestützpunkte und die Sicherstellung einer „integrierten Beratung“ mit bedarfsgerechtem Care- und Case-Management („Hilfe aus einer Hand“);

- Die Trägerverantwortung für die Systemgestaltung in der Versorgungsregion (siehe § 12 SGB XI und § 4, Abs. 1 SGB XII);

- Die Einbeziehung weiterer Beteiligter und die mögliche Erweiterung des Aufgabenspektrums der Pflegestützpunkte (z. B. Wohnberatung, Initiierung und Begleitung bürgerschaftlichen Engagements, Hilfen für Demenzkranke, Optimierung der hausärztlichen Versorgung, Kooperation mit Servicestellen u. ä. gemäß SGB IX);

- Die bedarfsgerechte, kosten- und leistungsträgerneutrale sowie die barrierefreie Beratung;

- Die Klarstellung, dass der Rechtsanspruch auf integrierte Pflegeberatung nur in partnerschaftlich getragenen Pflegestützpunkten eingelöst werden kann.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0204(39)
gel. VB zur öAnhörung am 17.10. 2016
12.10.2016

Stellungnahme

des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)

zum Gesetzentwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften
(Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III)

anlässlich der Bundestagsanhörung
am 17.10.2016

Inhaltsverzeichnis

1. Vorbemerkung 3

2. Kommentierung des Gesetzes 6

- Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 3 § 7c (Pflegestützpunkte)..... 6
- Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 4 § 8a (Gemeinsame Empfehlungen der pflegerischen Versorgung)..... 7
- Artikel 1 (Änderungs des Elften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 6 a bb) § 13 (Verhältnis der Leistungen der Pflegeversicherung zu anderen Sozialleistungen) 8
- Artikel 1(Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 18 §§ 123/124 (Modellvorhaben zur kommunalen Pflegeberatung)..... 9

3. Kommentierung der Änderungsanträge 12

- Änderungsantrag 2 (Bedingungen für die Weitergabe der Leistungs- und Preisvergleichslisten) 12
- Änderungsantrag 18 (Zugang für Dritte zu nicht-gewerblicher Nutzung der Daten, die den Qualitätsdarstellungsvereinbarungen nach § 115 Absatz 1a zu Grunde liegen; verbindliche Nutzungsbedingungen)..... 13
- Änderungsantrag 25 (Regelungen zur Behandlungspflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen)..... 14

4. Weiterer Änderungsbedarf 16

- Regelung des § 140 Abs. 4 SGB XI in der Fassung ab 01.01.2017; eingeführt mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz (Rückwirkende Leistungsgewährung)..... 16

1. Vorbemerkung

Der GKV-Spitzenverband (GKV-SV) hat in Abstimmung mit den Verbänden der Pflegekassen auf Bundesebene eine ausführliche Stellungnahme zum Dritten Pflegestärkungsgesetz (PSG III) erarbeitet. In Ergänzung hierzu weisen die Ersatzkassen in der vorliegenden Stellungnahme auf Punkte hin, die für sie von besonderer Bedeutung sind.

Abgrenzung zwischen Pflegeversicherung und Eingliederungshilfe
Mit dem PSG III wird die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des neuen Begutachtungsinstruments in das Recht der Sozialhilfe übernommen (SGB XII). Das ist folgerichtig und sachgerecht. Bereits im Koalitionsvertrag wurde festgehalten, dass es für die Akzeptanz des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs entscheidend ist, dass keine neuen Ungerechtigkeiten entstehen und die Verlagerung von Kosten anderer Träger auf die Pflegeversicherung zu Lasten der Versichertengemeinschaft zu vermeiden ist. Die Ersatzkassen begrüßen daher alle Regelungen, die eine trennscharfe Abgrenzung der Leistungszuständigkeiten fördern und hierbei ausdrücklich, dass der § 43a SGB XI weiterhin Bestand hat. Eine Streichung dieser Vorschrift würde die Beitragszahler erheblich zusätzlich belasten, ohne dass bei den pflegebedürftigen Menschen mit Behinderung mehr oder bessere Leistungen ankommen würden. Nutznießer wären ausschließlich die Kommunen, die sich bei einer Streichung der Vorschrift einseitig finanziell entlasten würden.

Auch wird die für den häuslichen Bereich geplante Vorrangregelung der Pflegeversicherung im Verhältnis zur Sozialhilfe die Abgrenzung zwischen diesen beiden Trägern nicht trennschärfer machen. Zuständigkeitsfragen werden auch zukünftig auftreten. Besser wäre es daher, an dem bisherigen Gleichrang von Eingliederungshilfe und Pflegeversicherung festzuhalten, um falsche Signale zu vermeiden.

Bei Pflegestützpunkten Doppelstrukturen vermeiden
Die Kommunen sollen ein Initiativrecht zur Gründung von Pflegestützpunkten (PSP) erhalten. Bereits heute existieren ca. 400 PSP. Hinzu kommen weitere Beratungsstrukturen (wie die Pflegeberater der Pflegekassen und gemeinnützige Beratungsangebote z. B. der Verbraucherzentralen). Aus Sicht der Ersatzkassen muss verhindert werden, dass durch das Initiativrecht PSP nicht bedarfsgerecht ausgebaut werden und unkontrolliert Doppelstrukturen entstehen. Um dies zu vermeiden, sollte das Initiativrecht an die Bedarfszahlen gekoppelt werden, die die Bundesländer bei Einführung der PSP in den sogenannten Allgemeinverfügungen festgehalten haben. Des Weiteren sollte die Gründung nur im Einvernehmen mit den Kranken- und Pflegekassen erfolgen dürfen.

Pflegegremien mit Augenmaß weiterentwickeln
Die bereits bestehenden Gremien (z. B. Landespflegeausschüsse und regionale Pflegekonferenzen) zur Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung werden um weitere Gremien auf Landesebene und in den Regionen ergänzt. Die Ersatzkassen befürworten grundsätzlich das dahinterstehende Anliegen, Fehl-

entwicklungen in der Versorgung zu beheben. Ein Ausbau der Gremien kann hierzu aber nichts beitragen. Weder können deren Empfehlungen beim Vertragsabschluss mit Pflegeeinrichtungen berücksichtigt werden, da diese einen Anspruch auf Vertragsabschluss haben. Noch würde weiteren Gremien ein Informationsgewinn folgen. Denn die Daten, die sie generieren können, liegen schon heute vor. Statt neuer Gremien wäre es an den Kommunen und Ländern, durch Nutzung der vorliegenden Daten und vor allem der ihnen möglichen Investitionsförderung Fehlentwicklungen zu beheben.

Modellvorhaben eine sinnvolle Basis geben

In 60 Modellkommunen soll die Pflegeberatung möglichst umfassend, wohnortnah und aus einer Hand erfolgen. Fraglich ist aus Sicht der Ersatzkassen, ob hierfür eine neue Beratungsstruktur in der Hand der Kommunen notwendig ist. Diese Beratungsstruktur würde nicht nur vorhandene Strukturen doppeln. Gleichzeitig würden bereits etablierte Beratungsstrukturen gefährdet, da über die Beratung in der Modellkommune nur noch die Kommune entscheidet. Bei ihrer Ausgestaltung wären die Kommunen zudem relativ frei, so dass eine bundesweit gleiche Beratungsqualität nicht gewährleistet ist. Um die verzahnte Beratung für Pflegebedürftige sinnvoll zu erproben, schlagen die Ersatzkassen daher einen anderen Weg vor: Der GKV-SV kann Modellvorhaben aus Mitteln des Ausgleichsfonds fördern. Auf dieser Basis wäre sichergestellt, dass die Modellvorhaben einheitlich durchgeführt und evaluiert würden. Anschließend kann dann auf der Grundlage der wissenschaftlichen Ergebnisse der Modellvorhaben entschieden werden, wie eine Beratungsstruktur auszugestalten ist.

Pflegerelevante Daten den richtigen Stellen zur Verfügung stellen

Durch die Änderungsanträge 2 und 25 werden die Landesverbände der Pflegekassen verpflichtet, die Daten von Leistungs- und Preisvergleichslisten sowie Pflegequalitätsdaten Dritten zur nicht-gewerblichen Nutzung zur Verfügung zu stellen. Hinter dieser Änderung steht offensichtlich die Annahme, dass sich die Informationslage der Pflegebedürftigen verbessern würde, wenn mehr Akteure Zugriff auf diese Daten erhalten und diese im Internet veröffentlichen würden. Dies ist kritisch zu hinterfragen. Die Erfahrungen aus der Pflegeberatung zeigen, dass ein mehr an Information nicht besser ist, viel wichtiger ist die Neutralität und Verständlichkeit von Informationen. Dies gewährleistet die bisherige Veröffentlichung durch die Pflegekassen – wie zum Beispiel über www.pflegelotse.de – in vorbildlicher Weise. Die Daten werden dort aktuell, neutral, inhaltsgleich und interessensfrei dargestellt. Eine undifferenzierte Weitergabe an nicht näher definierte Dritte gefährdet dies. Aus Sicht der Ersatzkassen ist daher zumindest der Nutzerkreis auf öffentlich-rechtliche Stellen einzuschränken und ein Verwaltungskostenersatz vorzusehen.

Behandlungspflege in vollstationären Einrichtungen der Behindertenpflege

Versicherte in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe sollen künftig Leistungen der Behandlungspflege auf Kosten der Krankenkassen erhalten, wenn bei ihnen eine ständige Überwachung und Versorgung durch eine qualifizierte Pflegekraft angezeigt ist. Diese Neuregelung widerspricht nicht nur höchstrichterlicher Rechtsprechung, die für diese Fälle eine klare Leistungsab-

grenzung etabliert hat. Sie greift auch in eine bewährte Leistungspraxis ein und ist aus Sicht der Versicherten nicht notwendig, da aktuell keinerlei Versorgungslücken bestehen, die geschlossen werden müsste. Der Änderungsantrag ist abzulehnen, da er ohne Not eine in der Praxis bewährte Regelung in Frage stellt, ohne, dass sich dadurch die Versorgung der Versicherten verbessern würde.

Rechtsicherheit bei der Überleitung schaffen

Die Rückwirkungsregelung des § 140 Abs. 4 SGB XI, die mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz eingeführt wurde, erschwert die reibungslose Überleitung der Bestandsfälle in die Pflegegrade erheblich. Gerade der Übergangsprozess sollte möglichst einfach, verbindlich und für die Versicherten transparent gestaltet werden. Rechtssicherheit kann nur durch einen klaren Schnitt zwischen altem und neuem System erreicht werden. Die Regelung ist daher zu streichen.

2. Kommentierung des Gesetzes

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 3
§ 7c (Pflegestützpunkte)

Sachverhalt:
Die für die Hilfe zur Pflege zuständigen Sozialhilfeträger erhalten ein auf fünf Jahre befristetes Initiativrecht zur Errichtung von Pflegestützpunkten (PSP).

Bewertung:
Die gesetzlichen Regelungen, um auf der Landesebene mittels Bestimmungen der obersten Landesbehörde PSP zu errichten, bieten den für die Hilfe zur Pflege zuständigen Trägern der Sozialhilfe (in Form kommunaler Beratungsstrukturen, z. B. Seniorenbüros) bereits heute ausreichend die Möglichkeit, weitere PSP aufzubauen. Ein ergänzendes Initiativrecht ist aus Sicht der Ersatzkassen daher nicht erforderlich.

Durch das Initiativrecht wird das bislang durch den Gesetzgeber verfolgte Ziel, eine Bündelung und Konzentration der bestehenden Beratungs- und Hilferessourcen herbeizuführen, nicht erreicht. Vielmehr birgt es die Gefahr, dass die PSP nicht bedarfsorientiert errichtet werden, sondern ein intransparentes Überangebot entstehen wird. Zumal der Gesetzgeber gerade nicht die PSP als einzige Anlaufstelle für Leistungen wie "Auskunft", "Beratung" und "Aufklärung" geschaffen hat. So haben zum Beispiel auch die Pflegekassen eigene Pflegeberater.

Sofern an dem Initiativrecht festgehalten wird, sollte dies zumindest an der in der jeweiligen Bestimmung der obersten Landesbehörde festgelegten Höchstzahl gekoppelt sein. Dadurch würde sichergestellt, dass PSP bedarfsgerecht errichtet würden. Ihre Errichtung sollte nur im Einvernehmen mit den Pflege- und Krankenkassen erfolgen dürfen. Zudem sollte das Initiativrecht zunächst nur zwei Jahre bestehen. Danach könnte evaluiert werden, ob das Initiativrecht potentielle Lücken geschlossen hat.

Änderungsvorschlag:
§ 7c Absatz 1a Satz 1 ist wie folgt zu fassen:
„*Die für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch können aufgrund landesrechtlicher Vorschriften vom 1. Januar 2017 bis zum 31. Dezember 2018 im Einvernehmen mit den Pflegekassen und Krankenkassen einen Pflegestützpunkt errichten.*“

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 4
§ 8a (Gemeinsame Empfehlungen der pflegerischen Versorgung)

Sachverhalt:
Die bereits bestehenden Landespflegeausschüsse werden um weitere Gremien auf Landesebene und regionaler Ebene ergänzt. Die Empfehlungen der Ausschüsse sollen beim Abschluss von Versorgungs- und Rahmenverträgen und Vergütungsverträgen berücksichtigt werden.

Bewertung:
Die Ersatzkassen befürworten das grundsätzliche Anliegen des Gesetzgebers, durch die in den Gremien erzielten Arbeitsergebnisse Über-, Unter- und Fehlversorgung in der Pflege entgegenzuwirken. Da aber die Pflegeeinrichtungen im Zulassungsrecht der Pflegeversicherung einen Rechtsanspruch auf Zulassung (Marktzugang) besitzen, kann die Pflegestrukturplanungsempfehlung nicht bei den Zulassungen von Pflegeeinrichtungen berücksichtigt werden. Eine Berücksichtigung der Empfehlung bei den Vergütungsvereinbarungen, beispielsweise um Anreize für Gründungen in unterversorgten Gebieten zu schaffen, wird ebenfalls kritisch gesehen, da diese zu einer höheren finanziellen Belastung der Versicherten führt.

Zudem wäre dieser Anreiz auch Aufgabe der Kommunen: Diese könnten schon heute über die Investitionsförderung gezielten Einfluss auf die Versorgung nehmen. Ihnen liegen hierfür über die jeweiligen Ordnungs-, Gewerbe- und Landesstatistikämter (insbesondere Pflegestatistik) sowie Gesundheits- und vergleichbare (Aufsichts-)Ämter alle notwendigen Informationen vor, die zur Durchführung dieser Aufgabe notwendig sind. Bereits heute stellt der vdek über seinen Pflegelotsen regional auswertbare Informationen zur Verfügung. Dem Aufwand für die personelle Beteiligung der Pflegeversicherung an den Sitzungen der möglichen 402 regionalen Pflegeausschüsse (295 Kreise plus 107 kreisfreie Städte), die sinnvollerweise mehrfach pro Jahr stattfinden würden, stünde daher kein Informationsgewinn gegenüber, der sich nicht auch durch geringeren Mitteleinsatz realisieren ließe.

Änderungsvorschlag:
Streichung der Absätze 2 bis 4.

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 6 a bb)
§ 13 (Verhältnis der Leistungen der Pflegeversicherung zu anderen Sozialleistungen)

Sachverhalt:
Es wird eine neue Vorrang-/Nachrangregelung zur Abgrenzung von Leistungen der Eingliederungshilfe und der Pflegeversicherung eingeführt. Im häuslichen Bereich gehen die Leistungen der Pflegeversicherung den Leistungen der Eingliederungshilfe vor, es sei denn bei der Leistungserbringung steht die Erfüllung einer Aufgabe der Eingliederungshilfe im Vordergrund. Außerhalb des häuslichen Umfeldes gehen die Leistungen der Eingliederungshilfe vor.

Bewertung:
Ziel der Regelung ist eine trennscharfe Abgrenzung zwischen der Pflegeversicherung und der Sozialhilfe. Durch die Notwendigkeit, festzustellen, ob bei der Leistungserbringung im ambulanten Bereich die Eingliederung im Vordergrund steht, ist diese jedoch nicht gegeben. Zuständigkeitsfragen werden auch zukünftig auftreten. Gleiches gilt für das Thema „Betreuung", die zukünftig eine Leistung der Pflegeversicherung ist. Betreuung hat aber auch immer einen pädagogischen Aspekt, der die Eingliederung zum Ziel hat. Durch mehr Schnittstellen zwischen Pflegeversicherung und Eingliederungshilfe – bei gleichzeitig stärkerer Fokussierung auf den ambulanten Bereich – wird es zwangsläufig zu einer Leistungsverlagerung in die Pflegeversicherung kommen.

Schon dieses Beispiel zeigt, wie wichtig sinnvolle Abgrenzungen zwischen Pflegeversicherung und Eingliederungshilfe sind. Ein gutes Beispiel hierfür ist der ebenfalls im PSG III aufgeführte § 43a, der das Verhältnis von Eingliederungshilfe und Pflegeversicherung in Einrichtungen der Eingliederungshilfe definiert. Ohne ihn würde es nicht zwangsläufig zu einer Leistungsverbesserung für die Betroffenen kommen. Vielmehr ist mit einem Verschiebebahnhof zu rechnen, der den kommunalen Haushalt entlastet und den Pflegebeitragssatz erhöht.

Auch im Hinblick darauf, dass die in § 13 aufgeführte Leistungsabgrenzung sowohl von Kostenträgern als auch Leistungserbringern einstimmig kritisiert wird, sollte der Gesetzgeber an dem derzeit bestehenden Gleichrang zwischen Pflegeversicherung und Eingliederungshilfe festhalten.

Änderungsvorschlag:
An der bisherigen Regelung des Gleichrangs von Eingliederungshilfe und Pflegeversicherung ist festzuhalten.

Artikel 1(Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 18
§§ 123/124 (Modellvorhaben zur kommunalen Pflegeberatung)

Sachverhalt:
In bundesweit bis zu 60 Modellkommunen sollen im Zeitraum von fünf Jahren Modellvorhaben zur kommunalen Pflegeberatung durchgeführt werden. Diese erproben die verknüpfte Beratung zu Leistungen des SGB XI und SGB XII. In den Modellvorhaben geht die Verantwortung für die Pflegeberatung, den Beratungseinsatz in der eigenen Häuslichkeit und die Pflegekurse auf die Modellkommune über. Der GKV-SV gibt Empfehlungen über die konkreten Voraussetzungen, Ziele, Inhalte und Durchführung der Modellvorhaben ab, die der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit und der Länder bedürfen.

Bewertung:
Das Ziel, Pflegeberatung möglichst umfassend, wohnortnah und aus einer Hand anzubieten, wird vom vdek grundsätzlich unterstützt. Fraglich ist jedoch, ob hierfür eine neue Beratungsstruktur in der Hand der Kommunen etabliert werden muss. Neben der verfassungsrechtlichen Frage, ob Beitragsgelder für Aufgaben der kommunalen Daseinsfürsorge verwendet werden dürfen, ist gerade kommunales Handeln stark von der finanziellen Lage der einzelnen Kommune geprägt ist. Dies kann wiederum direkte Auswirkung auf die Ausgestaltung der Modellkommune haben. Diese unterschiedliche Ausgestaltung wird noch dadurch verstärkt, dass für die Ausgestaltung der Modellkommunen ausschließlich (unverbindliche) Empfehlungen gelten sollen.

Auch heute ist eine übergreifende Beratung zu Themen des SGB XI und SGB XII möglich, da Mitarbeiter der Kommunen und der Pflegekassen bereits zusammen in Pflegestützpunkten (PSP) arbeiten. Kritisch am angedachten Modellvorhaben ist auch zu sehen, dass das Wahlrecht der Pflegebedürftigen in den Modellkommunen eingeschränkt wird. Darüber, wer die Pflegeberatung und vor allem die verpflichtenden Beratungseinsätze in der eigenen Häuslichkeit durchführt, entscheidet die Kommune und nicht mehr der Pflegebedürftige.

Die Modellvorhaben in der vom Gesetzgeber geplanten Form sind mit zahlreichen Schwierigkeiten verknüpft. Aus Sicht des vdek sollte stattdessen ein Ausbau und eine weitere Verknüpfung der bestehenden Beratungsstrukturen forciert werden. Um die Verzahnung von kommunaler Altenhilfe, der Hilfe zur Pflege und der Eingliederungshilfe modellhaft zur erproben, bietet sich der folgende Weg an: Mit der Neuregelung des § 123 SGB XI in der beim Änderungsvorschlag dargestellten Weise wird die Möglichkeit zur Förderung von Modellvorhaben zur Erprobung einer wirksamen Koordinierung bestehender Beratungsangebote oder einer Übertragung der Beratungsangebote und -aufgaben der Pflegeversicherung an den zuständigen Träger der Sozialhilfe durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen geschaffen.

Änderungsvorschlag:
Die §§ 123 und 124 i. d. n. F. werden gestrichen. § 123 wird wie folgt gefasst:

„(1) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen fördert im Wege der Anteilsfinanzierung aus Mitteln des Ausgleichsfonds im Umfang von 15 Millionen Euro bis zu 60 Modellvorhaben für die Dauer von bis zu fünf Jahren zur wissenschaftlich gestützten Erprobung der Verzahnung von Beratungsangeboten der Pflegekassen sowie der privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen und Beratungsangeboten der zuständigen Träger der Sozialhilfe. Ziel der Modellvorhaben ist es, Menschen mit Pflegebedarfen und ihren Angehörigen eine umfassende, sozialräumlich ausgestaltete und niedrigschwellige Beratung anzubieten. Im Rahmen der Modellförderung können
1. Möglichkeiten einer wirksamen Koordinierung bestehender Beratungsangebote
oder
2. einer Übertragung der Beratungsangebote und -aufgaben der Pflegeversicherung an den zuständigen Träger der Sozialhilfe erprobt werden.

(2) Die für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch und die Pflegekassen können gemeinsam Modellvorhaben nach Absatz 1 Satz 3 mit Zustimmung der obersten Landesbehörde beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen beantragen. Das Nähere zu den Anforderungen der Zustimmung und zu ihrem Widerruf ist bis zum 31. Dezember 2018 durch landesrechtliche Vorschriften zu regeln. Sofern sich die Zuständigkeit des jeweiligen Trägers der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch auf mehrere Kreise erstreckt, soll sich das Modellvorhaben auf einen Kreis oder eine kreisfreie Stadt beschränken. Für Stadtstaaten, in denen sich die Zuständigkeit nicht auf einzelne Bezirke bezieht, ist das Modellvorhaben auf jeweils einen Stadtteil zu beschränken. Die zuständige oberste Landesbehörde kann höchstens so vielen Modellvorhaben zustimmen, wie ihr nach dem Königsteiner Schlüssel für das Jahr 2017 bei einer Gesamtzahl von insgesamt 60 Modellvorhaben zustehen. Länder, die die ihnen zustehenden Modellvorhaben nicht nutzen, können diese im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit an andere Länder abtreten.

(3) Die Modellvorhaben nach Absatz 1 beinhalten insbesondere die Beratungsangebote und -aufgaben der Pflegeversicherung
1. die Pflegeberatung nach den §§ 7a bis 7c,
2. die Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 und
3. Pflegekurse nach § 45.
und die Beratung
1. der Altenhilfe nach § 71 Abs. 2, Nr. 3 und 4 SGB XII,
2. nach §§ 34 und 106 SGB IX-E,
3. des Öffentlichen Gesundheitsdienstes,
4. zur rechtlichen Betreuung und
5. der Pflegerechtsberatung.
In den Modellvorhaben ist eine Zusammenarbeit bei der Beratung zu behindertengerechten Wohnangeboten, zum öffentlichen Nahverkehr und zur Förderung des bürgerschaftlichen Engagements sicherzustellen. Im Falle eines Modellvorhabens im Sinne des Absatzes 1 Satz 3 Nr. 2 gelten die §§ 7a bis 7c, 17 Absatz

1a, § 37 Absatz 3 Satz 1, 2, 5 erster Halbsatz, Satz 6 erster Halbsatz und Absatz 4 sowie § 45 entsprechend.

(4) Dem Antrag nach Absatz 2 ist ein Konzept beizufügen, wie die Aufgaben nach Absatz 3 in Verbindung mit Absatz 1 Satz 3 vor Ort wahrgenommen werden. Im Antrag ist auszuweisen, wie die Zusammenarbeit, die Einbeziehung bestehender Beratungs- und Kursangebote, die Nachweis- und Berichtspflichten gegenüber den Pflegekassen sichergestellt werden und wie der Übergang der Beratungsaufgaben, die Haftung für Schäden, die den Pflegekassen durch fehlerhafte Beratung entstehen und die Beteiligung mit sächlichen, personellen und finanziellen Mitteln erfolgt. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen genehmigt den Antrag, wenn die Anforderungen nach den Sätzen 1 und 2 sowie den Absätzen 1 bis 3 erfüllt sind. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen stellt bei der Antragsgenehmigung insgesamt sicher, dass unterschiedliche Konzepte der Verzahnung erprobt werden und regionale Besonderheiten berücksichtigt werden können.

(5) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt nach Anhörung der Kommunalen Spitzenverbände sowie der auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen und ihrer Angehörigen sowie des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. Empfehlungen über die konkreten Voraussetzungen, Ziele, Inhalte und Durchführung der Modellvorhaben. Die Empfehlungen bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit und der Länder. Das Bundesministerium für Gesundheit trifft seine Entscheidung im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

(6) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen richtet einen Beirat zur Begleitung der Modellvorhaben ein. Der Beirat begleitet die Modellvorhaben über die gesamte Laufzeit und sorgt für einen bundesweiten Austausch der Modellvorhaben untereinander. Ihm gehören Vertreterinnen und Vertreter der Kommunalen Spitzenverbände, der Länder, der Pflegekassen, der Wissenschaft, des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend an.

(7) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen veranlasst im Benehmen mit den für die Modellvorhaben nach Absatz 2 zuständigen obersten Landesbehörden gemeinsam eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung aller Modellvorhaben durch unabhängige Sachverständige. Die Auswertung erfolgt nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards hinsichtlich der Wirksamkeit, Qualität und Kosten der Beratung im Vergleich zur Beratung vor Beginn des jeweiligen Modellvorhabens und außerhalb der Modellvorhaben. Die unabhängigen Sachverständigen haben einen Zwischenbericht und einen Abschlussbericht über die Ergebnisse der Auswertungen zu erstellen. Der Zwischenbericht ist spätestens am 31. Dezember 2021 und der Abschlussbericht spätestens am 30. Juni 2024 zu veröffentlichen."

3. Kommentierung der Änderungsanträge

Änderungsantrag 2 (Bedingungen für die Weitergabe der Leistungs- und Preisvergleichslisten)

Sachverhalt:
Die Pflegekassen werden verpflichtet, die Daten von Leistungs- und Preisvergleichslisten, die sie den Pflegebedürftigen oder Angehörigen zur Verfügung stellen, künftig auch Dritten zu übermitteln, wenn diese die Angaben zu nichtgewerblichen Zwecken nutzen wollen.

Bewertung:
Der Änderungsantrag benennt nicht, wer die Dritten sind, denen die Daten zugänglich gemacht werden sollen. Die Pflegebedürftigen – die als einzige Dritten ein berechtigtes Interesse an den Daten haben können – können es nicht sein, denn diese sind bereits heute Adressat der Veröffentlichung. Anzunehmen ist, dass hinter dem Änderungsantrag der Wille steht, dass es künftig mehr Akteure gibt, die die Daten veröffentlichen. Ein Mehr an Veröffentlichungsstellen steigert aber nicht automatisch die Transparenz. Die bisherige Veröffentlichung durch die Landesverbände der Pflegekassen – wie zum Beispiel durch www.pflegelotse.de – garantiert eine aktuelle, neutrale, interessensfreie und inhaltsgleiche Veröffentlichung der Leistungs- und Preisvergleichslisten. Diese ist bei undefinierten Dritten nicht zwingend gewährleistet.

In der Begründung wird ausgeführt, dass diese Öffnung den Wettbewerb stärkt. Mehr Wettbewerb zwischen wem, wird aber nicht ausgeführt. Die Pflegeversicherung und die Beratung der Versicherten sind jedenfalls nur bedingt für den Wettbewerb geeignet. Für den Pflegebedürftigen ist allen voran die Pflegekasse die Institution, die ihn neutral und ohne Marketingabsichten über Preise und Leistungen informiert. Zudem werden im Rahmen der Pflegeberatung, z. B. in Pflegestützpunkten, die Leistungs- und Preisvergleichslisten über die bestehenden Informationsportalen der Pflegekassen genutzt.

Eine gewerbliche Nutzung der Daten soll ausgeschlossen werden. Es liegt aber in der Natur der Sache, dass über die Definition dieses Begriffes viele juristische Streitfragen geführt werden müssen. Dies ist im Sinne der Versicherten unnötig. Die Pflegekassen sind originär verantwortlich für die Leistungs- und Vertragsdaten der Einrichtungen, sie führen auch die entsprechenden Verhandlungen in den Ländern. Mit der Öffnung würden diese Daten ohne wirklich erkennbaren Grund an einen nicht genau adressierten Empfängerkreis zur Nutzung freigegeben. Damit obliegt die Deutungshoheit nicht mehr allein den Pflegekassen, sondern auch privaten Anbietern. Das ist datenschutzrechtlich kritisch und hilft letztlich höchstens Anbietern von Internetportalen, die diese Daten in Online-Portale integrieren, deren Sinn und Zweck nicht originär in der neutralen Beratung liegt. Hier sollte daher klargestellt werden, dass die Daten nur öffentlich-rechtlichen Stellen zur Verfügung gestellt werden.

Nicht nachvollziehbar ist zudem, dass bei Übermittlung von Angaben an öffentlich-rechtliche Stellen kein Verwaltungskostenersatz vorgesehen ist. Genauso wie bei privaten Trägern verursacht die Anfrage Kosten, die nicht aus Beitragszahlermitteln getragen werden sollten.

Änderungsvorschlag:
Buchstabe bb) des Änderungsantrages wird wie folgt gefasst:
„*Die Landesverbände der Pflegekassen erarbeiten Nutzungsbedingungen für eine zweckgerechte, nicht gewerbliche Nutzung der Angaben nach Satz 1 durch öffentlich-rechtliche Dritte. Die Übermittlung der Angaben erfolgt gegen Verwaltungskostenersatz.*“

Änderungsantrag 18 (Zugang für Dritte zu nicht-gewerblicher Nutzung der Daten, die den Qualitätsdarstellungsvereinbarungen nach § 115 Absatz 1a zu Grunde liegen; verbindliche Nutzungsbedingungen)

Sachverhalt
Die Landesverbände der Pflegekassen werden verpflichtet, die Qualitätsdaten, die den Qualitätsdarstellungsvereinbarungen zugrunde liegen, Dritten auf Antrag für eine nicht-gewerbliche Nutzung in maschinen- und menschenlesbarer sowie plattformunabhängiger Form zur Verfügung zu stellen. Die Parteien im Qualitätsausschuss sollen die Details zu Datenformat und Datennutzung regeln. Dadurch soll eine missbräuchliche Nutzung ausgeschlossen werden.

Bewertung
Auch diese Regelung wird offensichtlich – wie Änderungsantrag 2 – von der Vorstellung geleitet, dass die Transparenz für den Verbraucher durch eine größere Zahl von Informationsplattformen steigt. Diese Annahme ist kritisch zu hinterfragen. Die bisherigen Veröffentlichungsplattformen der Landesverbände der Pflegekassen garantieren eine neutrale, interessensfreie und inhaltsgleiche Veröffentlichung der Qualitätsdaten. Diese ist bei vielen am Markt agierenden „Dritten“ nicht gewährleistet. Zudem ist im Falle der Datenweitergabe die Überwachung der vertragskonformen Nutzung der Daten völlig ungeklärt. Der Gesetzgeber gibt mit dieser Regelung die Deutungshoheit über die einrichtungsbezogenen Daten aus den Qualitätsprüfungen aus der Hand der Selbstverwaltung in das freie Spiel des Wettbewerbes unter gewissen Auflagen.

Es ist daher begrüßenswert, dass der Zugang zu den Daten zumindest an feste Regeln und Grundsätze gebunden werden soll. Diese Regeln soll im Wesentlichen der Qualitätsausschuss aufstellen und vertraglich durch die Landesverbände fixiert werden. Dabei ist uneingeschränkt zu gewährleisten, dass für Dritte die gleichen Regeln gelten, wie für die Landesverbände der Pflegekassen. Hierbei irritiert allerdings der Halbsatz „*(…) insbesondere, wenn eine Verwen-*

dung der Daten in Zusammenhang mit anderen Daten erfolgt. (…)". Dieser lässt Raum für juristische Interpretationen, dass die Vereinbarung der Vertragspartner eben doch nicht im gleichen Maße für alle gelten und ist daher zu streichen.

Zudem ist das Antragsrecht auf öffentlich-rechtliche Stellen zu beschränken. Hier ist weitgehend sichergestellt, dass die Nutzung und Veröffentlichung neutral und nicht wettbewerbsverzerrend im Sinne der Verbraucher geschieht. Auch ist eine Regelung zum Verwaltungskostenersatz – analog der geplanten Regelung zu § 7 – zwingend notwendig, da die Übermittlung der Daten Kosten verursacht.

Änderungsvorschlag
Nummer 21b wird wie folgt gefasst:
„*Die Landesverbände der Pflegekassen haben auf Antrag öffentlich-rechtlichen Stellen für eine zweckgerichtete, nicht gewerbliche Nutzung die Daten, die den Qualitätsdarstellungsvereinbarungen nach Absatz 1a zu Grunde liegen in maschinen- und menschenlesbarer Form zur Verfügung zu stellen. Hierzu schließen die Landesverbände der Pflegekassen Nutzungsvereinbarungen über die Zurverfügungstellung der Daten. Das Nähere zur Übermittlung der Daten, insbesondere zu Datenformat, zum Datennutzungsvertrag, zu den Nutzungsrechten und den Pflichten des Nutzers bei der Verwendung der Daten, bestimmen die Vertragsparteien nach § 113 bis zum 31. Dezember 2017. Diese Nutzungsbedingungen sind dem Nutzungsvertrag unabdingbar zu Grunde zu legen. Mit den Nutzungsbedingungen ist eine wettbewerbsverzerrende und manipulationsfreie Verwendung der Daten sicherzustellen. Die öffentlich-rechtlichen Stellen haben sicherzustellen, dass eine Verwendung der Daten für die Endverbraucherin und den Endverbraucher transparent bleibt. Die Zurverfügungstellung der Daten erfolgt gegen Verwaltungskostenersatz. Die entsprechenden Aufwendungen sind von den Landesverbänden der Pflegekassen nachzuweisen. Für die Informationen nach Absatz 1b gelten die Sätze 1 bis 4 entsprechend.*"

Änderungsantrag 25 (Regelungen zur Behandlungspflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen)

Sachverhalt:
Durch den Änderungsantrag sollen zukünftig Versicherte in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe Leistungen der Behandlungspflege als häusliche Krankenpflege nach § 37 Absatz 2 Satz 1 erhalten, wenn sie einen Bedarf an Behandlungspflege haben, der eine ständige Überwachung und Versorgung durch eine qualifizierte Pflegefachkraft erfordert.

Bewertung:
Für Pflegebedürftige in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen, in der die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung behinderter Menschen im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen, übernimmt die Pflegekasse bereits heute 10 Prozent des Heimentgeltes, jedoch maximal je Kalendermonat 266 Euro. Im Rahmen der pauschalen Leistungsbeträge sind Kosten für pflegebedingte Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und Leistungen der medizinischen Behandlungspflege berücksichtigt.

Das Bundessozialgericht (BSG) hat sich in drei Entscheidungen mit der Finanzierungszuständigkeit von Leistungen der medizinischen Behandlungspflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für Menschen mit Behinderung beschäftigt. Dabei differenziert das BSG die Maßnahmen der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) beispielhaft in einfachste und qualifizierte Maßnahmen. Das BSG hat entschieden, dass die „einfachsten Maßnahmen" der medizinischen Behandlungspflegeregelmäßig zum Aufgabenbereich der Einrichtung gehören. Wohingegen bei qualifizierten Maßnahmen von der zuständigen Krankenkasse zu prüfen ist, ob anhand der Verträge (analog § 1 Absatz 6 der HKP-RL) mit der jeweiligen Einrichtung, diese aufgrund der personellen und sächlichen Ausstattung zur Übernahme von qualifizierten Maßnahmen verpflichtet wäre. Ist dies der Fall, gehören auch qualifizierte Maßnahmen zum Aufgabenbereich der jeweiligen Einrichtung. Durch die BSG-Rechtsprechung wurde also eine klare Abgrenzung der Leistungszuständigkeit getroffen.

Die Umsetzung des Änderungsantrags hätte zur Folge, dass in jedem Fall, egal ob es sich um einfachste oder qualifizierte Maßnahmen der HKP-RL handelt, eine Finanzierung durch die Krankenversicherung erfolgt. Dies widerspricht aus Sicht des vdek der BSG-Rechtsprechung. Es kommt mit dieser Regelung zu keiner Verbesserung der Versorgungssituation des Versicherten, sondern führt vielmehr zu einer Kostenverschiebung in das SGB V. Der Änderungsantrag sollte daher zurückgezogen werden.

Änderungsvorschlag:
Der Änderungsantrag sollte zurückgezogen werden.

4. Weiterer Änderungsbedarf

Regelung des § 140 Abs. 4 SGB XI in der Fassung ab 01.01.2017; eingeführt mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz (Rückwirkende Leistungsgewährung)

Sachverhalt:
In § 140 SGB XI wird die Überleitung der Pflegebedürftigen, in Folge der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, von den drei Pflegestufen in fünf Pflegegrade geregelt. Absatz 4 beinhaltet zudem eine Rückwirkungsregelung, nach der die Leistungen des ab 1. Januar 2017 geltenden Rechts bereits für die Monate November und Dezember 2016 bereitzustellen sind, wenn bei einer Begutachtung nach dem 1. Januar 2017 festgestellt wird, dass die Voraussetzung für einen höheren als durch die Überleitung erreichten Pflegegrad bereits vor dem 1. Januar 2017 vorlagen.

Bewertung:
Die Rückwirkungsregelung führt zu diversen leistungs- und vertragsrechtlichen Problemen. Zum Beispiel ist nicht geklärt, wie die Vergütung im stationären Bereich für die Monate November und Dezember 2016 bei einer rückwirkenden Leistungsgewährung erfolgen soll. Die Leistungen wurden in diesem Zeitraum auf Grundlage der alten Vergütungsvereinbarung nach Pflegestufen und im Umfang des bisherigen Pflegebedürftigkeitsbegriffs erbracht. Die Pflegeversicherung leistet also einen höheren Leistungsbetrag, obwohl kein höheres Versorgungsniveau vorlag. Wird der höhere Leistungsbetrag dafür verwendet, den Eigenanteil des Pflegebedürftigen zu reduzieren, wirkt sich dies auf den Besitzstandsschutz aus. Der Bestandsschutz fällt dann innerhalb einer Einrichtung zwischen den Bewohnern der gleichen Pflegestufe/des gleichen Pflegegrades unterschiedlich aus. Somit werden gleiche Sachverhalte ungleich behandelt. Legt man in Analogie zu den höheren Leistungsbeträgen für die Monate November und Dezember 2016 auch die ab 01.01.2017 geltende Vergütungsvereinbarung nach Pflegegraden zugrunde, kann es sogar zu einer Reduzierung des Besitzstandsschutzes auf 0 Euro kommen. Ein kurzzeitiger Vorteil steht dann einem langfristigen Nachteil gegenüber. Insgesamt wird das Ziel der Regelung, Pflegebedürftige besser zu stellen, nicht erreicht.

Es ist davon auszugehen, dass es zu einer erheblichen Verunsicherung bei den pflegebedürftigen Menschen führt, wenn sie zunächst formal übergeleitet werden und ihnen ein lebenslanger Besitzstandsschutz beschieden wird, der dann kurze Zeit später wieder revidiert werden muss.

Die Regelung ist zudem administrativ schwer umzusetzen und birgt die Gefahr langwieriger juristischer Auseinandersetzungen. Im Sinne eines Neustarts der Pflegeversicherung sollte ein klarer Schnitt gezogen werden.

Änderungsvorschlag:
Die Regelung des § 140 Abs. 4 SGB XI ist zu streichen. Anträge, die nach dem 31. Dezember 2016 gestellt werden, sind mit dem neuen Begutachtungsinstrument zu begutachten. Die Leistungen nach den Pflegegraden können frühestens ab dem 1. Januar 2017 zur Verfügung gestellt werden.

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Askanischer Platz 1
10963 Berlin
Tel.: 030/2 69 31 - 0
Fax: 030/2 69 31 - 2900
info@vdek.com

MDS MEDIZINISCHER DIENST DES SPITZENVERBANDES BUND DER KRANKENKASSEN

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0204(40)
gel. VB zur öAnhörung am 17.10.2016_PSGIII
12.10.2016

Stellungnahme

des Medizinischen Dienstes

des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.

(MDS)

zur Anhörung des Entwurfs der Bundesregierung

eines Dritten Gesetzes zur
Stärkung der pflegerischen Versorgung (PSG III)
und zur Änderung weiterer Gesetze einschließlich der
Änderungsanträge der Fraktionen CDU/CSU und SPD

(Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III)

am 17. Oktober 2016 in Berlin

I Vorbemerkung:

Der Medizinische Dienst des GKV-Spitzenverbandes nimmt in Abstimmung mit den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung (MDK) im Folgenden zum Referentenentwurf eines Dritten Pflegestärkungsgesetzes (PSG III) Stellung.

Das dritte Pflegestärkungsgesetz hat zum einen das Ziel, die pflegerische Versorgung vor Ort zu verbessern. Dazu sollen insbesondere angemessene Steuerungsmöglichkeiten der Angebotsstruktur vor Ort sowie effiziente Kooperations- und Koordinationsstrukturen auf kommunaler Ebene geschaffen werden. Gleichzeitig sollen die Beratungsangebote der Kommunen, die aus ihrer Funktion als Sozialleistungsträger resultieren, besser mit den Beratungsangeboten und den Beratungsaufgaben der Pflegekassen verzahnt werden.

Der Eintritt von Pflegebedürftigkeit stellt für die Betroffenen und deren Angehörige einen massiven Einschnitt in ihr bisheriges Leben dar. Deshalb bedarf es der frühzeitigen, umfassenden und zielgerichteten Beratung und Information der Betroffenen. Im Rahmen der seit dem Jahre 2014 regelmäßig von einem unabhängigen Marktforschungsinstitut durchgeführten repräsentativen Befragung der Versicherten zum Begutachtungsverfahren in der Pflegeversicherung[1] artikulieren die Befragten den Wunsch nach guter Beratung und nützlichen Hinweisen zur Verbesserung der Pflegesituation bereits zum Zeitpunkt der Begutachtung durch den MDK. Diesem Umstand trägt die MDK Gemeinschaft bereits Rechnung, indem MDK-Gutachter den Versicherten Informationen an die Hand geben und Ansprechpartner benennen, die bei Fragen weiterhelfen können. Hierbei erfolgen gezielte Hinweise auf die Beratungsangebote von Pflegekassen, Pflegestützpunkten und -zentren, damit die Versicherten unmittelbar kompetente Auskünfte und weitergehende Hilfen erhalten können.

Als weiteres Ziel postuliert das PSG III die Wahrung der Identität der Pflegebedürftigkeitsbegriffe von SGB XI, SGB XII und BVG. Mit dem PSG III soll dementsprechend der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff des SGB XI auf das SGB XII übertragen werden. Aus unserer Sicht wird der Gesetzentwurf diesem Anspruch nicht hinreichend gerecht. Insbesondere bewerten wir kritisch, dass im Gesetzentwurf die Übernahme der Module 7 und 8 in den Bereich des SGB XII nicht vorgesehen ist. Vor dem Hintergrund, dass nach dem SGB XII auch Leistungen der hauswirtschaftlichen Versorgung und die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zum Leistungsumfang gehören, muss dies überraschen und sollte aus unserer Sicht auch mit Blick auf ein einheitliches Begutachtungsinstrument für das SGB XI und das SGB XII noch einmal geprüft werden.

In diesem Zusammenhang halten wir es zwar für grundsätzlich sachgerecht, den MDK als Sachverständigen zur Durchführung einer Pflegebegutachtung in den Fällen vorzusehen, in denen keine Entscheidung der Pflegekasse vorliegt. Es kann jedoch nicht sein, dass den Kommunen ein Wahlrecht eingeräumt wird eigene Sachverständige einzusetzen und – wenn sie von dem Wahlrecht keinen Gebrauch machen – der MDK auf Anforderung tätig werden muss. Hier sollte sowohl für die MDK als auch für die eigenen Sachverständigen eine „Kann-Regelung“ gelten.
Wir begrüßen zudem, dass mit den vorgesehenen Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen für Leistungserbringer der häuslichen Krankenpflege eine Lücke in der externen Qualitätssicherung geschlossen wird. Wir halten die Regelung für notwendig, um in Zukunft Abrechnungsbetrug ebenso wie Fehlabrechnungen, wie sie zuletzt in der Öffentlichkeit bekannt geworden sind, vorzubeugen. Mit Blick auf die Schutzinteressen der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen schlagen wir vor im Rahmen der neu eingeführten Abrechnungsprüfungen nach § 79 auch die Pflegeverträge nach § 120 Abs. 3 in die Abrechnungsprüfung mit einzubeziehen. Sachgerecht ist dabei auch, die Prüfung der Qualität und der Abrechnung der Leistungen eines Pflegedienstes im Rahmen der HKP im Rahmen

[1] Vgl. MDS-Gesamtbericht zur Versichertenbefragung 2015 unter www.mds-ev.de

einer zeitlich zusammenhängenden Prüfung und entsprechend den Prüfvorgaben gemäß § § 114 und 114 a SGB XI vorzusehen.

In diesem Zusammenhang halten wir es auch für sachgerecht und zur Sicherung der Durchführung von Qualitätsprüfungen für geboten, wenn – wie es der Änderungsantrag von CDU/CSU und SPD vorsieht – eine gesetzlich Regelungen dafür geschaffen wird, um zukünftig standardisierte Widersprüche der von ambulanten Pflegediensten betreuten Versicherten zu verhindern.

Mit dieser Stellungnahme möchten wir deshalb Hinweise und Anregungen zur Ausgestaltung einzelner Regelungen geben.

II Stellungnahme zum Gesetzentwurf:

Zu einzelnen vorgeschlagenen Änderungen und Ergänzungen nehmen wir wie folgt Stellung:

Zu Artikel 1 Nr. 10 (§ 37 Abs. 8 SGB XI):

Die Vorschrift erweitert die Personengruppe derjenigen, die Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI durchführen, um entsprechend qualifizierte Pflegeberaterinnen und Pflegeberater im Sinne des § 7a SGB XI oder um anerkannte Beratungspersonen der Kommunen.

Bewertung:

Die Erweiterung des Personenkreises, der Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI durchführt, ist sinnvoll, soweit die pflegefachliche Qualifikation dieser Beraterinnen und Berater gewährleistet ist.

Artikel 1 Nr. 17 (§ 79 Absatz 4 SGB XI –neu):

Die Möglichkeit der Wirtschaftlichkeitsprüfung wird ergänzt durch Abrechnungsprüfungen, die die Landesverbände der Pflegekassen selbst oder durch von ihnen bestellte Sachverständige durchführen lassen können.

Bewertung:

Die Regelung wird von Seiten des MDS ausdrücklich begrüßt. Vor dem Hintergrund zuletzt bekannt gewordener Fälle von Abrechnungsbetrug durch ambulante Pflegedienste ist die Notwendigkeit entsprechender Prüfungsmöglichkeiten zweifelsfrei gegeben und im Interesse der Solidargemeinschaft und der Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen.

Mit dieser Regelung wird die Abrechnungsprüfung im Rahmen der Regelprüfungen nach § 114 SGB XI sinnvoll ergänzt. Die von den Landesverbänden der Pflegekassen initiierbaren Abrechnungsprüfungen sind an die Bedingung geknüpft, dass Anhaltspunkte für das fehlerhafte Abrechnen durch zugelassene Leistungserbringer vorliegen. Solche Anhaltspunkte können sich aus den Abrechnungsprüfungen des MDK bzw. des PKV-Prüfdienstes nach § 114 SGB XI ergeben.

Kritisch sehen wir jedoch die gesetzgeberische Absicht, die Regelung bzgl. der Abrechnungsprüfungen mit den Regelungen zu den Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI, die mit den Trägerverbänden der Pflegeeinrichtungen auf Landesebene zu vereinbaren sind, zu verknüpfen.
Hier halten wir eine analoge Anwendung der Regelungen zu den Qualitätsprüfungen nach § 114 SGB XI für sachgerecht, nach der der GKV-Spitzenverband unter Berücksichtigung der üblichen Beteiligungsrechte nach § 114a Absatz 7 SGB XI die Kompetenz für die entsprechende Richtlinie besitzt. Es ist wenig nachvollziehbar, dass diejenigen, deren Abrechnungen zu Lasten der Solidargemeinschaft geprüft werden sollen, über die Kriterien und Verfahrensgrundsätze mitentscheiden sollen. Hier wäre eine entsprechende Anpassung aus unserer Sicht von Nöten.

Um auch die Schutzinteressen der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen wirkungsvoll zu berücksichtigen, halten wir eine Ausweitung der durch § 79 Absatz 4 (neu) SGB V vorgesehenen Abrechnungsprüfung für erforderlich. Aus zahlreichen Beschwerden, die die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und den MDS erreichen, ist bekannt, dass Pflegehandlungen, die von der Familie des Versicherten selbst gegenüber dem Pflegebedürftigen erbracht werden, von ambulanten Pflegediensten sowohl dem Versicherten bzw. seinen Angehörigen als auch der Kranken- und Pflegekasse als Leistungen in Rechnung gestellt werden. Grundlage dessen, was ein Pflegedienst leistet und was von Familienangehörigen erbracht wird, ist eine vertragliche Vereinbarung, der sog. Pflegevertrag nach § 120 SGB XI. Ohne die vertraglichen Abmachungen zwischen Versichertem und Pflegedienst zu kennen, können die Kassen in solchen Konstellationen nicht abschließend beurteilen, ob und inwieweit Abrechnungsbetrug vorliegt. Von daher schlagen wir vor, den Pflegevertrag nach § 120 SGB XI und die darauf sich beziehende Abrechnung des Pflegedienstes gegenüber dem Versicherten in die Abrechnungsprüfung der Pflegekassen mit einzubeziehen.

Ferner möchten wir darauf hinweisen, dass eine analoge Anwendung des § 79 Absatz 1 Satz 3 und des § 79 Absatz 3 SGB XI nicht angezeigt ist. Nach § 79 Absatz 1 Satz 3 sollen der Pflegeeinrichtung die Anhaltspunkte, die zu einer Abrechnungsprüfung führen rechtzeitig mitgeteilt werden. Dies widerspricht aus unserer Sicht der Zielsetzung einer Abrechnungsprüfung, weil unter Umständen auch Unterlagen (Beweise), die eine Abrechnungsprüfung begründen gesichert werden müssen. § 79 Absatz 3 sieht vor, die Prüfergebnisse bei Vergütungsvereinbarungen mit Wirkung für die Zukunft zu berücksichtigen und verfehlt von daher aus unserer Sicht den Anwendungsbereich der Abrechnungsprüfung.

Änderungsvorschlag:

a) § 79 Absatz 4 (neu) wird um nachfolgende Ziffer 3 ergänzt:

3. auf die Abrechnung von Leistungen nach § 120 Abs. 3 SGB XI.

b) In § 79 Absatz 4 (neu) wird der Satz 3 wie folgt gefasst:

„Für die Abrechnungsprüfung sind Absatz 1 Satz 4 sowie Absatz 2 entsprechend anzuwenden."

c) Ergänzung des § 79 SGB XI um einen neuen Paragraphen oder Absatz, der die Beschlussfassung über die Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze für Abrechnungsprüfungen in die Kompetenz des GKV-Spitzenverbandes analog der Beteiligungsrechte nach § 114a Absatz 7 SGB XI legt.

Zu Artikel 1 Nr. 19 (§ 109 Abs. 1 Satz 2 Nummer 5 SGB XI –neu-):

Die Pflegestatistik soll insbesondere zur Verbesserung der Planung der Pflegeinfrastruktur um die Angabe der „Postleitzahl des Wohnortes vor dem Einzug in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung“ ergänzt werden.

Bewertung:

Diese klarstellende Ergänzung des Gesetzes ist sachgerecht.

Zu Artikel 1 Nr. 20 b (§ 114 Abs. 2 Nr. 6 SGB XI):

Die Vorschrift, ein Konzept für die Qualitätssicherung in neuen Wohnformen zu erstellen, wird um eine Frist bis zum 31. März 2018 ergänzt.

Bewertung:

Die Konkretisierung wird grundsätzlich begrüßt. Mit der Erstellung eines Konzeptes für die Qualitätssicherung in neuen Wohnformen wird allerdings Neuland betreten. Daher ist davon auszugehen, dass der Zeitaufwand für die Konzepterstellung so groß sein wird, dass die Frist 31. März 2018 voraussichtlich zu knapp bemessen sein wird. Wir regen daher an zu prüfen, ob diese Frist verlängert werden kann.

Zu Artikel 1 Nr. 21a und b (§ 114 Abs. 2 SGB XI):

Mit der Änderung wird es ermöglicht, Personen, die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V und keine Sachleistungen nach dem SGB XI beziehen, in die Qualitätsprüfungen einzubeziehen.

Bewertung:

Die Änderung wird begrüßt.

Vielfach erhalten Personen ausschließlich einzelne Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V, insbesondere Medikamentengabe, Subcutaninjektionen (meist Insulin) oder An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen. Diese Leistungen kommen relativ häufig vor und konnten bei der bisherigen Stichprobe (Personen mit Sachleistungsbezug nach dem SGB XI) oft bereits geprüft werden. Zudem ist zu beachten, dass die Stichprobe aufgrund der Änderung der PTVA zum 01.01.2017 von derzeit durchschnittlich 5-6 Personen auf 8 Personen unabhängig von der Größe des Pflegedienstes angehoben wird. Um mit der Gesetzesänderung einen möglichst hohen Zusatznutzen und sowohl für die Pflegeeinrichtungen als auch den MDK bzw. den PKV-Prüfdienst den Zusatzaufwand möglichst gering zu halten, sollte die Gesetzesänderung konkretisiert werden. Es sollten insbesondere Personen in die Prüfung zusätzlich einbezogen werden, die besonders aufwändige Leistungen der häuslichen Krankenpflege erhalten (z.B. die Positionen Nr. 6 Absaugen, Nr. 8 Beatmungsgerät bedienen, Nr.12 Dekubitusbehandlung, Nr. 16 Infusionen i.v., Nr. 24 spezielle Krankenbeobachtung, Nr. 29 Trachealkanüle, Wechseln und Pflege, Nr. 31 Wundverband des Leistungsverzeichnisses der HKP-Richtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses).

Notwendige Folgeänderung wäre die Schaffung einer entsprechenden Rechtgrundlage für eine diesbezügliche Änderung der Qualitätsprüfungsrichtlinien – QPR (§ 115a SGB XI).

Änderungsvorschlag:

Es wird vorgeschlagen nach § 114 Abs. 2 nach Satz 6 (neu) um nachfolgenden Satz zu ergänzen:

„Dabei sind insbesondere Personen, die aufwändigere Leistungen der häuslichen Krankenpflege erhalten, einzubeziehen.“

Zu Artikel 2 Nr. 5 – §§ 61 bis 61c SGB XII:

Mit diesen Regelungen übernimmt der Gesetzgeber die Legaldefinition von Pflegebedürftigkeit sowie die Festlegung und Ermittlung der Pflegegrade des SGB XI in das SGB XII. In § 61 SGB XII –neu- werden die Anwendung des Begutachtungsinstruments nach § 15 SGB XI sowie die Begutachtungsrichtlinien der Pflegekassen auch für das SGB XII anwendbar erklärt.

Bewertung:

Die Bundesregierung hält an der sozialpolitischen Grundausrichtung der Sozialen Pflegeversicherung fest, dass auch in Zukunft keine Vollabsicherung des Pflegerisikos beabsichtigt ist („Teilleistungssystem"). Insofern wird es auch nach Inkrafttreten des PSG II im Falle der finanziellen Bedürftigkeit der Pflegebedürftigen im Einzelfall weiterhin zu Leistungsansprüchen gegenüber der Sozialhilfe kommen. Mit diesen Vorschriften soll deshalb rechtssystematisch eine weitgehende Identität des Pflegebedürftigkeitsbegriffs für die Träger der Sozialhilfe mit dem der Sozialen Pflegeversicherung erreicht werden. Dies ist im Interesse der betroffenen Pflegebedürftigen sachgerecht.

§ 61 a Abs.2 SGB XII –neu- listet abschließend die sechs Bereiche auf, deren Grad der Beeinträchtigung der Selbständigkeit und der Fähigkeitsstörungen für die Prüfung von Pflegebedürftigkeit maßgeblich sind. Hier besteht eine inhaltliche Übereinstimmung zu § 14 Abs. 2 SGB XI. Diese Bereiche spiegeln sich in den entsprechenden Modulen des Begutachtungsinstruments NBA wieder (§ 62 SGB II –neu- i. V. m. § 15 Abs. 2 SGB XI). Insoweit sind die Begutachtungsgrundlagen und die Instrumentarien zur Ermittlung der Pflegegrade ab dem 1. Januar 2017 für SGB XI und SGB XII deckungsgleich.

Darüber hinaus sind nach § 18 Abs. 5a SGB XI bei der Begutachtung zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten in den Bereichen „außerhäusliche Aktivitäten" und „Haushaltsführung" festzustellen. Diese als Module sieben und acht in das Begutachtungsinstrumentarium übernommenen Bereiche werden bei der rechnerischen Ermittlung des Pflegegrades nicht berücksichtigt. Die besondere Bedeutung dieser beiden Bereiche hat auch der Gesetzgeber im Rahmen der Gesetzgebung zum PSG II hervorgehoben.

Die Gesetzesergänzung im PSG II wurde vom Deutschen Bundestag u.a. wie folgt begründet (vgl. BT-Drs. 18/ 5926 Seite 114):

„Die in diesen beiden Bereichen erhobenen Kriterien sind gleichwohl von großer Bedeutung für die Bewältigung der Pflegesituation, die Verbesserung der häuslichen Versorgung und damit die Stärkung der Selbständigkeit der Pflegebedürftigen. Daher sind Informationen über Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten in den Bereichen außerhäuslicher Aktivitäten und Haushaltsführung regelhaft im Rahmen der Begutachtung zu erheben. (…) Dementsprechend sind die für die beiden Bereiche in den Nummern 1 und 2 beschriebenen Kriterien als inhaltliche Bestandteile der Begutachtung zu betrachten und in den Richtlinien des Spitzenverband Bund der Pflegekassen nach § 17 Absatz 1 pflegefachlich zu konkretisieren."

Das ist in Kapitel 4.11 der zwischenzeitlich verabschiedeten Begutachtungs-Richtlinien auch geschehen.

Demgegenüber klammert der vorliegende Entwurf des Siebten Kapitels des SGB XII die Übernahme dieser Module aus. Dies überrascht, da nach dem SGB XII auch Leistungen der hauswirtschaftlichen

Versorgung und die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (§ 54 SGB XII) zum Leistungsumfang gehören.
Vor diesem Hintergrund erscheint es sachgerecht, die Module sieben und acht auch für eine singuläre Begutachtung im Sinne des § 61a SGB XII zu erheben und den Gesetzentwurf insoweit zu ergänzen. Damit würde auch der von der Bundesregierung in der Begründung zum Siebten Kapitel (vgl. Seite 87 des Gesetzentwurfs, Begründung zu § 62) formulierten sozial-politischen Zielsetzung entsprochen, wonach ein identisches Begutachtungsverfahren zur Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit zur Sicherstellung der Anwendung einheitlicher Kriterien und Maßstäbe zwingend ist.

Änderungsvorschlag:

§ 61 a Absatz2 neu- SGB XII wird um nachfolgenden Satz 2 ergänzt:

„§ 18 Absatz 5 a SGB XI gilt entsprechend.“

Zu Artikel 2, Nr. 5 -§§ 62,62a SGB XII –neu-:

Mit Wirkung ab 1. Januar 2017 richtet sich die Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit nach den Instrumentarien des SGB XI. Die Entscheidung der Pflegekasse ist in Zukunft auch für die Träger der Sozialhilfe im Rahmen der Hilfe zur Pflege (SGB XII – Siebtes Kapitel) bindend. In den Fällen, in denen keine Entscheidung der Pflegekasse über das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit vorliegt, haben die Träger der Sozialhilfe in eigener Verantwortung den Grad der Pflegebedürftigkeit unter Einsatz des Neuen Begutachtungsinstrumentariums zu ermitteln. Bei dieser Entscheidung kann sich der Träger der Sozialhilfe der Hilfe Sachverständiger bedienen. Sofern die örtlichen und überörtlichen Sozialhilfeträger nicht über eigene Sachverständige verfügen können, kommt als Sachverständiger hier insbesondere der MDK in Betracht.

Bewertung:

Grundsätzlich ist es sachgerecht, dass der MDK als Sachverständiger in den Fällen, in denen keine Entscheidung der Pflegekasse über das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit vorliegt, von den Trägern der Sozialhilfe zur Begutachtung herangezogen werden kann und dafür ein entsprechender Kostenersatz im Sinne des § 281 Abs. 1 Satz 4 SGB V durch die Träger der Sozialhilfe vorgesehen werden kann.

Die bisherige Formulierung des § 62a SGB XII –neu- sollte allerdings modifiziert werden:
In § 62a SGB XI –neu – wird den Trägern der Sozialhilfe die Möglichkeit eingeräumt, sich bei der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit von Personen, die keinen Anspruch bei einer Pflegekasse haben, der Hilfe sachverständiger Dritter zu bedienen. Auf Anforderung soll der MDK die Sozialhilfe-Träger unterstützen. Aus der Begründung zu diesem Entwurf des § 62a SGB XII –neu- geht hervor, dass hier insbesondere der MDK als Sachverständiger in Betracht kommt (vgl. Seite 87 a.a.O.).

Die gewählte Formulierung legt eine unmittelbare „Inanspruchnahme“ des MDK nahe. Es kann jedoch nicht sein, dass den Kommunen ein Wahlrecht eingeräumt wird eigene Sachverständige einzusetzen und – wenn sie von dem Wahlrecht keinen Gebrauch machen – der MDK auf Anforderung tätig werden muss. Hier sollte sowohl für die MDK als auch für die eigenen Sachverständigen eine „Kann-Regelung“ gelten.

Änderungsvorschlag:

§ 62 a Satz 3 SGB XII sollte wie folgt formuliert werden:

„Wird als sachverständiger Dritter der Medizinische Dienst der Krankenversicherung mit der Begutachtung beauftragt, erhält er hierfür Kostenersatz, der zu vereinbaren ist.“

Zu Artikel 2, Nr. 13 -§ 137 SGB XII:

Der § 137 regelt die Überleitung in Pflegegrade zum 1. Januar 2017. Nach der Begründung wird ausgeführt, dass im Hinblick darauf, dass im Rahmen der Hilfe zur Pflege – im Unterschied zum SGB XI – keine zusätzlichen Leistungen bei einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz erbracht werden, keine Notwendigkeit für eine Übergangsregelung entsprechend § 140 Absatz 2 Satz 3 Nummer 2 SGB XI besteht.

Bewertung

Die Begründung für das Abweichen von der entsprechenden Überleitungsregelung nach dem SGB XI geht am Kern der Reform des PSG II vorbei.

Personen, die bislang einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz zugeordnet waren, sind im bisherigen System unzureichend berücksichtigt. Die Selbständigkeit dieser Personen, die Beurteilung, was diese Personen noch selbständig können und was nicht, ist der künftige Maßstab der Begutachtung. Dieser Maßstab bestand im tradierten Begutachtungsinstrument nicht und hat diesen Personenkreis tendenziell leistungsrechtlich benachteiligt. Diese Diskriminierung setzt § 137 SGB XII fort, in dem Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz bei der Überleitung der sogenannte doppelte Stufensprung nach dem SGB XI versagt wird.

Wir regen an, den Verzicht auf den sog. doppelten Stufensprung im SGB XII aus sozialpolitischen Gründen noch einmal zu überdenken.

Zu Artikel 13 Nr. 5 (§275 b SGB V-neu)

Es werden Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen für Leistungserbringer der häuslichen Krankenpflege (HKP) eingeführt, die nicht den Regelprüfungen nach § 114 Abs. 2 SGB XI unterliegen. Diese Prüfungen sind am Tag zuvor anzukündigen. Regelprüfungen in Wohneinheiten (Versorgungsform mit stationärer Pflege vergleichbar) sind unangemeldet durchzuführen. Die Prüfungen sind zu den üblichen Betriebs- und Geschäftszeiten durchzuführen. Die Leistungserbringer werden verpflichtet, dem MDK Einsicht in personenbezogene Daten zu gewähren und diese dem MDK auf Anforderung zu übermitteln. Die Prüfungen sollen ausschließlich vom MDK durchgeführt werden, weil den HKP-Leistungen entsprechende Leistungen grundsätzlich nicht zum Leistungsumfang der privaten Krankenversicherung gehören. Daher wird der PKV-Prüfdienst nicht analog der Regelung im SGB XI anteilig an den Prüfungen beteiligt.

Krankenkassen oder Landesverbände der Krankenkassen sollen zudem neben den bisherigen Prüfungen nach § 114 Abs.2 SGB XI den MDK mit Anlassprüfungen zur Qualität und Abrechnung beauftragen können.

Bewertung:

Die Regelung wird begrüßt. Damit wird eine Lücke in der externen Qualitätssicherung geschlossen. Die Regelung schafft insbesondere auch die Möglichkeit, Pflegedienste in die externe Qualitätsprüfung einzubeziehen, die Personen mit einem Intensivpflegebedarf versorgen.

Um Unstimmigkeiten mit den zu prüfenden Pflegeeinrichtungen über die Definition von „üblichen Betriebs- und Geschäftszeiten“ zu vermeiden und einen reibungslosen und effektiven Prüfablauf zu gewährleisten wird empfohlen, im Gesetzestext die Worte „zu den üblichen Betriebs- und Geschäftszeiten“ zu streichen.

Die Verpflichtung der Pflegeeinrichtungen, dem MDK Einsicht in personenbezogene Daten zu gewähren und auf Aufforderung dem MDK diese Daten zu übermitteln, greift zu kurz. Es ist zusätzlich eine Verpflichtung der Pflegeeinrichtungen einzuführen, während der Prüfung Daten und Unterlagen auf Anforderung zu kopieren und dem MDK zur Mitnahme bereitzustellen. Eine nachträgliche Übermittlung von Daten und Unterlagen birgt die Gefahr der Manipulation und Vertuschung.

Änderungsvorschlag

a) In § 275 b Absatz 2 Satz 3 werden die Wörter *„zu den üblichen Betriebs- und Geschäftszeiten“* gestrichen.

b) In § 275 b Absatz 2 Satz 3 wird der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und durch nachfolgende Wörter ergänzt:
„dies schließt die Anfertigung von Kopien auf Anforderung bzw. die Mitnahme erforderlicher Prüfunterlagen durch den MDK mit ein.“

Zu Artikel 13 Nr. 7 (§ 302 Absatz 1 SGB V)

Es wird die Verpflichtung für Leistungserbringer eingeführt, die Zeit der Leistungserbringung bei der Abrechnung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V anzugeben.

Bewertung:

Die Regelung wird grundsätzlich begrüßt. Es wird die gleiche Formulierung verwendet, wie in § 105 SGB XI. In der Gesetzesbegründung wird erläutert, dass damit nicht die Anfangs- und Endzeiten jeder einzelnen Leistung gemeint sind, sondern die Zeit der Leistungserbringung bezogen auf alle in einem zeitlichen Zusammenhang bei einem Versicherten erbrachten Leistungen des Pflegedienstes. Die in der Gesetzesbegründung erläuterte Intention der Neuregelung wird aus dem geplanten Gesetzestext nicht hinreichend deutlich.

Änderungsvorschlag:

Es wird vorgeschlagen, Absatz 1 Satz 2 wie folgt zu fassen:

„Bei der Abrechnung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 sind zusätzlich zu den Angaben nach Satz 1 die Anfangs- und Endzeit der Leistungserbringung anzugeben.“

§ 105 SGB XI sollte entsprechend angepasst werden.

Zu Änderungsantrag 16 der Fraktionen CDU/CSU und SPD – Ergänzung von Artikel 1 Nummer 20 um die Nummer 20 a

Mit der Ergänzung wird die Formulierung der Beteiligungsrechte des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und der Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene sowie der auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen an den Beratungen eines Verfahrens zur einheitlichen Personalbemessung in Pflegeeinrichtungen (§ 113c Absatz 2) an die Formulierung der Beratungsrechte im Qualitätsausschuss (§ 113b Absatz 2) angeglichen.

Bewertung:

Die Ergänzung ist zu begrüßen, weil durch die Angleichung der Formulierungen eine zusätzliche Verfahrenssicherheit geschaffen wird.

Zu Änderungsantrag 17 der Fraktionen CDU/CSU und SPD – Ergänzung von Artikel 1 Nummer 21 um die Nummer 21 a

Mit diesem Ergänzungsvorschlag soll darauf reagiert werden, dass in den vergangenen Monaten vermehrt Informationen bekannt geworden sind, wonach Qualitätsprüfungen des MDK bei ambulanten Pflegediensten durch Vorlage standardisierter Widersprüche der von diesen betreuten Pflegebedürftigen verhindert werden. Durch diese Änderungen werden die Pflichten der Pflegeeinrichtungen und die Aufgaben der Prüfer des MDK, des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung und der von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen konkretisiert.

Bewertung:

Die Neureglung ist sachgerecht und sichert die Durchführung von Qualitätsprüfungen.

Zu Änderungsantrag 24 der Fraktionen CDU/CSU und SPD – Ergänzung von Artikel 1 um die Nummer 30

Die Ergänzung stellt klar, dass in der Tabelle über die Berechnung von Einzelpunkten für Kriterien im Bereich der „Bewältigung von und des selbstständigen Umgangs mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen“ bei einer Summe täglicher Maßnahmen für die Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11, die rechnerisch zwischen 2,0 und 3,0 liegt, 2 Einzelpunkte zugeordnet werden.

Bewertung:

Die MDK Gemeinschaft hat die bisherigen Vorgaben bereits so verstanden, dass erst ab mindestens drei Maßnahmen täglich der Punktwert 3 vergeben wird. Die Begutachtungssoftware der MDK ist auch entsprechend programmiert worden. Dennoch ist aus Gründen einer einheitlichen Umsetzung die Klarstellung zu begrüßen.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0204(41)
gel. VB zur öAnhörung am 17.10.2016_PSGIII
12.10.2016

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

Stellungnahme

Zum Gesetzentwurf der Bundesregierung

für ein

Drittes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III)

Bundestags-Drucksache 18/9518

Zum Antrag der Fraktion DIE LINKE. Pflege teilhabeorientiert und wohnortnah gestalten

Bundestags-Drucksache 18/8725

Zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN Pflege vor Ort gestalten – Bessere Bedingungen für eine nutzerorientierte Versorgung schaffen

Bundestags-Drucksache 18/9668

Zur Stellungnahme des Bundesrates

Bundesrats-Drucksache 410/16

Zu den Änderungsanträgen der Fraktionen CDU/CSU und SPD

Ausschussdrucksache 18(14)0206.1

Berlin, 12. Oktober 2016

---

bpa – Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.
Bundesgeschäftsstelle, Friedrichstr. 148, 10117 Berlin
Tel. 030 – 30 87 88 60, Fax 030 – 30 87 88 89
bund@bpa.de – www.bpa.de

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Vorbemerkung	4
I.) Zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für ein Drittes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III)	4
Zusammenfassung	4
Artikel 1 – Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch	
Preisvergleichslisten der Pflegekassen – § 7 SGB XI und personenbezogene Daten bei den Pflegekassen – § 94 SGB XI	9
Beratungsgutscheine durch Kommunen – § 7b SGB XI	11
Kommunale Pflegestützpunkte – § 7c Abs. 1a SGB XI	12
Sektorenübergreifender Landespflegeausschuss – § 8a Abs. 2 SGB XI	15
Regionale Pflegeausschüsse – § 8a Abs. 3 SGB XI	17
Pflegestrukturplanungsempfehlung – § 8a Abs. 4 SGB XI	19
Berücksichtigung der Empfehlungen der Pflegeausschüsse bei Versorgungs-, Vergütungs- und Rahmenverträgen – § 8a Abs. 5 SGB XI	21
Bericht der Länder über die finanzielle Förderung der Pflegeeinrichtungen – § 10 Abs. 2 SGB XI	22
Abgrenzung zur Eingliederungshilfe – § 13 SGB XI	23
Leistungen bei Pflegegrad 1 – § 28a SGB XI	26
Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfen – § 37 Abs. 3 Satz 3 SGB XI	27
Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen – § 38a SGB XI	29
Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson – § 39 SGB XI	33
Stationäre Leistungsbeträge – § 43 Abs. 2 SGB XI	35
Entlastungsbetrag – § 45b SGB XI	36
Berücksichtigung der Empfehlungen nach § 8a SGB XI beim Versorgungsvertrag – § 72 Abs. 3 SGB XI	38
Öffnung stationärer Pflegeeinrichtungen – § 72 Abs. 5 SGB XI	40
Rahmenverträge , Bundesempfehlungen und -vereinbarungen über die pflegerische Versorgung – 75 Abs. 2 SGB XI	42
Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen – § 79 Abs. 4 SGB XI	46
Berechnung der einheitlichen Eigenanteile – § 91e SGB XI	48
Anfangs- und Endzeit bei ambulanter Pflege – § 105 SGB XI	48
Pflegestatistiken – § 109 SGB XI	52
Qualitätsausschuss – § 113b SGB XI	54
Klarstellung zu Beteiligungsrechten – § 113c SGB XI	56
Weitergabe von Qualitätsdaten an Dritte – § 115 Abs. 1c SGB XI	57
Modellvorhaben zur kommunalen Beratung – § 123 SGB XI	59

Beirat für die Modellvorhaben – § 124 SGB XI 63
Zuschlag zum Eigenanteil – § 141 Abs. 3 SGB XI 64

Artikel 2 – Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch 68
Vergütungsanspruch der ambulanten Leistungserbringer nach Tod des berechtigten Leistungsempfängers – § 19 Abs. 6 SGB XII 69
Leistungsberechtigte – § 61 SGB XII 71
Pflegegrade – § 61b SGB XII 73
Bindungswirkung - § 62a SGB XII 74
Leistungen für Pflegebedürftige – § 63 Abs. 1 SGB XII 75
Leistungen für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 – § 63 Abs. 2 SGB XII 77
Notwendiger pflegerischer Bedarf – § 63 a SGB XII 79
Leistungskonkurrenz – § 63 b SGB XI 80
Vorrang – § 64 SGB XI 81
Pflegegeld – § 64a SGB XII 83
Häusliche Pflegehilfe – § 64b SGB XII 84
Verhinderungspflege – § 64c SGB XII 86
Kurzzeitpflege – § 64h SGB XII 87
Stationäre Pflege – § 65 SGB XII 89
Altenhilfe – § 71 SGB XII 91
Inhalt der Vereinbarungen – § 76 SGB XII 92
Übergangsregelung für Pflegebedürftige aus Anlass des Dritten Pflegestärkungsgesetzes – § 138 SGB XII 93
Besitzstandsregelung für Pflegebedürftige ohne Pflegestufe – § 139 SGB XII 94

Artikel 13 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
Leistungen der Behandlungspflege in Einrichtungen nach § 43a SGB XI – § 37 SGB V 95
Bundesrahmenempfehlung und Rahmenverträge zur häuslichen Krankenpflege – § 132a SGB V 98
Durchführung und Umfang von Qualitäts- und Abrechnungs-prüfungen bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege durch den Medizinischen Dienst – § 275b SGB V 104
Abrechnung der sonstigen Leistungserbringer - § 302 SGB V 106

Artikel 15 – Änderung der Pflegestatistik-Verordnung 107

II.) Zum Antrag der Fraktion DIE LINKE.
Pflege teilhabeorientiert und wohnortnah gestalten 108

III.) Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
Pflege vor Ort gestalten – Bessere Bedingungen für eine nutzerorientierte Versorgung schaffen 110

Stellungnahme zum Dritten Pflegestärkungsgesetz

Vorbemerkung

Der **Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)** bildet mit mehr als 9.000 aktiven Mitgliedseinrichtungen die größte Interessenvertretung privater Anbieter sozialer Dienstleistungen in Deutschland. Einrichtungen der ambulanten und (teil-) stationären Pflege, der Behindertenhilfe und der Kinder- und Jugendhilfe in privater Trägerschaft sind im bpa organisiert. Die Mitglieder des bpa tragen die Verantwortung für rund 275.000 Arbeitsplätze und ca. 21.000 Ausbildungsplätze. Mit rund 4.600 Pflegediensten, die ca. 206.000 Patienten betreuen, und 4.400 stationären Pflegeeinrichtungen mit etwa 290.000 Plätzen vertritt der bpa mehr als jede dritte Pflegeeinrichtung bundesweit. Vor diesem Hintergrund nimmt der bpa wie folgt Stellung.

I.) Zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für ein Drittes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III)

Zusammenfassung

Der bpa teilt die Auffassung, dass es eines engen Zusammenwirkens von Bund, Ländern, Kommunen, Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen bedarf, um die Versorgung von pflegebedürftigen Menschen angemessen zu gewährleisten. Bei der Koordination von lokalen Angeboten sowie bei der Verhinderung von Unterversorgung haben die Kommunen in der Tat eine wichtige Aufgabe. Diese haben sie allerdings in den vergangenen Jahren nur sehr zurückhaltend oder gar nicht wahrgenommen. Die Mehrheit der Bundesländer kommt nach wie vor der Verpflichtung nicht nach, die pflegebedürftigen Menschen von den Investitionskosten zu entlasten und die Pflegeeinrichtungen und -dienste zu fördern. Vor dem Hintergrund der in der Vergangenheit nicht oder nur wenig genutzten Regelungen und Gestaltungsmöglichkeiten bleibt der Drang nach mehr Einwirkungsmöglichkeiten wenig nachvollziehbar. Es sei denn, die Bereitstellung von Pflegeleistungen soll durch Steuerung unmittelbar an der Haushaltslage der Sozialhilfeträger ausgerichtet werden.

Aus Sicht des bpa ist die Rolle der Kommunen ausreichend klar beschrieben. Sie sollen dafür sorgen, dass regional ein breit gefächertes pflegerisches Angebot bereitsteht und somit die pflegebedürftigen Menschen und

ihre pflegenden Angehörigen das für sie passende Angebot tatsächlich auswählen können. Aufgabe der Kommunen darf dabei weder die Bedarfssteuerung der Angebote noch die Fallsteuerung der pflegebedürftigen Menschen sein. Es ist kein Risiko der Kommunen, wenn ein Dienstleister einen Pflegedienst, eine Tagespflege, eine Wohngemeinschaft oder ein Pflegeheim anbietet. Die Kommune ging und geht hier keine Auslastungsgarantie ein; das Risiko für ein bedarfsgerechtes Angebot war und bleibt beim Träger. Aufgabe der Kommunen muss es sein, Versorgungslücken zu erkennen und diese zum Wohle der Pflegebedürftigen zu schließen. Als Anbieter dieser fehlenden Leistungen müssen sie deshalb nicht auftreten. Die vergangenen Interventionen der Bundesländer und der Kommunen hatten häufig eine unerwünschte Nebenwirkung, nämlich lang anhaltende Wettbewerbsverzerrung.

Der Gesetzentwurf scheint nun ein entschiedenes Sowohl-als-auch vorzusehen. Demnach könnte wohl jede Kommune entscheiden, ob und in welchem Umfang sie in die Bedarfssteuerung einsteigt. Eine finanzielle Verantwortung der Kommunen soll damit allerdings nicht begründet werden.

Durch den vorgelegten Entwurf besteht die Gefahr, dass unwirtschaftliche Doppelstrukturen etabliert werden. Stattdessen sollten die bestehenden Ressourcen der zugelassenen Pflegeeinrichtungen, die gut vor Ort vernetzt sind, genutzt sowie die bereits vorhandene Pflegeberatung (§ 45 SGB XI) ausgebaut werden. Allein der bpa hat mehr als 3.000 Pflegeberater ausgebildet.

Weder der Aufbau von Pflegestützpunkten noch das Ziel einer Koordination der Angebote kann erzwungen werden. Die verbindliche Kooperation der Institutionen anhand einer gemeinsamen Zielsetzung und Aufgabenbewältigung ist über Verträge zur Integrierten Versorgung konkret und ohne einen unverhältnismäßigen Mitteleinsatz aus der Pflegeversicherung bereits gegenwärtig sicherzustellen.

Es bedarf daher keiner neuen umfassenden rechtlichen Regelungen oder kostenträchtigen Institutionen, sondern eines Ausbaus und einer gesetzlichen Flankierung des funktionierenden Bestehenden sowie der Umsetzung der vorhandenen Leistungsverpflichtungen der Leistungsträger.

Bereits heute existieren – neben den Pflichten nach den übrigen Sozialgesetzbüchern – seitens der Pflegekassen und Sozialhilfeträger diverse Pflichten zur Kooperation und zur Beratung von Pflegebedürftigen bzw. der von Pflegebedürftigkeit Bedrohten und deren Angehörigen.

Im Grundsatz begrüßt der bpa die Harmonisierung des SGB XII mit dem SGB XI. Die Intention der Übernahme der leistungsrechtlichen Regelungen und des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes mit dem zugehörigen

Begutachtungsverfahren wird unterstützt. Gleichwohl wird in der vorliegenden Umsetzung die mangelnde Differenzierung aufgrund der unterschiedlichen gesetzlichen Zielsetzungen des SGB XI (Teilleistungsprinzip) einerseits und des SGB XII (Bedarfsdeckungsprinzip) andererseits, kritisiert. Es darf aus unserer Sicht nicht Ziel der Reform der Eingliederungshilfe werden, einen möglichst großen Finanzierungsanteil auf die Pflegeversicherung zu übertragen. Ausdrücklich begrüßt wird die vom bpa vielfach geforderte Klarstellung des Anspruchs von Versicherten auf Entlastungsleistungen nach § 45 b Abs. 1a SGB XI ohne ein gesondertes Antragverfahren.

Der Ausschluss von Menschen mit Pflegebedarf unterhalb des Pflegegrad 2 sowohl in stationären Pflegeeinrichtungen als auch in der Häuslichkeit im Rahmen der Hilfe zur Pflege, hält der bpa für eine folgenschwere Regelungslücke. Es ist nicht ersichtlich, warum Pflegebedürftige unterhalb des Pflegegrad 2 von diesen Leistungen ausgeschlossen sein sollten. Zwar mag ein Bedarf an stationärer Pflege bei der genannten Personengruppe aufgrund der geringen Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit pflegewissenschaftlich nicht begründbar sein. Dennoch wird faktisch immer wieder ein Bedarf bestehen, insbesondere dann, wenn Beeinträchtigungen bei der Selbstversorgung und bei der Haushaltsführung zu verzeichnen sind, oft auch mit Unterstützungsbedarf aus dem Bereich der Pflege. In diesen Fällen ist Hilfe zu leisten und der notwendige Bedarf auch an stationärer Pflege und Betreuung vom Sozialhilfeträger zu erstatten. Eine Begrenzung des Anspruchs auf stationäre Pflege im Rahmen der Hilfe zur Pflege auf die Pflegegrade 2 bis 5 würde eine Abkehr von dem existenzsichernden Bedarfsdeckungsprinzip des SGB XII bedeuten. Auch nach finanziellen Gesichtspunkten ergibt eine Begrenzung keinen Sinn. Eine ungerechtfertigte Leistungsausweitung ist aus Sicht des bpa nicht zu erwarten, da der Anspruch auf stationäre Pflege nur dann gewährleistet ist, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des Einzelfalls nicht in Betracht kommt. Ist die häusliche und oder teilstationäre Pflege ausreichend, sind auch diese erforderlichen Leistungen der Hauswirtschaft, der Betreuung oder der pflegerischen Unterstützung für diesen Personenkreis im Rahmen der Hilfe zur Pflege zu übernehmen.

Dies gilt insbesondere auch für Heimbewohner der sogenannten Stufe 0. Bereits jetzt weigern sich einzelne Sozialhilfeträger die bestehenden Vereinbarungen mit den Pflegeheimen über das Jahr 2016 hinaus zu verlängern. Bleibt der Gesetzgeber bei seiner Absicht, müssten die Pflegeheime bis zu 80.000 Heimbewohnern kündigen, da die Heimkosten nicht gezahlt werden können. Es bedarf eines individuellen Anspruchs auf Sozialhilfeleistungen auch für Menschen mit einem geringeren Pflegebedarf als in Pflegegrad 2 oder einem anderen Unterstützungsbedarf. Keineswegs kann in Kauf genommen werden, dass zum 01.01.2017 auf dem Rücken

von betroffenen Bewohnern eine Finanzierungsdebatte ausgefochten wird. Fest steht auch, die Zusicherung der Bundesregierung und der Koalitionsfraktionen, dass sich durch die Pflegereform die Versorgungssituation für niemanden verschlechtert, ist durch die hier vorgenommene Regelung hinfällig.

Im Gesetz finden sich, offensichtlich als Reaktion auf mediale Vorwürfe, insbesondere gegen osteuropäische Pflegedienste, eine Vielzahl neuer Regelungen zur Überprüfung von Abrechnungen und der Zulassung von Diensten und Einrichtungen. Aus Sicht des bpa wird durch den Gesetzgeber ohne ausreichende Analyse reagiert und die gesamte Branche mit weiteren Kontrollen und bürokratischen Anforderungen überzogen. Bereits bisher gibt es umfassende Kontroll- und Überprüfungsmöglichkeiten. Anhand dieser Kontrollen wurden die bis dato aufgeworfenen Vorwürfe entdeckt. Gleichzeitig muss jedoch festgehalten werden, dass zwischen erhoben Vorwürfen zu etwaigem Betrug und tatsächlichen Verurteilungen eine erhebliche Diskrepanz besteht. Dies belegt, dass es für das medial beschworene Ausmaß an „Pflegebetrug“ keine Grundlage gibt.

Die neuen Regelungen bedeuten mehr Kontrolle und mehr Bürokratie für Pflegedienste, ihre Mitarbeiter sowie für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen, bei zweifelhaftem Nutzen. Es wird Handlungsfähigkeit und Abschreckung suggeriert, während die ambulante Pflege in der Folge einem erheblich erhöhten Prüfaufwand unterliegt und sich bei einer dauerhaften Misstrauenskultur einem Generalverdacht gegenüber sieht.

Die geplanten neuen Anforderungen an die Landesrahmenverträge nach § 75 SGB XI werden von uns scharf kritisiert. Sie führen zu mehr Bürokratie, wirken der Rechtsklarheit entgegen und sind entbehrlich, da die bestehenden Regelungen bereits völlig ausreichen.

Die Regelungen zu Vertragsvoraussetzungen und der Vertragserfüllung für eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung können nicht zum Schutz vor unlauteren Anbietern beitragen, da es die für dieses Anliegen nötigen Gesetzesregelungen bereits gibt. Die Ermöglichung landesrechtlicher Einzelregelungen wird zu einem Wirrwarr an unterschiedlichen Anforderungen führen. Die Zulassung eines Leistungserbringers wäre damit faktisch nicht mehr gesetzlich und bundesweit einheitlich geregelt, sondern lediglich durch einen Normsetzungsvertrag für jedes Bundesland. Es braucht keine neuen und schärferen Regelungen, sondern die Anwendung und Umsetzung der bereits bestehenden.

Die Aufnahme von Regelungen zur ortsüblichen Vergütung in die Rahmenverträge lehnt der bpa ab, da schlichtweg keine Notwendigkeit für eine solche besteht. Um sittenwidrige Löhne in den Pflegeeinrichtungen zu vermeiden, bedarf es deren nicht. Zum einen gibt es hierfür den Pflege-

mindestlohn und zum anderen den allgemeinen Mindestlohn. Für Pflegefachkräfte besteht angesichts des gravierenden Fachkräftemangels und des Pflegemindestlohns ohnehin keine Gefahr von Niedriglöhnen. Laut Gesetzesbegründung sollen durch die ortsübliche Entlohnung Niedriglöhne verhindert werden. Dieser Zweck wird durch die Mindestlohnregelungen erfüllt, damit ist die Regelung obsolet. Zudem ist dem Gesetzgeber der Eingriff in die Tarifautonomie verfassungsrechtlich untersagt. Darüber hinaus wird auch an dieser Stelle wieder deutlich, dass der Gesetzgeber die Regulierungsdichte und die bürokratischen Anforderungen immer weiter erhöht. Immer mehr Nachweisebenen sind aus Sicht des bpa nicht erforderlich.

Zu den Vorschriften im Einzelnen:

Artikel 1 – Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Preisvergleichslisten der Pflegekassen – § 7 SGB XI und personenbezogene Daten bei den Pflegekassen – § 94 SGB XI

Änderungsanträge 2 und 10 der Fraktionen CDU/CSU und SPD

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Pflegekassen sollen in § 7 SGB XI verpflichtet werden, die Preisvergleichslisten künftig auch Dritten zur Verfügung zu stellen, wenn diese die Angaben zu nicht-gewerblichen Zwecken nutzen wollen (Antrag 2). In Antrag 10 soll eine Folgeänderung in § 94 SGB XI vorgenommen werden. Dort wird Erlaubnis zur Datenerhebung und -verarbeitung entsprechend erweitert.

B) Stellungnahme

Der bpa lehnt diesen Vorschlag ab. Preisvergleichslisten haben eine klare Zweckbestimmung. Sie dienen der Orientierung für den Versicherten und sollen ihn über passende Leistungserbringer und deren Leistungsspektrum und –preise informieren. Sie dürfen aber nicht dazu dienen, Dritten ein neues Betätigungsfeld zu eröffnen. Es ist klar erkennbar, was diese Änderung bedeuten würde: Institutionen und Portale werden die Daten aus den Preisvergleichslisten nutzen, sie aufbereiten und dann versuchen, sie als Service für Pflegebedürftige anzubieten. Auch der Hinweis auf eine nicht gewerbliche Nutzung wird dieses nicht verhindern, da die im Portal befindliche Werbung stets gewerblicher Natur ist. Letzten Endes wird es dazu führen, dass die Unübersichtlichkeit zunimmt und es zu einer Verwirrung bei den Pflegebedürftigen kommen kann. Bisher gibt es eine Preisvergleichsliste, die der Pflegebedürftige von seiner Pflegekasse erhält. Das ist eine sinnvolle Regelung, an der auch festgehalten werden sollte.

Besonders kritisch ist aus Sicht des bpa auch, dass die in den Preisvergleichslisten enthaltenen Daten durch Dritte auch neu zusammengefasst und anders interpretiert werden könnten. Dann müssten die Pflegebedürftigen und die Angehörigen sich damit auseinandersetzen, welche Liste die „richtigen“ Angaben enthält. Der Antrag behauptet in der Begründung, dass die Weitergabe der Daten aus den Preisvergleichslisten die Wahl-

möglichkeiten erweitert und den Wettbewerb stärkt. Genau das wird damit aber nicht erreicht. Die Pflegebedürftigen werden irritiert und die Inanspruchnahme von notwendigen Leistungen kann auf Grund von Unklarheiten verzögert werden. Preisvergleichslisten eignen sich nicht für den Wettbewerb.

C) Änderungsvorschlag

Die Änderungsanträge 2 und 10 werden nicht angenommen.

Beratungsgutscheine durch Kommunen – § 7b Abs. 2a SGB XI

Artikel 1, Nr. 2

A) Beabsichtigte Neuregelung

Auch Kommunen sollen künftig Beratungsgutscheine für die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI ausgeben können.

B) Stellungnahme

Der bpa sieht für die vorgesehene leistungsrechtliche Beratung von Pflegebedürftigen durch die Kommunen, die bisher ausschließlich von den Pflegekassen geleistet wird, keine Notwendigkeit. Bei der Beratung nach § 7a SGB XI geht es u.a. um die Erfassung des pflegerischen Hilfebedarfs und die Erstellung eines individuellen Versorgungsplans. Dieses ist eine Aufgabe der Pflegekassen, die ihre Versicherten hierzu beraten müssen. Es ist nicht sinnvoll, eine zusätzliche Beratungsstruktur zu etablieren. Der bpa kann nicht erkennen, wie es dadurch zu „Synergieeffekten auf kommunaler Seite“ kommen soll, wie es in der Begründung heißt. Zu befürchten ist vielmehr, dass durch die zu schließenden vertraglichen Regelungen unnötiger bürokratischer Aufwand entsteht und es zu Abstimmungsschwierigkeiten zwischen Pflegekassen und kommunalen Beratungsstellen kommt.

C) Änderungsvorschlag

§ 7b Abs. 2a SGB XI wird gestrichen.

Kommunale Pflegestützpunkte – § 7c SGB XI

Artikel 1, Nr. 3

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der örtliche Träger der Sozialhilfe kann von den Kranken- und Pflegekassen den Abschluss einer Vereinbarung zur Einrichtung eines Pflegestützpunktes verlangen.

B) Stellungnahme

Der bpa lehnt diese Regelung ab.

Die geplante Einführung des Initiativrechtes von Kommunen zur Errichtung von Pflegestützpunkten in gemeinsamer Trägerschaft mit den Pflegekassen hält der bpa für nicht erforderlich. Weder der Aufbau von Pflegestützpunkten noch das Ziel einer Koordination der Angebote kann erzwungen werden. Zudem fehlt es weiterhin an einem wissenschaftlichen Nachweis der Effektivität und Effizienz von Pflegestützpunkten. Bereits heute bestehen – neben den Pflichten nach den übrigen Sozialgesetzbüchern – seitens der Pflegekassen und Sozialhilfeträger diverse Pflichten zur Kooperation und zur Beratung von Pflegebedürftigen bzw. der von Pflegebedürftigkeit Bedrohten und deren Angehörigen.

Es bedarf daher keiner neuen umfassenden rechtlichen Regelungen oder kostenträchtigen Institutionen, sondern eines Ausbaus der Pflegeberatung als zugehendes, an die konkrete Versorgungsituation anknüpfendes Leistungsangebot. Zu diesem Zwecke sollte die Pflegeberatung, neben der Pflegeberatung durch die Pflegekassen, als eigenständiger pflegerischer Sachleistungsanspruch ausgestaltet werden.

Eine mindestens zweimal jährliche Beratung von Pflegebedürftigen durch Pflegedienste sieht § 37 Abs. 3 SGB XI vor. Die Pflegedienste müssen hierfür Pflegekräfte einsetzen, die über spezifisches Wissen verfügen und die möglichst auf Dauer die gleichen Personen aufsuchen (§ 37 Abs. 4 SGB XI). Damit kommt Pflegediensten die Aufgabe zu, für ca. 70 % der Pflegebedürftigen eine Pflichtberatung durchzuführen, die Qualität zu sichern und den Pflegenden Unterstützung zu gewähren. Nur wenn der Pflegedienst bestätigt, dass die Versorgung gewährleistet ist, wird die Zahlung der Pflegegeldleistung fortgesetzt.

Eine wachsende Bedeutung im Rahmen der Beratung, Unterstützung und Schulung, insbesondere von pflegenden Angehörigen, kommt den Leistungen nach § 45 SGB XI zu. Hiernach müssen die Pflegekassen Schulungen und Kurse für Pflegende auch in der Häuslichkeit anbieten. Ziel ist es, die ehrenamtliche Pflege zu fördern und die „Pflege und Betreuung zu erleichtern, zu verbessern sowie pflegebedingte körperliche und seelische Belastungen zu mindern“ (§ 45 Abs. 1 SGB XI).

Allein der bpa hat im Rahmen dieser Verträge ein flächendeckendes Netz von 3.000 Pflegeberatern nach einem mit den Pflegekassen entwickelten Konzept ausgebildet und im Einsatz. Diese Beratungen und Schulungen gem. § 45 SGB XI werden erfolgreich durch Pflegeeinrichtungen erbracht, die in der Region verankert und bekannt sind.

Die Leistungen nach § 45 SGB XI haben sich in der Praxis bewährt und sind zu einem wichtigen Instrument der Stabilisierung des Hilfebündnisses zwischen pflegenden Angehörigen und professionellen Pflegeeinrichtungen geworden.

Vor diesem Hintergrund ist der Ausbau der Beratung und Begleitung insbesondere dort anzusiedeln,

- wo diese Leistungen auch bisher schon erbracht werden,
- wo eine Einbindung in lokale Versorgungsnetzwerke bereits besteht und
- wo die pflegerische Kompetenz bereits ausgewiesen und die Nähe zur Lebenssituation der Pflegebedürftigen gewährleistet ist.

Es bedarf keiner zusätzlichen neuen Institution, die mit erheblichen finanziellen Mitteln aufgebaut werden müsste. Dieses geht zu Lasten von Leistungsverbesserungen bei den Pflegebedürftigen.

Nicht nachvollziehbar ist darüber hinaus, wieso gemäß § 7c Abs. 2 Satz 6 Nummer 3 SGB XI nur „nicht gewerblichen, gemeinwohlorientierten Einrichtungen“ die Beteiligung an Pflegestützpunkten ermöglicht werden soll. Damit werden rund 50 % der Pflegeeinrichtungen in Deutschland, nämlich diejenigen in privater Trägerschaft, ausgeschlossen. Die Regelung steht nicht im Einklang mit der Gesetzesbegründung. Letztere spricht im Hinblick auf den Kreis der Beteiligten unter anderem von „Einrichtungen, die Aufgaben zur Verbesserung der Situation Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen“ wahrnehmen. Private Pflegeeinrichtungen übernehmen diese bereits umfangreich, wie beispielsweise in der oben geschilderten Pflegeberatung nach § 45 SGB XI und einer Vielzahl an Service- und Informationsangeboten zum Ausdruck kommt. Es ist auch nicht nachvollziehbar, wieso rund die Hälfte der Institutionen, die zentral für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen sind, die die Leistungserbringung und die so wichtige

Entlastung für Angehörige übernehmen, ausgeschlossen werden. Statt einen frühen Kontakt zu gewährleisten und vom Wissen und der Erfahrung der Einrichtungen – unabhängig von der Trägerschaft – zu profitieren, findet eine Ausgrenzung statt. Durch die Zulassung von Pflegediensten und -heimen von Kommunen und freigemeinnützigen Trägern droht schließlich noch eine Verzerrung des Wettbewerbs zu Lasten der privaten Anbieter. Es sei diesbezüglich auch auf das Urteil des Bundessozialgerichts vom 28.06.2001 (B 3 P 9/00 R) verwiesen, welches auf Wettbewerbsbenachteiligungen zu Lasten einzelner Leistungserbringer hinwies in Fällen, in denen nicht alle geeigneten Leistungserbringer zugelassen werden.

C) Änderungsvorschlag

Die Änderung von § 7c SGB XI wird gestrichen.

Sektorenübergreifender Landespflegeausschuss – § 8a Abs. 2 SGB XI

Artikel 1, Nr. 4

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es kann auf der Grundlage von landesrechtlichen Vorschriften ein sektorenübergreifender Landespflegeausschuss eingerichtet werden, an dem laut Gesetzestext die Pflegeeinrichtungen nicht beteiligt sind.

B) Stellungnahme

Einen sektorenübergreifenden Landespflegeausschuss für die Pflege einzurichten, in dem die die Versorgung sicherstellenden Pflegeeinrichtungen nicht gleichberechtigt beteiligt sind, obwohl es auch um ihre Belange und die Bedarfe der von ihnen versorgten pflegebedürftigen Menschen geht, muss als Affront gewertet werden. Laut Begründung soll sich dieser Pflegeausschuss mit „Fragen der pflegerischen und medizinischen Versorgung aber auch Alltagsleistungen, die besser verzahnt werden sollen", befassen. Es ist nicht nachvollziehbar, wie eine sektorenübergreifende Verbesserung der pflegerischen Versorgung erreicht werden soll, wenn diese Fragen alleine von Kassen, Ärzten und Krankenhäusern diskutiert werden sollen. Eine strukturelle Vernetzung kann nicht gelingen, wenn die wichtigsten Akteure dabei außen vor bleiben.

Der bpa fordert daher, dass vor allem die maßgeblichen Verbände der Pflegeeinrichtungen als Partner in die entsprechende Gesetzesformulierung aufgenommen werden.

Für Verbände, die die Voraussetzungen einer maßgeblichen Trägervereinigung nicht erfüllen, schlägt der bpa ein Beteiligungsrecht vor.

Im Gesetzestext heißt es, dass eine Abstimmung mit dem Landesgremium nach § 90a SGB V herbeigeführt werden kann. Nach der Begründung kann dieses auch eine Zusammenführung der beiden Gremien bedeuten. Dieses lehnt der bpa entschieden ab, da die maßgeblichen Verbände der Leistungserbringer in dem Landesgremium nach § 90a SGB V nicht beteiligt sind. Eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit kann nicht gelingen, wenn die Leistungserbringer der Pflege außen vor bleiben.

In der Gesetzesbegründung heißt es, dass es den Ländern freisteht, den neu zu schaffenden sektorenübergreifenden Landespflegeausschuss

nach Abs. 2 an den regulären Landespflegeausschuss nach Abs. 1 anzugliedern. Der bpa begrüßt diese Verzahnung, hält diese aber gleichzeitig für eine wesentliche Voraussetzung, um gemeinsam mit den wesentlichen Akteuren der pflegerischen Versorgung im Land die notwendigen Maßnahmen zu erörtern, Empfehlungen abzugeben und Beschlüsse zu fassen. Der bpa bedauert, dass seine Hinweise zum Referentenentwurf nicht aufgegriffen wurden und der Gesetzentwurf, trotz Änderungen am Text, inhaltlich weitgehend gleich geblieben ist. Um ein koordiniertes Vorgehen der Gremien sicherzustellen und Doppelstrukturen sowie ggf. widersprüchliche Empfehlungen zu vermeiden, ist die vorgesehene Option der Länder, den sektorenübergreifenden Landespflegeausschuss nach Abs. 2 als Unterausschuss des regulären Landespflegeausschusses nach Abs. 1 auszugestalten, als Verpflichtung aufzunehmen.

C) Änderungsvorschlag

§ 8a Abs. 2 SGB XI wird wie folgt geändert:

(2) Sofern nach Maßgabe landesrechtlicher Vorschriften ein Ausschuss zur Beratung über sektorenübergreifende Zusammenarbeit in der Versorgung von Pflegebedürftigen (sektorenübergreifender Landespflegeausschuss) eingerichtet worden ist, entsenden die Landesverbände der Pflegekassen und der Krankenkassen sowie die Ersatzkassen, die Kassenärztlichen Vereinigungen**, die maßgeblichen Verbände der Pflegeheime und Pflegedienste auf Landesebene** und die Landeskrankenhausgesellschaften Vertreter in diesen Ausschuss und wirken an der einvernehmlichen Abgabe gemeinsamer Empfehlungen mit. Soweit erforderlich, ist eine Abstimmung mit dem Landesgremium nach § 90a des Fünften Buches herbeizuführen. **Der sektorenübergreifende Landespflegeausschuss ist an den Landespflegeausschuss nach Absatz 1 angegliedert; insoweit gelten die landesrechtlichen Vorschriften für den Landespflegeausschuss nach Absatz 1 auch für den sektorenübergreifenden Landespflegeausschuss.**

Regionale Pflegeausschüsse – § 8a Abs. 3 SGB XI

Artikel 1, Nr. 4

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Landesverbände der Pflegekassen entsenden Vertreter in regionale Pflegeausschüsse, sofern diese auf der Grundlage von landesrechtlichen Vorschriften eingerichtet werden. Sie wirken an der einvernehmlichen Abgabe von gemeinsamen Empfehlungen mit.

B) Stellungnahme

Sofern die Länder auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte regionale Pflegeausschüsse einrichten, sind die Pflegekassen verpflichtet, daran mitzuwirken. Auch diese Regelung wurde, wie die zu den sektorenübergreifenden Landespflegeausschüssen, nach dem Referentenentwurf geändert, allerdings wurden die Hinweise des bpa aus seiner Stellungnahme nicht aufgenommen. Denn auch hier wäre ein Hinweis auf die Beteiligung der Verbände der Pflegeheime und Pflegedienste notwendig. Laut Begründung soll die Aufgabe dieser Ausschüsse die Koordinierung der örtlichen pflegerischen Versorgung sein. Eine solche Koordinierung kann nicht gelingen, wenn nicht auch die Leistungserbringer der Pflege vor Ort eingebunden sind. Das ist erforderlich, damit alle beteiligten Akteure vor Ort Hand in Hand arbeiten und die pflegerische Versorgung optimiert werden kann. Das nur diejenigen koordinieren, die an der direkten pflegerischen Versorgung nicht beteiligt sind, leuchtet nicht ein.

Zudem muss aus Sicht des bpa sichergestellt werden, dass die gemeinsamen Empfehlungen nicht in die Wettbewerbsfreiheit eingreifen, sondern auch tatsächlich nur empfehlenden Charakter haben. Insbesondere darf es im Zusammenhang mit der Pflegestrukturplanungsempfehlung nach Absatz 4 (siehe dazu unten) nicht zu einer kommunalen Bedarfsplanung kommen.

Um sicherzustellen, dass es eine landesweit einheitliche Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung gibt, muss festgelegt werden, dass die Empfehlungen der regionalen Pflegeausschüsse nur zur Vorbereitung von landesweit gültigen Empfehlungen des Landespflegeausschusses dienen, der die jeweiligen regionalen Empfehlungen koordiniert.

C) Änderungsvorschlag

§ 8a Abs. 3 SGB XI wird wie folgt gefasst:

(3) Sofern nach Maßgabe landesrechtlicher Vorschriften regionale Ausschüsse insbesondere zur Beratung über Fragen der Pflegeversicherung in Landkreisen und kreisfreien Städten eingerichtet worden sind, entsenden die Landesverbände der Pflegekassen Vertreter in diese Ausschüsse und wirken an der einvernehmlichen Abgabe gemeinsamer Empfehlungen mit. **Die Pflegeheime und Pflegedienste in der entsprechenden Region sind zu beteiligen. Die Empfehlungen sind nicht verbindlich und können für landesweite Empfehlungen des Landespflegeausschusses nach Absatz 1 herangezogen werden. Die Vorschriften des Siebten und Achten Kapitels bleiben unberührt.**

Pflegestrukturplanungsempfehlung – § 8a Abs. 4 SGB XI

Artikel 1, Nr. 4

A) Beabsichtigte Neuregelungen

In den Landespflegeausschüssen und den regionalen Pflegeausschüssen wirken deren Mitglieder an der Erstellung und Fortschreibung von Empfehlungen zur Sicherstellung der pflegerischen Infrastruktur (Pflegestrukturplanungsempfehlung) mit und berichten in den Ausschüssen, inwieweit die Empfehlungen berücksichtigt wurden.

B) Stellungnahme

Der bpa lehnt die vorgesehene Pflegestrukturplanungsempfehlung ab. Aus Sicht des bpa ist diese ein Einfallstor für eine Bedarfsplanung auf kommunaler Ebene und auf Landesebene. Die derzeit gewährleistete flächendeckende pflegerische Versorgung darf nicht gefährdet werden. Zu Recht hat deshalb der Pflegebeauftragte der Bundesregierung, Staatssekretär Karl-Josef Laumann, festgestellt:

"Eine wichtige kommunalpolitische Aufgabe ist es, eine ausreichende Zahl an altersgerechtem Wohnraum bereitzustellen. Aber es kann nicht die Aufgabe der Kommune sein, eine verbindliche Pflegebedarfsplanung umzusetzen. Das habe ich massiv verhindert. Nicht die Kommune, sondern die Vielfalt der Anbieter hat nach der Marktöffnung in den letzten Jahren dazu beigetragen, dass neue bedarfsgerechte Angebote vor Ort entstanden sind." (Meldung von Care Invest vom 25. April 2016)

Aus Sicht des bpa ist die Rolle der Kommunen schon bisher ausreichend klar beschrieben. Sie sollen dafür sorgen, dass regional ein breit gefächertes pflegerisches Angebot bereitsteht und somit die pflegebedürftigen Menschen und ihre pflegenden Angehörigen das für sie passende Angebot tatsächlich auswählen können. Aufgabe der Kommunen darf dabei weder die Bedarfssteuerung der Angebote noch die Fallsteuerung der pflegebedürftigen Menschen sein. Es ist kein Risiko der Kommunen, wenn ein Dienstleister einen Pflegedienst, eine Tagespflege, eine Wohngemeinschaft oder ein Pflegeheim anbietet. Die Kommune ging und geht hier keine Auslastungsgarantie ein; das Risiko für ein bedarfsgerechtes Angebot war und bleibt beim Träger. Aufgabe der Kommunen muss es sein, Versorgungslücken zu erkennen und diese zum Wohle der Pflegebedürftigen zu schließen. Als Anbieter dieser fehlenden Leistungen müssen sie des-

halb nicht auftreten. Die vergangenen Interventionen der Bundesländer und der Kommunen hatten häufig eine unerwünschte Nebenwirkung, nämlich lang anhaltende Wettbewerbsverzerrung.

C) Änderungsvorschlag

§ 8a Abs. 4 SGB XI wird wie folgt gefasst:

(4) Die in den Ausschüssen nach den Absätzen 1 und 3 vertretenen Pflegekassen, Landesverbände der Pflegekassen sowie die sonstigen in Absatz 2 genannten Mitglieder wirken in dem jeweiligen Ausschuss an einer nach Maßgabe landesrechtlicher Vorschriften vorgesehenen Erstellung und Fortschreibung von Empfehlungen zur **Identifizierung von Versorgungslücken** ~~**Sicherstellung der pflegerischen Infrastruktur (Pflegestrukturplanungsempfehlung)**~~ mit. Sie stellen die hierfür erforderlichen Angaben bereit, soweit diese ihnen im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgaben verfügbar sind und es sich nicht um personenbezogene Daten handelt. Die Mitglieder nach Satz 1 berichten den jeweiligen Ausschüssen nach den Absätzen 1 bis 3 insbesondere darüber, in wie weit dieser Empfehlungen von den Landesverbänden der Pflegekassen und der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen, den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landeskrankenhausgesellschaften bei der Erfüllung der ihnen nach diesem und dem Fünften Buch übertragenen Aufgaben berücksichtigt wurden. **Die Vorschriften des Siebten und Achten Kapitels bleiben unberührt.**

Berücksichtigung der Empfehlungen der Pflegeausschüsse bei Versorgungs-, Vergütungs- und Rahmenverträgen – § 8a Abs. 5 SGB XI

Artikel 1, Nr. 4

A) Beabsichtigte Neuregelung

Empfehlungen der Landespflegeausschüsse, der sektorenübergreifenden Landespflegeausschüsse und der regionalen Pflegeausschüsse sollen beim Abschluss der Versorgungs- und Rahmenverträge und von den Vertragsparteien nach dem Achten Kapitel beim Abschluss der Vergütungsverträge einbezogen werden.

B) Stellungnahme

Der bpa lehnt diese Regelung weiterhin entschieden ab. **Empfehlungen eines Ausschusses auf regionaler Ebene, an denen u.U. noch nicht einmal die Pflegeeinrichtungen oder ihre Verbände beteiligt sind, können unmöglich Einfluss auf Versorgungs-, Vergütungs- und Rahmenverträge entfalten.** Durch die Rahmenverträge nach § 75 SGB XI soll eine einheitliche Versorgung sichergestellt werden. Durch die in § 8a Abs. 5 SGB XI vorgesehene Regelung würden landeseinheitliche Rahmenverträge durch regionale Empfehlungen ausgehebelt.

Auch Versorgungsverträge zwischen den Pflegekassen und den Pflegeeinrichtungen können nicht abhängig gemacht werden von regionalen Empfehlungen. Auf den Abschluss von Versorgungsverträgen sowie Vergütungsvereinbarungen haben Pflegeheime und Pflegedienste einen Anspruch, sofern die gesetzlichen und vertraglichen Anforderungen erfüllt werden. Hier besteht für die Pflegekassen ein Kontrahierungszwang; dieser darf nicht aufgehoben werden aufgrund lokaler Empfehlungen. Hier ist erneut auf die oben bereits zitierten Äußerungen des Pflegebeauftragten der Bundesregierung zu verweisen.

C) Änderungsvorschlag

§ 8a Abs. 5 SGB XI wird gestrichen.

Bericht der Länder über die finanzielle Förderung der Pflegeeinrichtungen – § 10 Abs. 2 SGB XI

Artikel 1, Nr. 5

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Länder berichten dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. Juni über Art und Umfang der finanziellen Förderung der Pflegeeinrichtungen im vorausgegangenen Kalenderjahr sowie die damit verbundenen durchschnittlichen Investitionskosten für die Pflegebedürftigen.

B) Stellungnahme

Der bpa begrüßt diese Regelung. Die Länder sind bisher ihren insbesondere nach § 9 SGB XI bestehenden Verpflichtungen nahezu ausnahmslos nicht oder nicht ausreichend nachgekommen. Die jährlichen Berichte werden hierbei die notwendige Transparenz schaffen. Die Förderung muss strikt wettbewerbsneutral zwischen Anbietern und Leistungsbereichen erfolgen. Um dieses überprüfen zu können, bieten die vorgesehenen jährlichen Berichte der Länder die notwendige Grundlage.

C) Änderungsvorschlag

Keinen.

Abgrenzung zur Eingliederungshilfe – § 13 SGB XI

Artikel 1, Nr. 6

A) Beabsichtigte Neuregelungen

Im häuslichen Umfeld gehen die Leistungen der Pflegeversicherung den Leistungen der Eingliederungshilfe vor, es sei denn, bei der Leistungserbringung steht die Erfüllung der Aufgaben der Eingliederungshilfe im Vordergrund. Außerhalb des häuslichen Umfelds gehen die Leistungen der Eingliederungshilfe den Leistungen der Pflegeversicherung vor.

Die Leistungen nach § 45b SGB XI bleiben bei den Fürsorgeleistungen nach § 13 Abs. 3 weiterhin ohne Berücksichtigung, der Regelungsgegenstand wird in den § 45b Abs. 3 verschoben.

Der Bundesrat fordert in seiner Stellungnahme, dass die Leistungen der Pflegeversicherung grundsätzlich den Leistungen der Eingliederungshilfe vorgehen.

B) Stellungnahme

Es ist begrüßenswert, dass der Gesetzgeber hier versucht, die Leistungen der Pflegeversicherung und die Leistungen der Eingliederungshilfe voneinander abzugrenzen. Tatsächlich ist jedoch zu befürchten, dass konkurrierende Leistungen nicht verhindert werden, sondern eher ausgebaut. Sollen etwa zur Entlastung der Eingliederungshilfe möglichst umfassend die Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch genommen werden? Alleine die kaum abzugrenzenden Zuständigkeiten für die Betreuung seien hier genannt, nachdem diese jüngst zu einer eigenständigen Leistung der Pflegeversicherung massiv ausgebaut wurde. Die vorgelegte Regelung wird aus Sicht des bpa nicht zur notwendigen Klarstellung in der Praxis führen. Es ist nicht ersichtlich, in welchen Fällen die Pflegeversicherung und in welchen Fällen die Eingliederungshilfe greift, wie die trennscharfe Abgrenzung der Leistungen erfolgt und wann welche Leistung im Vordergrund stehen soll.

In der Begründung wird darauf verwiesen, dass zunächst abzugrenzen ist, ob eine zu erbringende Leistung dem häuslichen oder dem außerhäuslichen Umfeld zuzuordnen ist. Alleine diese Formulierung macht deutlich, welche Folgen diese Regelung haben wird.

Es ist zu begrüßen, dass laut Gesetzesbegründung einheitliche Lebens-

zusammenhänge nicht zerrissen werden sollen und dass der Leistungsbezug aus einer Hand auch künftig weiterhin möglich sein soll. Trotz dieser Korrektur gegenüber dem Referentenentwurf, bleibt die Abgrenzung unzulänglich. Unklar bleibt, wann welche Leistung im Vordergrund steht, wodurch sich – insbesondere bei Betreuungsleistungen – die Zuordnung ergibt. Durch die Beschreibung, was nicht passieren soll, gibt der Gesetzgeber zu erkennen, was die Folgen des Gesetzes sein könnten. Doch das verhindert man nicht durch Soll-Vorschriften in der Gesetzesbegründung, sondern nur durch eine klare und einheitliche Regelung im Gesetzestext selbst, die bisher fehlt. Die Abgrenzungsprobleme werden in der Folge zu diversen Rechtsstreitigkeiten führen. Es ist zu befürchten, dass es in jedem Einzelfall zu einem Streit um die Zuständigkeit kommen wird.

In diesem Zusammenhang ist insbesondere der grundsätzliche Vorrang der Pflegeversicherungsleistungen in der Häuslichkeit problematisch.

Die Abgrenzungsproblematik eröffnet zudem gänzlich neue Problemfelder. Ein Beispiel für ein solches lässt sich bereits jetzt in den Beratungen zum Bundesteilhabegesetz feststellen. In der Bundesrats-Stellungnahme (Drucksache 428/16) wird die Einfügung der §§ 91 Abs. 5 und 6 SGB IX gefordert. Diese hätten unter dem neuen Leistungsrecht des PSG III zur Folge, dass Menschen mit Behinderung, die sich in einer Pflegeeinrichtung befinden, vorrangig Hilfe zur Pflege erhalten und keine ergänzenden Leistungen der Eingliederungshilfe beziehen können. Hierdurch wären alle neben den Zuschüssen der Pflegekassen für Menschen mit Behinderung bestehenden Leistungsvereinbarungen zur Förderung der Teilhabe über die Eingliederungshilfe obsolet. Bisher wurde in einer Vielzahl an zugelassenen Pflegeeinrichtungen auch eine ergänzende Vereinbarung über die Eingliederungshilfe geschlossen, da der spezielle Aufwand dies notwendig machte. In besonderem Maße müsste dies für Pflegeeinrichtungen der Phase F richten, welche strukturell angewiesen sind auf ergänzende Eingliederungshilfe, um deutlich weitergehende Teilhabemöglichkeiten erst zu eröffnen.

Die Forderung des Bundesrates nach einem generellen Vorrang der Pflegeversicherung vor der Eingliederungshilfe lehnt der bpa ab. Dieses würde dazu führen, dass die Pflegeversicherung finanziell erheblich belastet würde, nur um die Eingliederungshilfe finanziell zu entlasten. Aus Sicht des bpa darf es aber nicht das Ziel der Reform sein, einen möglichst großen Finanzierungsanteil auf die Pflegeversicherung zu übertragen. Zudem droht hier, dass künftig in erheblichen Bereichen der heutigen Eingliederungshilfe die Pflegeversicherung und damit Pflegekassen und MDK Vertrags- und Prüfregime übernehmen. Damit würde die heutige Eingliederungshilfe inhaltlich massiven und wohl kaum gewollten Systemänderungen unterworfen.

C) Änderungsvorschlag

(3) [1]Die Leistungen der Pflegeversicherung gehen den Fürsorgeleistungen zur Pflege

1. nach dem Zwölften Buch,

2. nach dem Lastenausgleichsgesetz, dem Reparationsschädengesetz und dem Flüchtlingshilfegesetz,

3. nach dem Bundesversorgungsgesetz (Kriegsopferfürsorge) und nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen,

vor, soweit dieses Buch nichts anderes bestimmt. [2]Leistungen zur Pflege nach diesen Gesetzen sind zu gewähren, wenn und soweit Leistungen der Pflegeversicherung nicht erbracht werden oder diese Gesetze dem Grunde oder der Höhe nach weitergehende Leistungen als die Pflegeversicherung vorsehen. [3]~~**Im häuslichen Umfeld im Sinne des § 36 der Pflegebedürftigen gehen die Leistungen der Pflegeversicherung den Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach dem Zwölften Buch, dem Bundesversorgungsgesetz und dem Achten Buch vor, es sei denn, bei der Leistungserbringung steht die Erfüllung der Aufgaben der Eingliederungshilfe im Vordergrund.**~~ [4] **Innerhalb und außerhalb** ~~**Außerhalb**~~ des häuslichen Umfelds gehen die Leistungen der Eingliederungshilfe den Leistungen der Pflegeversicherung vor, soweit in diesem Buch nichts anderes bestimmt ist. [5]Die notwendige Hilfe in den Einrichtungen nach § 71 Absatz 4 ist einschließlich der Pflegeleistungen zu gewähren.

Leistungen bei Pflegegrad 1 – § 28a SGB XI

Artikel 1, Nr. 7

A) Beabsichtigte Neuregelung

Pflegebedürftige in Pflegegrad 1 erhalten Anspruch auf den Wohngruppenzuschlag nach § 38a SGB XI, ohne dass sie Leistungen nach den §§ 36, 37, 38, 45b oder § 123 beziehen müssen.

B) Stellungnahme

Der bpa begrüßt diese Regelung. Damit wird sichergestellt, dass Pflegebedürftige in Pflegegrad 1 den Wohngruppenzuschlag in Anspruch nehmen können. Das war bisher nicht eindeutig geregelt. Denn in § 28a SGB XI ist zwar auch jetzt schon der Anspruch auf § 38a SGB XI verankert. Allerdings werden Leistungen nach § 38a SGB XI nur gewährt, wenn Leistungen nach den §§ 36, 37, 38, 45b oder § 123 SGB XI bezogen werden, auf die allerdings in Pflegegrad 1 kein Anspruch besteht. § 28a SGB XI hat daher in der bisherigen Formulierung einen Anspruch auf den Wohngruppenzuschlag postuliert, der aber faktisch nicht eingelöst werden konnte, weil die Bestimmungen von § 38a SGB XI dieses verhindert haben. Dieses Problem wird durch die Neuregelung behoben.

Der bpa fordert darüber hinaus, dass bei Pflegegrad 1 auch Leistungen der Verhinderungspflege und der Kurzzeitpflege gewährt werden. Dieses würde die pflegenden Angehörigen entlasten und die Versorgung der Pflegebedürftigen gerade in dem niedrigen Pflegegrad sicherstellen.

C) Änderungsvorschlag

In § 28a SGB XI werden folgende Nummer 9 und 10 neu hinzugefügt:

9. Verhinderungspflege gemäß § 39,
10. Kurzzeitpflege gemäß § 42.

Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfen – § 37 Abs. 3 Satz 3 SGB XI

Artikel 1, Nr. 10

A) Beabsichtigte Neuregelung

Pflegebedürftige und pflegende Angehörige müssen während der Beratung bei ihnen zu Hause auf die bestehenden Auskunfts-, Beratungs- und Unterstützungsangebote hingewiesen werden.

Der Bundesrat fordert, dass bei der Durchführung der Beratung durch kommunale Beschäftigte die Kommunen von der Pflegeversicherung auch eine Vergütung erhalten.

B) Stellungnahme

Der Hinweis auf weitere Möglichkeiten der Beratung für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen ist sinnvoll. Um jedoch eine Vollständigkeit des Angebots darzustellen, muss – neben den Pflegestützpunkten und der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI – ebenfalls auf die Beratungsmöglichkeiten nach § 45 SGB XI hingewiesen werden.

Der bpa lehnt die Forderung des Bundesrats nach Vergütung der kommunalen Beschäftigten aus der Pflegeversicherung entschieden ab. Zur grundsätzlichen Kritik an der Übertragung dieser Beratungsleistungen verweist der bpa auf seine Ausführungen zu den Modellvorhaben zur kommunalen Beratung nach § 123 SGB XI (s. Seite 59). Hier muss in aller Deutlichkeit noch einmal darauf hingewiesen werden: Die Beratung von Pflegegeldempfängern und ihren Angehörigen im Rahmen von § 37 Abs. 3 SGB XI erfolgt bisher sehr erfolgreich durch die von den Pflegekassen zugelassenen Pflegedienste, die eine qualitativ gute und qualifizierte Beratung flächendeckend gewährleisten. Jetzt soll – auf Drängen der Bundesländer – dieses bewährte System zumindest in Teilen aufgegeben werden, indem kommunale Beschäftigte diese Beratung übernehmen. Da die Kommunen auch Kostenträger sind, wird damit die bewährte Differenzierung zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern aufgeweicht. Die Kommunen steigen auf ihren eigentlichen Wunsch hin in die Leistungserbringung ein und wollen sich jetzt dafür auch noch von der Pflegeversicherung die Kosten erstatten lassen. Das ist nicht nachvollziehbar. Zu Recht weist die Stellungnahme darauf hin, dass die Kommunen diese Beratung „zusätzlich im eigenen Interesse einer Kontaktaufnahme mit den Pflegebedürftigen durchführen“. Dieses Interesse rechtfertigt es in keiner Weise, dafür aus dem Teilleistungssystem der Pflegeversicherung den Kommu-

nen auch noch eine Kostenerstattung zu gewähren.

C) Änderungsvorschlag

§ 37 Abs. 3 Satz 3 SGB XI wird wie folgt geändert:

„Die Pflegebedürftigen und die häuslich Pflegenden sind bei der Beratung auch auf die Auskunfts-, Beratungs- und Unterstützungsangebote des für sie zuständigen Pflegestützpunktes**, die Pflegekurse und individuellen Schulungen nach § 45** sowie auf die Pflegeberatung nach § 7a hinzuweisen."

Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen – § 38a SGB XI

A) Gewünschte Neuregelung

Aufgrund der bestehenden Schwierigkeiten bei der Antragsbewilligung nach § 38a SGB XI hält der bpa eine Klarstellung in § 38a Abs. 1 Nr. 3 und 4 SGB XI für erforderlich. Um folgende Klarstellung wird gebeten:

> 1. die Beauftragung der Person (Präsenzkraft) nach § 38a Abs. 1 Nr. 3 SGB XI muss auch über den Pflegedienst erfolgen können. Eine direkte Beauftragung zwischen den Pflegebedürftigen und den Präsenzkräften kann, muss aber nicht vorliegen,
> 2. auch eine durchgehende Anwesenheit der beauftragten Präsenzkräfte in der Wohngruppe führt nicht dazu, dass eine Versorgungsform vorliegt, in der gemäß § 38a Abs. 1 Nr. 4 SGB XI der Leistungen angeboten werden, die dem im jeweiligen Rahmenvertrag für die vollstationäre Pflege weitgehend entspricht.

Darüber hinaus hält der bpa dringend eine gesetzliche Klarstellung wie im bisherigen § 13 Abs. 3a SGB XI (zukünftig § 45b Abs. 3 SGB XI) für erforderlich, dass auch der Wohngruppenzuschlag nach § 38a SGB XI bei den Leistungen der Hilfe zur Pflege durch die Sozialhilfeträger keine Berücksichtigung findet.

B) Stellungnahme

In einigen Bundesländern, beispielsweise in Mecklenburg-Vorpommern, verweigern einzelne Pflegekassen seit 2014 flächendeckend und systematisch den WG-Zuschlag, weil sie trotz ambulanter Versorgung durch einen Pflegedienst pauschal eine stationäre Vollversorgung unterstellen, insbesondere wenn eine 24stündige Betreuung über Präsenzkräfte in der WG sichergestellt wird und die Beauftragung der Präsenzkräfte über die versorgenden Pflegedienste erfolgt und nicht direkt durch die Bewohner. Diese Versorgungsmodelle entsprechen aber der Lebenswirklichkeit und den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen in Wohngemeinschaften. Sofern die alternativen Wohnformen vom Gesetzgeber weiter gefördert werden sollen, ist es zwingend notwendig, diese Realitäten anzuerkennen und keine übermäßigen Anforderungen an die Organisation der Wohngruppen zu stellen, die die Pflegebedürftigen wie auch Angehörige überfordern. So hat das Bundessozialgericht zwischenzeitlich mit Urteil vom 18. Februar 2016 (B 3 P 5/14 R, vgl. dort unter Rdn. 18) bestätigt, dass auch die Bewohner in fremd organisierten Wohngruppen Anspruch auf den Wohngruppenzuschlag haben. Zudem ergibt sich aus dem eigenen Leistungs-

rechtlichen Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes zum SGB XI vom 26.04.2016, dass eine Anwesenheit der Präsenzkraft rund um die Uhr nicht erforderlich ist (Punkt 2.4 zu § 38a). Im Umkehrschluss ist eine durchgehende Anwesenheit aber eben auch nicht anspruchshindernd.

Es liegt gerade keine quasistationäre Versorgungform vor, wenn die Präsenzkräfte – auch sofern sie rund um die Uhr erreichbar sind – keine individuellen pflegerischen Aufgaben verrichten und hierzu Leistungen des Pflegedienstes eingekauft werden. Damit unterscheidet sich das Versorgungsangebot wesentlich vom vollstationären Bereich. In allen anderen Fällen würde es sich dann um stationäre Versorgung handeln. Die vom Bundesgesetzgeber mit dem PSG I angestrebte Förderung von ambulant betreuten Wohngemeinschaften wird durch die Weigerung einiger Pflegekassen zur Zahlung des WG-Zuschlags massiv beeinträchtigt, wohingegen andere Pflegekassen den Zuschlag zahlen. Gleichwohl wird den Versicherten dieser Pflegekassen der Anspruch aus § 38a SGB XI dauerhaft verweigert. Ebenso kann die Bewohnergemeinschaft keine eigenen Zahlungen an die Präsenzkräfte leisten, weil sie in der Rechtsform der GbR nur schwer ein Konto bei einer Bank eröffnen kann. Im Interesse der Versicherten hält der bpa daher hier eine gesetzliche Klarstellung im PSG III für dringend erforderlich.

Hinsichtlich der erbetenen Klarstellung zur Nichtberücksichtigung des Wohngruppenzuschlages nach § 38a SGB XI bei den Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII verweist der bpa auf die (rechtswidrige) Verfahrensweise einiger überörtlicher Sozialhilfeträger, die den Wohngruppenzuschlag der Pflegekassen auf die Leistungen der Hilfe zur Pflege in Wohngruppen anrechnen. Insbesondere im Land Berlin haben sich aufgrund des dort vereinbarten Leistungskomplexsystems für Hilfebedürftige, welche in ambulanten Wohngruppen durch Pflegedienste versorgt werden (LK 19 und 38), zahlreiche rechtliche Auseinandersetzungen um die Anrechnung des Wohngruppenzuschlages entwickelt, die mittlerweile vor dem Bundessozialgericht anhängig sind (B 8 SO 13/16 R; B 8 SO 14/16 R). Auch in anderen Bundesländern ohne spezielle SGB XII-Leistungskomplexe für ambulante Wohngruppen war die Frage bereits Gegenstand gerichtlicher Auseinandersetzung und wurde zugunsten der Hilfebedürftigen entschieden, so dass der Wohngruppenzuschlag nach § 38a SGB XI zusätzlich zu den Leistungen der Hilfe zur Pflege zu gewähren ist (SG Halle, Beschluss vom 6. März 2014 – S 24 SO 223/13 ER). Der bpa weist darauf hin, dass der mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz von 2012 eingeführte Wohngruppenzuschlag eine zusätzliche Leistung für Pflegeversicherte Personen bedeuten sollte und maßgeblich zum Aufbau und zur Förderung von alternativen Wohnformen beitragen soll, in dem die Pflegebedürftigen dort einen Zuschlag für die Kosten erhalten, die im Zusammenhang mit der Verwaltung und Organisation der Wohngruppe entstehen. Der Wohngruppenzuschlag dient hingegen nicht der Entlastung

der Sozialhilfeträger von der Hilfe zur Pflege. Insbesondere in Berlin handelt es sich bei den SGB XII-Leistungskomplexen 19 und 38 um Leistungen der individuellen Pflege, die gerade nicht Gegenstand der Leistungen des Wohngruppenzuschlages nach § 38a SGB XI ist und folglich auch nicht mit der Hilfe zur Pflege nach § 61 SGB XI verrechnet werden darf. Der bpa fordert hier daher eine gesetzliche Klarstellung, entsprechend der Regelung, wie sie auch für die bisherigen zusätzlichen Betreuungsbeträge nach § 45b SGB XI im § 13 Abs. 3a SGB XI bestand, der nunmehr auf den Entlastungsbetrag in den § 45b Abs. 3 SGB XI verlagert werden soll.

C) Änderungsvorschlag

§ 38a SGB XI wird wie folgt geändert:

(1) Pflegebedürftige haben Anspruch auf einen pauschalen Zuschlag in Höhe von 205 Euro monatlich, wenn

> 3. eine Person **oder ein Anbieter, der eine solche Person beschäftigt,** von den Mitgliedern der Wohngruppe gemeinschaftlich beauftragt ist, unabhängig von der individuellen pflegerischen Versorgung allgemeine organisatorische, verwaltende, betreuende oder das Gemeinschaftsleben fördernde Tätigkeiten zu verrichten oder hauswirtschaftliche Unterstützung zu leisten, und
>
> 4. keine Versorgungsform vorliegt, in der der Anbieter der Wohngruppe oder ein Dritter den Pflegebedürftigen Leistungen anbietet oder gewährleistet, die dem im jeweiligen Rahmenvertrag nach § 75 Absatz 1 für vollstationäre Pflege vereinbarten Leistungsumfang weitgehend entsprechen; **eine solche Versorgungsform liegt nicht schon allein dann vor, wenn Personen nach Nummer 3 durchgehend in der Wohngruppe anwesend sind.** Der Anbieter einer ambulant betreuten Wohngruppe hat die Pflegebedürftigen vor deren Einzug in die Wohngruppe in geeigneter Weise darauf hinzuweisen, dass ~~dieser~~ Leistungsumfang **für vollstationäre Pflege** von ihm oder einem Dritten in der Wohngruppe nicht erbracht wird, sondern die Versorgung **jeweils individuell zu vereinbaren ist und** auch durch die aktive Einbindung ihrer eigenen Ressourcen und ihres sozialen Umfeldes sichergestellt werden kann.

Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 3 angefügt:

(3) Der Wohngruppenzuschlag nach Absatz 1 findet bei den Fürsorgeleistungen zur Pflege nach § 13 Absatz 3 Satz 1 keine Berücksich-

tigung. § 63b Absatz 1 Satz 3 des Zwölften Buches findet auf den Wohngruppenzuschlag keine Anwendung.

Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson – § 39 SGB XI

A) Gewünschte Neuregelung

Der bpa hält eine Klarstellung zur Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI für erforderlich. Im Einvernehmen mit der Auslegung des GKV-Spitzenverbandes im leistungsrechtlichen Rundschreiben ist der bpa der Auffassung, dass die Verhinderungspflege auch bei stundenweiser Verhinderung und für regelmäßige persönliche Termine der Pflegeperson in Anspruch genommen werden darf.

B) Stellungnahme

In der Pflegefachpresse sind zuletzt wiederholte Artikel einzelner Autoren erschienen (Richter in: Häusliche Pflege 3/2016, S. 60 ff., 4/2016, S. 19; 5/2016, S. 20 ff.; sowie Heiber in: Häusliche Pflege 7/2014, S. 7 f.), die u.a. eine regelmäßige und geplante Inanspruchnahme von Leistungen der Verhinderungspflege in Frage stellen, soweit die Verhinderung der Pflegeperson nicht nur kurzzeitig besteht, sondern regelmäßig genutzt wird, um in einem Mindestmaß auch eigenen Bedürfnissen, Treffen mit Freunden oder Hobbies nachzugehen. Konkret ging es dabei um regelmäßige Termine einer Pflegeperson im Sportverein, die den Einsatz von Verhinderungspflege erforderlich machen – meist stundenweise.

Nach Auffassung des bpa ist dies ein nahezu typischer Anwendungsfall bei der Verhinderungspflege und wird auch seitens der Pflegekassen bisher so bewilligt. Gleichwohl behaupten die in der Pflegefachpresse bekannten Autoren der oben erwähnten Artikel wiederholt öffentlich und nachdrücklich das Gegenteil, so dass sowohl Kunden als auch Pflegedienste erheblich verunsichert werden und Rückforderungen und weitere Konsequenzen seitens der Pflegekasse fürchten. Auch wenn bereits andere namhafte Pflegerechtsexperten, die regelmäßige Verhinderungstermine als geplante Erholungsphasen als von dem Verhinderungspflegeanspruch nach § 39 SGB XI umfasst ansehen, hält der bpa eine dahingehende gesetzliche Klarstellung im PSG III für dringend erforderlich, so dass die Verhinderungspflege auch regelmäßig an bestimmten Tagen oder Stunden in Anspruch genommen werden kann. Denn dies trägt dazu bei, die Pflegebereitschaft von pflegenden Angehörigen in der übrigen Zeit zu erhalten und neue Kräfte zu schöpfen. Dazu sollen sie Erholungszeiten, wie z.B. Treffen mit Freunden und Vereinstermine, wahrnehmen können, auch soweit diese regelmäßig stattfinden. Zum anderen ist die ausdrückliche Aufnahme der stundenweisen Verhinderungspflege ins Gesetz sinnvoll, weil die grundsätzliche Gewährung der stundenweisen Verhinde-

rungspflege schon lange der Praxis der Pflegekassen entspricht und daher die Versicherten auch ausdrücklich im Gesetz auf diesen Anspruch hingewiesen werden sollten.

C) Änderungsvorschlag

§ 39 Abs. 1 SGB XI wird nach Satz 1 wie folgt ergänzt:

(1) Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegekasse die nachgewiesenen Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für längstens sechs Wochen je Kalenderjahr; § 34 Absatz 2 Satz 1 gilt nicht. **Die Verhinderung kann auch stundenweise und für regelmäßige persönliche Termine der Pflegeperson in Anspruch genommen werden.** Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat. Die Aufwendungen der Pflegekasse können sich im Kalenderjahr auf bis zu 1 612 Euro belaufen, wenn die Ersatzpflege durch andere Pflegepersonen sichergestellt wird als solche, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder die mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben.

Stationäre Leistungsbeträge – § 43 SGB XI

Änderungsantrag 6 der Fraktionen CDU/CSU und SPD

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Leistungsbetrag für vollstationäre Dauerpflege darf für Unterkunft und Verpflegung verwandt werden, soweit er die pflegerischen Aufwendungen und die Aufwendungen für medizinische Behandlungspflege übersteigt.

B) Stellungnahme

Der bpa begrüßt diese Neuregelung, für die er sich seit längerem eingesetzt hat.

Bereits von Anfang hat der bpa darauf hingewiesen, dass es in einigen Fällen rechnerisch auch zu sogenannten negativen Eigenanteilen kommen wird. Dies geschieht dann, wenn der Pflegesatz niedriger ist als die Pflegesachleistung. Die vom bpa geforderte Klarstellung, dass in solchen Fällen der Differenzbetrag zur Mitfinanzierung der Kosten von Unterkunft und Verpflegung genutzt werden kann, um Leistungskürzungen zu vermeiden, fehlte bisher im Gesetz. Diese Regelungslücke ist nun erkannt worden und wird mit dem vorliegenden Änderungsantrag geschlossen. Das wird dazu führen, dass auch Bewohner in Pflegeheimen mit eher niedrigen Pflegesätzen den vollen Leistungsbetrag aus der Pflegeversicherung erhalten. Ein Heimplatz wird dadurch insbesondere für Bewohner in den neuen Bundesländern deutlich preiswerter.

C) Änderungsvorschlag

Keinen.

Entlastungsbetrag – § 45b SGB XI

Artikel 1, Nr. 13

A) Beabsichtigte Neuregelung

Für die Inanspruchnahme des Entlastungsbetrags nach § 45b SGB XI bedarf es künftig keines Antrags mehr, sondern der Anspruch besteht, wenn die Voraussetzungen nach § 45b Abs. 1 Satz 1SGB XI erfüllt sind.

Der Entlastungsbetrag wird künftig nicht auf den Leistungsanspruch des Sozialhilfeträgers angerechnet und steht damit auch Empfängern von Fürsorgeleistungen zu.

B) Stellungnahme

Keine Antragsnotwendigkeit

Der bpa begrüßt diese Neuregelung, für die er sich aufgrund von Praxiserkenntnissen seit längerem eingesetzt hat, außerordentlich.

Der bpa hatte bereits die rechtliche Klärung der Ansprüche von Versicherten auf Leistungen nach § 45 b Abs. 1a SGB XI ohne ein gesondertes Antragsverfahren, wie es auch der GKV-Spitzenverband in seinem Rundschreiben zum SGB XI vertreten hat, unterstützt. Bereits mit Auftreten der neu erhobenen flächendeckenden Forderung, bei der Entlastungsleistung auf einen gesonderten Antrag zu bestehen, hatte der bpa den Pflegebeauftragten der Bundesregierung informiert und eine gesetzliche Klarstellung erbeten. Dieser Bitte ist die Bundesregierung nun nachgekommen.

Damit wird klargestellt, dass der Anspruch auf den Entlastungsbetrag mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI und dem Vorliegen von häuslicher Pflege besteht. Ab diesem Zeitpunkt steht der Entlastungsbetrag den Anspruchsberechtigten monatlich jeweils ohne weiteres zur Verfügung. Ab diesem Zeitpunkt kann auch der Entlastungsbetrag – ebenso wie bisher die zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen – innerhalb des jeweiligen Kalenderjahres in Anspruch genommen werden. Das bedeutet, dass die grundsätzlich monatlich entstehenden Ansprüche, soweit sie in dem jeweiligen Monat nicht genutzt werden, nicht verfallen, sondern die nicht ausgenutzten Beträge auch noch im weiteren Verlauf des Kalenderjahres genutzt werden können (sog. „Ansparen“). Am Ende des Kalenderjahres nicht verbrauchte Beträge können zudem noch bis in das darauffolgende Kalenderhalbjahr übertragen werden. Dies ermöglicht damit weiterhin eine besonders flexible und bedarfs-

gerechte Handhabung des Anspruchs, ohne das grundsätzliche Ziel aus den Augen zu verlieren, den Betroffenen eine möglichst kontinuierliche Entlastung zu ermöglichen und Anreize zu setzen, diese auch tatsächlich wahrzunehmen. Einer gesonderten Antragstellung vor Beginn des Bezugs von Leistungen bedarf es nicht, um den Anspruch auf den Entlastungsbetrag entstehen zu lassen. Es reicht aus, wenn der Antrag auf die Erstattung der Kosten für die entstandenen Eigenbelastungen nachträglich eingereicht wird.

Ferner wird begrüßt, dass der Entlastungsbetrag weiterhin keine Berücksichtigung und damit Anrechnung bei den Fürsorgeleistungen zur Pflege findet.

C) Änderungsvorschlag

Keinen.

Berücksichtigung der Empfehlungen nach § 8a SGB XI beim Versorgungsvertrag – § 72 Abs. 3 SGB XI

Stellungnahme des Bundesrats, Ziffer 18

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Bundesrat fordert, dass ein Anspruch auf Abschluss eines Versorgungsvertrags nur besteht, wenn der Vertragsinhalt nicht in Widerspruch zu den Empfehlungen der Pflegeausschüsse nach § 8a SGB XI steht.

B) Stellungnahme

Der bpa lehnt diese Forderung ab. Zu seiner Kritik an den Empfehlungen der Ausschüsse nach § 8a SGB XI wird auf die entsprechenden Ausführungen verwiesen (s. Seite 15 zum sektorenübergreifenden Landespflegeausschuss, Seite 17 zu den regionalen Pflegeausschüssen, Seite 19 zu den Pflegestrukturplanungsempfehlungen und Seite 21 zur Berücksichtigung der Empfehlungen bei den Versorgungs-, Vergütungs- und Rahmenverträgen).

Mit dem Änderungsbegehren des Bundesrates würde der Abschluss von Versorgungsverträgen abhängig sein von regionalen Empfehlungen. Folgt der Bundesgesetzgeber dem Ansinnen des Bundesrates, würde er faktisch einen Teil seiner Gesetzgebungskompetenz aufgeben und es den Ländern ermöglichen, die Zulassungskriterien mitzubestimmen. Der Bundesrat weist selbst in seiner Begründung darauf hin, dass es ohne die von ihm gewollte Änderung einen Kontrahierungszwang bei der Zulassung gibt. Dieser darf auch nicht aufgegeben werden! Denn dieser hat dazu beigetragen, dass es in der Bundesrepublik ein flächendeckendes Angebot an Pflegeheimen und Pflegediensten gibt. Angesichts des demografischen Wandels und der weiter zunehmenden Pflegebedürftigkeit darf es beim notwendigen weiteren Ausbau der pflegerischen Infrastruktur keine neuen Hindernisse geben. Der bpa appelliert daher dringend an die Bundesregierung, dem Änderungswunsch des Bundesrates nicht zu entsprechen. An dieser Stelle sei erneut auf die Aussage des Pflegebeauftragten der Bundesregierung, Staatssekretär Karl-Josef Laumann, verwiesen:

"Eine wichtige kommunalpolitische Aufgabe ist es, eine ausreichende Zahl an altersgerechtem Wohnraum bereitzustellen. Aber es kann nicht die Aufgabe der Kommune sein, eine verbindliche Pflegebedarfsplanung umzusetzen. Das habe ich massiv verhindert. Nicht die Kommune, sondern die Vielfalt der Anbieter hat nach der Marktöffnung in den letzten Jahren dazu beigetragen, dass neue bedarfsgerechte Angebote vor Ort entstan-

den sind." (Meldung von Care Invest vom 25. April 2016)

Öffnung stationärer Pflegeeinrichtungen – § 72 Abs. 5 SGB XI

Stellungnahme des Bundesrats, Ziffer 19

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Bundesrat fordert, dass Pflegeheime unterstützende Leistungen für Pflegebedürftige, die keine Bewohner sind, erbringen können sollen. Dazu soll ein entsprechender Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI abgeschlossen werden.

B) Stellungnahme

Der bpa begrüßt diesen Änderungsvorschlag ausdrücklich. Es ist richtig, die Kompetenzen, das Personal und die Infrastruktur stationärer Pflegeeinrichtungen zu nutzen und ihnen somit eine stärkere Öffnung in das Quartier zu ermöglichen. Zu Recht verweist der Bundesrat in seiner Begründung darauf, dass die Angebote der Pflegeheime die Versorgung von Pflegebedürftigen in der unmittelbaren Umgebung der Einrichtung optimal ergänzen können und dass dadurch vor Ort die Versorgung weiter verbessert werden könnte.

Der bpa hatte in diesem Zusammenhang bereits in seiner Stellungnahme zum Zweiten Pflegestärkungsgesetz vorgeschlagen, dass Pflegeheime auch Leistungen der teilstationären Pflege anbieten können sollten. Dieses wäre eine weitergehende Ergänzung des Vorschlags des Bundesrates.

Immer wieder wird betont, dass die heutigen Pflegeheime sich zu regionalen Kompetenzzentren entwickeln sollen. Es ist naheliegend und unbestritten, dass sie in den Regionen eine wichtige Rolle nicht nur bei der Bewältigung von Pflegebedürftigkeit spielen können, sondern auch mit Beratung, Schulung, Information und vielfältigen Angeboten aufwarten können. Unproblematisch wäre es z.B. möglich, zu einem flächendeckenden Angebot an Tagespflege beizutragen durch eine einfache Ausweitung des Versorgungsauftrages der Pflegeheime durch die Möglichkeit, integrierte Tagespflege anbieten zu können. Damit würde dem Leitbild des regionalen Pflege-Kompetenzzentrums erkennbar gefolgt.

Deshalb schlägt der bpa vor, dass auch Pflegeheime eine integrierte Tagespflege anbieten können. Zugelassene Pflegeheime sind anerkannte Anbieter und bieten Gewähr für eine verlässliche pflegerische Versorgung. Dieses Potential der über 13.000 Pflegeheime sollte zum flächendeckenden Ausbau der teilstationären Strukturen genutzt werden.

C) Änderungsvorschläge

§ 71 Abs. 2 SGB XI und § 72 Abs. 2 SGB XI werden wie folgt gefasst:

§ 71 Abs. 2 SGB XI

Stationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime) im Sinne dieses Buches sind selbständig wirtschaftende Einrichtungen, in denen Pflegebedürftige:

1. unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt werden,
2. ganztägig (vollstationär) oder tagsüber oder nachts (teilstationär) untergebracht und verpflegt werden können.

Pflegeheime können dabei auch teilstationäre Versorgung gemäß § 41 anbieten.

§ 72 Abs. 2 SGB XI

Der Versorgungsvertrag wird zwischen dem Träger der Pflegeeinrichtung oder einer vertretungsberechtigten Vereinigung gleicher Träger und den Landesverbänden der Pflegekassen im Einvernehmen mit den überörtlichen Trägern der Sozialhilfe im Land abgeschlossen, soweit nicht nach Landesrecht der örtliche Träger für die Pflegeeinrichtung zuständig ist; für mehrere oder alle selbständig wirtschaftenden Einrichtungen (§ 71 Abs. 1 und 2) eines Pflegeeinrichtungsträgers, die vor Ort organisatorisch miteinander verbunden sind, kann ein einheitlicher Versorgungsvertrag (Gesamtversorgungsvertrag) geschlossen werden. **Der Versorgungsvertrag der Pflegeheime erstreckt sich dabei regelmäßig auch auf die teilstationäre Versorgung.** Er ist für die Pflegeeinrichtung und für alle Pflegekassen im Inland unmittelbar verbindlich.

Rahmenverträge, Bundesempfehlungen und -vereinbarungen über die pflegerische Versorgung – § 75 Abs. 2 SGB XI

Artikel 1, Nr. 16

A) Beabsichtigte Neuregelung

In den Landesrahmenverträgen nach § 75 SGB XI sollen künftig auch Regelungen zu den Vertragsvoraussetzungen und zur Vertragserfüllung für eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung, zu Abrechnungsprüfungen und zu Grundsätzen für die Zahlung einer ortsüblichen Vergütung aufgenommen werden.

B) Stellungnahme

Der bpa lehnt diese Änderungen ab. Sie führen zu mehr Bürokratie, wirken der Rechtsklarheit entgegen und sind entbehrlich, da die bestehenden Regelungen bereits völlig ausreichen. Zudem droht die wettbewerbliche Ausgestaltung der Pflegeversicherung ausgehöhlt zu werden, obwohl sie eine herausragende Rolle beim Aufbau eines flächendeckenden Angebotes bei gleichzeitiger Begrenzung der Kosten gespielt hat.

Zu den Vertragsvoraussetzungen und zur Vertragserfüllung für eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung:

Ziel dieser Regelung soll offenbar ein Schutz vor unlauteren Anbietern sein. Dabei verweist die Begründung selbst auf § 72 Absatz 3 Satz 1 Nr. 2 SGB XI, wonach die Pflegeeinrichtungen jederzeit die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung bieten müssen. Zu Recht heißt es dazu in der Begründung: „Dies umfasst im rechtmäßigen Geschäftsverkehr eine ordnungsgemäße Vertragserfüllung und deren Abrechnung.“ Damit verweist der Gesetzgeber selbst darauf, dass es für sein Anliegen bereits eine entsprechende Gesetzesregelung gibt. Einer weiteren bedarf es nach Ansicht des bpa daher nicht. Der Gesetzgeber geht aber weiter und will nun landesrechtliche Einzelregelungen ermöglichen. Das würde bedeuten, dass alle sechzehn Bundesländer für die Zulassung auf Landesebene unterschiedliche Anforderungen formulieren könnten. Einem Pflegedienst-Inhaber, der in Brandenburg alle Anforderungen des Rahmenvertrags erfüllt, könnte in Berlin der Rahmenvertrag verweigert werden, weil er dort nicht alle Anforderungen an die „Geeignetheit“ seiner Person erfüllt. Die Zulassung eines Leistungserbringers wäre damit faktisch nicht mehr gesetzlich geregelt, sondern lediglich durch ei-

nen Normsetzungsvertrag. Zudem würde damit der Flickenteppich an unterschiedlichen Regelungen in der Bundesrepublik Deutschland vergrößert werden. Der bpa warnt eindringlich davor. Ein Wettbewerb der Bundesländer um die schärfsten Vertragsvoraussetzungen bringt den Pflegebedürftigen und den Kostenträgern nicht mehr Sicherheit, erschwert aber den notwendigen Ausbau der Pflege-Infrastruktur, der angesichts der demografischen Entwicklung dringend notwendig ist. Es braucht hier keine neuen und schärferen Regelungen, sondern die Anwendung und Umsetzung der bereits bestehenden.

Der bpa appelliert daher dringend an den Gesetzgeber, insbesondere die in der Begründung genannten Punkte hinsichtlich der Kriterien zur Geeignetheit und Zuverlässigkeit des Inhabers, des Gesellschafters, des Geschäftsführers oder der verantwortlichen Pflegefachkraft der Pflegeeinrichtung zu streichen. Denkbar wäre eine Regelung analog der bestehenden Landesheimgesetze, deren vergleichbare Anwendung im ambulanten Sektor aus bpa-Sicht nichts entgegenstünde.

Außerdem fordert der bpa, dass Rechnungslegungs- und Buchführungsunterlagen einschließlich der Leistungsnachweise nicht in den Landesrahmenverträgen geregelt werden dürfen. Solche Vorschriften greifen tief in die Entscheidungshoheit der Pflegeeinrichtungen ein und berühren Betriebsinterna. Die Buchführung wird darüber hinaus bereits durch die Pflege-Buchführungsverordnung sowie durch die allgemeinen Grundsätze kaufmännischer Buchführung normiert. Insofern sind Regelungen zu Buchführungsunterlagen nicht nur verzichtbar, sondern auch verwirrend. Entscheidend ist, dass eine Leistung erbracht und nur der dafür vereinbarte Preis abgerechnet wurde. Eine externe Steuerung der Kosten einer Pflegeeinrichtung ist weder hilfreich noch angemessen, zumal das betriebliche Risiko in jedem Fall beim Träger verbleibt. Die Regulierungsdichte in der Pflege ist bereits jetzt äußerst hoch; durch solche Änderungen darf nicht jede unternehmerische Freiheit eingeschränkt werden.

Zu den Abrechnungsprüfungen:

Es besteht keine Notwendigkeit, in jedem Landesrahmenvertrag Regelungen zu den Abrechnungsprüfungen zu vereinbaren, weil bereits jetzt in den Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen Regelungen zur Abrechnung getroffen werden können und die Abrechnung von den Pflegekassen jederzeit geprüft werden kann. Zudem ist durch die neue Qualitätsprüfungsrichtlinie für die Abrechnungsprüfung, sowohl für Leistungen des SGB XI als auch des SGB V, Bestandteil der jährlichen Regelprüfung des MDK. Bei Verdacht oder Anlass kann zudem jederzeit die Abrechnung geprüft werden Eine Notwendigkeit, die Verfahren dafür zu beschreiben, besteht daher nicht. Denn bereits jetzt heißt es in § 75 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2

SGB XI:

„Die Verträge regeln insbesondere … die allgemeinen Bedingungen der Pflege einschließlich … der Abrechnung der Entgelte und der hierzu erforderlichen Bescheinigungen und Berichte."

Dass diese Regelungen ausreichend sind, zeigen auch die Fälle, in denen die Kostenträger auf dieser Grundlage gegen Betrugsfälle vorgegangen sind und die entsprechenden Leistungserbringer sanktioniert wurden und Rückzahlungen geleistet haben.

Zu den Grundsätzen für die Zahlung einer ortsüblichen Vergütung:

Aus Sicht des bpa besteht keine Notwendigkeit für diese Regelung. Um sittenwidrige Löhne in den Pflegeeinrichtungen zu vermeiden, bedarf es dieser nicht. Die in der Begründung erwähnten Küchen- und Hauswirtschaftskräfte fallen zwar nicht unter eine Verordnung nach dem Arbeitnehmer-Entsendegesetz, aber unter das Mindestlohngesetz. Insofern sind sie entsprechend geschützt. Für Pflegefachkräfte besteht angesichts des gravierenden Fachkräftemangels und des Pflegemindestlohns ohnehin keine Gefahr von Niedriglöhnen. Laut Gesetzesbegründung sollen durch die ortsübliche Entlohnung Niedriglöhne verhindert werden, dieser Zweck wird durch die Mindestlohnregelungen erfüllt, damit ist die Regelung obsolet. Zudem ist dem Gesetzgeber der Eingriff in die Tarifautonomie verfassungsrechtlich untersagt. Darüber hinaus wird auch an dieser Stelle wieder deutlich, dass der Gesetzgeber die Regulierungsdichte und die bürokratischen Anforderungen immer weiter erhöht. Immer mehr Nachweisebenen sind aus Sicht des bpa nicht erforderlich. An dieser Stelle muss auch darauf hingewiesen werden, dass eine wettbewerbliche Ausrichtung auch eine Konkurrenz über die Kosten der Leistung notwendig braucht. Eine über die oben beschriebene Mindestabsicherung hinausgehende Regelung würde letztlich zu einer Verteuerung der Pflege auf dem Niveau der höchsten Personalkosten führen, wobei dann auch klar zu formulieren wäre, dass es bei unveränderter Sachleistung der Pflegebedürftigen und die Sozialhilfeträger wären, welche die Mehrkosten zu tragen hätten.

C) Änderungsvorschläge

Die Änderungen in § 75 Abs. 2 SGB XI werden wieder gestrichen:

…

2. die allgemeinen Bedingungen der Pflege einschließlich ~~**der Vertragsvoraussetzungen und der Vertragserfüllung für eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung,**~~ der Kostenübernahme

der Abrechnung der Entgelte und der hierzu erforderlichen Bescheinigungen und Berichte,

…

7. die Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze für Wirtschaftlichkeits~~- und Abrechnungs~~prüfungen,

…

~~**10. die Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze für die Zahlung einer ortsüblichen Vergütung an die Beschäftigten nach § 72 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2.**~~

Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen – § 79 Abs. 4 SGB XI

Artikel 1, Nr. 17

A) Beabsichtigte Neuregelung

Zur weiteren Prüfmöglichkeit der Abrechnungen von Pflegeleistungsanbietern werden die bestehenden Vorschriften zur Wirtschaftlichkeitsprüfung um Abrechnungsprüfungen erweitert.

B) Stellungnahme

Der bpa lehnt diese Regelung entschieden ab. Wie bereits oben zu den Rahmenverträgen nach § 75 Abs. 2 SGB XI ausgeführt, bedarf es keiner gesonderten Regelungen zu den Abrechnungsprüfungen, weil diese bereits heute möglich sind und auch tatsächlich durchgeführt werden. Ganz offensichtlich ist die Berichterstattung im April dieses Jahres über den Betrug von Pflegediensten („Die Welt“ vom 17. April 2016: „Betrug durch russische Pflegedienste grassiert“) der Hintergrund dafür. Der Gesetzgeber versucht nun mit einem Maßnahmenpaket an diversen Stellen in den Sozialgesetzbüchern die Regelungen für Abrechnungsprüfungen zu erweitern und zu verschärfen.

Der Bundesgesetzgeber sieht sich hier offenbar unter Handlungsdruck –

- ohne die bereits bestehenden Möglichkeiten zur Abrechnungsprüfung ausreichend zu würdigen,
- ohne die möglicherweise nicht ausreichende Umsetzung der Abrechnungsprüfungen vor Ort durch Pflegekassen und Sozialhilfeträger zu thematisieren und
- ohne abzuwägen, ob es angesichts des bekannt gewordenen Betrugs angemessen ist, eine derart umfassende Verschärfung mit erheblichem bürokratischen Aufwand auf alle 26.000 deutschen Pflegeeinrichtungen auszudehnen.

Die Abrechnungsprüfung soll sich auch auf Erstattungsleistungen wie die Verhinderungspflege beziehen. Das ist aus Sicht des bpa nicht möglich, es sei denn, dass beim Pflegebedürftigen selbst eine Abrechnungsprüfung vorgenommen werden soll.

Umfasst werden soll auch die Abrechnung der Leistungen für Unterkunft und Verpflegung nach § 87 SGB XI. Das ist aus Sicht des bpa überflüssig,

weil die Pflegeheime aufgrund des Differenzierungsverbots bei diesen Kosten nicht von den vereinbarten abweichen dürfen und es sich um eine taggenaue Abrechnung handelt. Diese Regelung verkennt die Situation in der stationären Pflege. Sie ist überflüssig; ein weiteres Instrument zur Abrechnungsprüfung ist nicht notwendig. Der guten Ordnung halber sei darauf hingewiesen, dass Grundlage der Wirtschaftlichkeitsprüfung unverändert die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit der Pflegeleistungen ist, nicht aber die Verfügungsgewalt über die Buchhaltungsunterlagen der Pflegeeinrichtung.

C) Änderungsvorschlag

§ 79 Abs. 4 SGB XI wird gestrichen.

Berechnung der einheitlichen Eigenanteile – § 91e SGB XI

A) Gewünschte Neuregelung

Zur künftigen Umsetzung der einheitlichen Eigenanteile in stationären Pflegeeinrichtungen wäre eine gesetzliche Klarstellung hilfreich, um einerseits die gesetzlichen Anforderungen zu erfüllen und andererseits eine für alle Beteiligten sowie dann insbesondere für pflegebedürftige Menschen nachvollziehbare Regelung zu schaffen, die bundesweit einheitlich gilt. Diese Klarstellung müsste abweichende Regelungen in den 16 Landesrahmenverträgen kurzfristig obsolet machen.

B) Begründung

Der bpa schlägt folgende Vorgehensweise zur Berechnung der einheitlichen Eigenanteile vor.

Grundsätzlich wird immer der volle Kalendermonat abgerechnet. Ermittelt werden die durchschnittlichen Monatstage mit dem Durchschnitt der Jahrestage aus vier Jahren inkl. Schaltjahr (30,4375 - hilfsweise 30,42). Somit bleiben die Beträge für die Pflegesachleistung, den Bestandsschutzbetrag und den einrichtungseinheitlichen Eigenanteil konstant. Zudem stehen sowohl ein monatlicher einrichtungseinheitlicher Eigenanteil zur Verfügung, als auch ein rechnerisch ermittelter täglicher einrichtungseinheitlicher Eigenanteil.

Bei Abwesenheitstagen wird ergänzend zur ausgewiesenen vollen Monatsabrechnung auf die tatsächlich relevanten Abwesenheitstage Bezug genommen und die jeweils im Bundesland vereinbarte Abwesenheitsregelung aufgegriffen. Hier wird somit der Abzugsbetrag ausgewiesen. Die leichten Abweichungen werden in Kauf genommen, zumal sich diese ausgleichen dürften.

Es ist darauf hinzuweisen, dass es trotzdem zu minimalen Abweichungen beim monatlichen einheitlichen Eigenanteil kommen kann, die auf wohl kaum vermeidbare Rundungsungenauigkeiten bei der Rechnung mit 30,42 Tagen zurückzuführen sind. Folgende Tabelle macht dies deutlich:

PG	PS täglich	PS monatlich	LB	EA	EA täglich	EA monatlich	Abweichung
2	44,38	1350,04	770	580,04			0,07
3	6055	1841,93	1262				0,18
4	77,42	2355,12	1775				-0,01
5	84,98	2585,09	2005	580,09	19,07	580,11	0.02

Es bedarf daher einer entsprechenden Klarstellung des Gesetzgebers, dass trotz dieser minimalen Abweichungen die gesetzlichen Anforderungen an einen innerhalb der Pflegegrade einheitlichen Eigenanteil erfüllt sind.

Bei Teilmonaten wird ebenfalls ergänzend zur ausgewiesenen vollen Monatsabrechnung ein Abzugsbetrag ausgewiesen, der auf die tatsächlich in Anspruch genommenen Belegungstage Bezug nimmt. Damit wird der tatsächlich zu tragende Betrag separat ausgewiesen. Die leichten Abweichungen werden in Kauf genommen, zumal sich diese ausgleichen dürften.

Der Bestandsschutzbetrag ermittelt sich aus der Differenz der Eigenanteile Dezember 2016 und Januar 2017 und wird dann konstant unverändert gezahlt.

Die Pflegereform wird genutzt, um bundeseinheitliche Abrechnungsstandards zu schaffen. Jedenfalls bei einer taggenauen Abrechnung, die in einigen Bundesländern das gängige Verfahren darstellt, erweist sich ansonsten offenbar der unabhängig von der Zahl der Kalendertage im Monat gleichbleibende Leistungsbetrag der Pflegeversicherung für die Berechnung des einrichtungseinheitlichen Eigenanteils als problematisch.

Notwendig ist eine gesetzliche Regelung, da eine Anpassung zahlreicher Rahmenverträge sowohl zeitlich scheitern wird, als auch an den bisherigen Regelungen, welche im jeweiligen Bundesland eine gewisse Übung haben entstehen lassen.

Vermieden wird damit z.B. eine Abrechnung, die in jedem Monat von den vertraglich vereinbarten Pflegesätzen abweichen könnte. Gesichert ist der auszuweisende einheitliche Eigenanteil. Gesichert ist darüber hinaus vor allem, dass die Verantwortlichen vor Ort nur eine überschaubar komplexe Regelung in den Gesprächen mit pflegebedürftigen Menschen und Angehörigen erläutern müssen.

Allen Beteiligten wird eine gemeinsame Regelung zur Abrechnung zur Verfügung gestellt, die erhebliche Komplikationen (nicht nur) zum Jahresbeginn vermeidet und eine einheitliche Programmierung ermöglicht.

C) Änderungsvorschlag

Anfangs- und Endzeit bei ambulanter Pflege – § 105 SGB XI

Stellungnahme des Bundesrates, Ziffer 23

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Bundesrat fordert, dass bei der Abrechnung von Leistungen der ambulanten Pflege die Anfangs- und Endzeit angegeben werden muss.

B) Stellungnahme

Der bpa lehnt diese Forderung ab. Entgegen der Vorstellung des Bundesrates, dass dadurch die Durchführung der Pflege für alle Beteiligten transparenter werden würde, wird sie vor allem zu einer zusätzlichen Belastung für die Pflegekräfte werden, die wieder mehr Zeit für die Dokumentation aufbringen müssten. Dieses wäre ein Rückschlag für die bisher erfolgreiche Entbürokratisierung der Pflege.

Der bpa kritisiert auch die hinter diesem Vorschlag stehende Begründung. Die beabsichtigte Neuregelung soll eingeführt werden, um Vertragsverstöße gezielt überprüfen zu können und Abrechnungsbetrug gerichtsfest nachzuweisen. Ganz offensichtlich ist die Berichterstattung im April dieses Jahres über den Betrug von Pflegediensten („Die Welt“ vom 17. April 2016: „Betrug durch russische Pflegedienste grassiert“) der Hintergrund dafür. Der Bundesrat will nun, ebenso wie die Bundesregierung, an diversen Stellen in den Sozialgesetzbüchern die Regelungen für Abrechnungsprüfungen zu erweitern und zu verschärfen,

- ohne die bereits bestehenden Möglichkeiten zur Abrechnungsprüfung ausreichend zu würdigen,
- ohne die möglicherweise nicht ausreichende Umsetzung der Abrechnungsprüfungen vor Ort durch Pflegekassen und Sozialhilfeträger zu thematisieren und
- ohne abzuwägen, ob es angesichts des bekannt gewordenen Betrugs angemessen ist, eine derart umfassende Verschärfung mit erheblichem bürokratischen Aufwand auf alle 26.000 deutschen Pflegeeinrichtungen auszudehnen.

Die Anfangszeiten der Leistungserbringung durch ambulante Pflegedienste werden bereits dokumentiert. In aller Regel handelt es sich jedoch um Pauschalleistungen, die nicht an eine Dauer gekoppelt sind. Oft stehen diese in einem inhaltlichen Zusammenhang mit Pauschalleistungen der Behandlungspflege. Die Mitarbeiter der Pflegedienste wären für eine sachgerechte Abgrenzung der jeweiligen Leistungen gezwungen mit der

Stoppuhr zu agieren und alles einzeln zu dokumentieren. All das ohne einen tatsächlichen Nutzen für die Abrechnung der Leistungskomplexe oder der Behandlungspflegeleistungen zu generieren. Es liegt darin begründet, dass sich die beteiligten Vertragspartner auf die Dokumentation der Anfangszeit verständigt haben – nicht der des Beginns und Endes jeder Leistung.

Durch den Vorschlag des Bundesrates wird die Bekämpfung von Betrug in der Pflege nicht verbessert, sondern den Pflegekräften wird ihre tägliche Arbeit durch zusätzliche bürokratische Anforderungen erschwert. Das ist unverhältnismäßig. Der bpa fordert daher die Bundesregierung auf, den Vorschlag des Bundesrates nicht umzusetzen.

C) Änderungsvorschlag

§ 105 SGB XI bleibt unverändert.

Pflegestatistiken – § 109 SGB XI

Artikel 1, Nr. 19

A) Gewünschte Neuregelung – Vorschlag des bpa

Der bpa schlägt vor, in den Pflegestatistiken auch den Anteil der Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz zu erheben.

B) Stellungnahme

Der bpa bittet den Gesetzgeber, auch weiterhin das Merkmal der erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz in den Pflegestatistiken zu erfassen. Zwar wird dieses Merkmal mit dem neuen Begutachtungsassessment (NBA) nicht mehr separat festgestellt, sehr wohl aber im Zusammenhang. Unabhängig davon spielt es aber in der Praxis der Pflegeeinrichtungen und der Pflegekräfte eine erhebliche Rolle. Deswegen sollte es unbedingt weiterhin erfasst werden. Denn die meisten Menschen in den Pflegeheimen haben eine eingeschränkte Alltagskompetenz; und auch in der ambulanten Pflege sind diese Menschen eine besondere Herausforderung für Angehörige und Pflegekräfte. Ob ein Pflegebedürftiger eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz hat oder nicht, ist ein Faktor, der seine Versorgung erheblich beeinflusst. Für eine sach- und fachgerechte Versorgungsplanung, Personalbemessung und Pflegeberatung ist deshalb auch weiterhin die Erfassung der erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz erforderlich. Es ist insofern unverständlich, auf verlässliche Daten zu einem der relevantesten Versorgungsanforderungen zu verzichten.

Darüber hinaus plädiert der bpa dafür, die Angaben in § 109 SGB XI so zu präzisieren, dass auch die Beeinträchtigungen in den jeweiligen Bereichen nach § 14 Abs. 2 SGB XI (wie Mobilität, kognitive Fähigkeiten usw.) erfasst werden. Dieses würde eine weiter verbesserte Informationslage und darauf zugeschnittene Maßnahmen ermöglichen.

C) Änderungsvorschlag

§ 109 Abs. 1 Nr. 5 SGB XI wird wie folgt gefasst:

5. betreute Pflegebedürftige **und Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz** nach Geschlecht, Geburtsjahr, Wohnort, Wohnort vor dem Einzug in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung, Art, Ursache,

Grad **aufgeteilt nach den in § 14 Abs. 2 genannten Bereichen** und Dauer der Pflegebedürftigkeit, Art des Versicherungsverhältnisses,

Qualitätsausschuss – § 113b SGB XI

Artikel 1, Nr. 20

Änderungsantrag 15 der Fraktionen CDU/CSU und SPD

A) Beabsichtigte Neuregelung

In der Geschäftsordnung zum Qualitätsausschuss sollen Vereinbarungen für die Erstattung von Reisekosten der Selbsthilfeorganisationen getroffen werden.

Der Bundesrat fordert, dass dem Qualitätsausschuss ein Vertreter der Länder angehört.

Die Fraktionen CDU/CSU und SPD fordern, dass der Qualitätsausschuss das Nähere zur Weitergabe von Daten an Dritte auf der Grundlage der Qualitätsdarstellungsvereinbarungen bestimmen soll.

B) Stellungnahme

Der bpa begrüßt die Regelung zu den Reisekosten, schlägt aber ergänzend vor, dass im Zuge der Gleichbehandlung die Reisekosten aller ehrenamtlich mitwirkenden Vertreter der Vertragsparteien erstattet werden sollten.

Den Vorschlag des Bundesrates zur Beteiligung der Länder am Qualitätsausschuss lehnt der bpa ab. Die Interessen der Länder im Qualitätsausschuss sind bereits durch einen Vertreter der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und einen Vertreter der kommunalen Spitzenvertreter auf Bundesebene ausreichend gewahrt.

Den Änderungsantrag 15 der Fraktionen CDU/CSU und SPD lehnt der bpa ab. Eine Datenweitergabe könnte im Ergebnis zur Verwirrung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen führen sowie die einheitliche Darstellung der Qualitätsergebnisse gefährden. Die nach den gesetzlichen Vorgaben entwickelten wissenschaftlichen Qualitätsmessungs- und Darstellungen würden entwertet und dem Belieben anheimgestellt. Die erhobenen Daten könnten in einen vollständigen anderen Kontext gestellt werden und deren Ergebnisse wären verfremdet. Da die Änderung in § 113b SGB XI eine Folgeänderung zu der beabsichtigten Änderung in § 115 Abs. 1c SGB XI ist, wird auf die weiteren Ausführungen dort verwiesen. Zudem weist dieser Änderungsantrag jedoch darauf hin, dass die heutige Praxis einiger Pflegekassen offensichtlich nicht den gesetzlichen Anforde-

rungen entsprechen kann, wenn dort bereits jetzt Daten zur Verfügung gestellt werden, die dann abweichend von der vereinbarten Veröffentlichungsform genutzt werden und teils skurrile, zumindest aber unplausible und nahezu beliebige Ergebnisse produzieren. Eine von der vereinbarten Darstellung abweichende Nutzung von Qualitätsdaten kann erst dann einen Mehrwert bedeuten, wenn alle Einzelergebnisse jeweils valide und reliabel sind und somit auch außerhalb des vereinbarten Zusammenhangs eine plausible Aussage ermöglichen.

C) Änderungsvorschlag

§ 113b Abs. 7 Satz 1 Nr. 9 SGB XI wird wie folgt geändert:

9. zur Gewährleistung der Beteiligungs- und Mitberatungsrechte nach diesem Gesetz einschließlich der Erstattung von Reisekosten ~~**nach § 118 Absatz 1 Satz 6**~~ sowie

Änderungsantrag 15 wird nicht angenommen.

Klarstellung zu Beteiligungsrechten – § 113c Abs. 2 SGB XI

Änderungsantrag 16 der Fraktionen CDU/CSU und SPD

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. und die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene wirken beratend am Verfahren nach § 113c SGB XI mit. Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen wirken nach Maßgabe von § 118 SGB XI mit.

B) Stellungnahme

Der bpa lehnt diese Änderung ab. Die Beteiligungsrechte der genannten sind bereits bisher sichergestellt. Es bedarf keiner darüber hinaus gehenden Mitwirkungsrechte.

C) Änderungsvorschlag

Der Änderungsantrag wird abgelehnt.

Weitergabe von Qualitätsdaten an Dritte – § 115 Abs. 1c SGB XI

Änderungsantrag Nr. 18 der Fraktionen CDU/CSU und SPD

A) Beabsichtigte Neuregelungen

Mit der Neuregelung wird unter bestimmten Bedingungen erstmals ein Datenzugang zu Daten aus den Qualitätsprüfungen für Dritte eröffnet.

B) Stellungnahme

Der bpa lehnt die beabsichtigte Neuregelung ab. In der Praxis würde es dazu führen, dass Dritte in elektronischer Form die Daten erhalten könnten, die den Transparenzvereinbarungen, die bisher als „Pflegenoten“ bekannt sind, zugrunde liegen. Es erstaunt zunächst, dass für eine solche Regelung überhaupt keine Notwendigkeit nachgewiesen wird. In der Begründung heißt es nur, dass damit „erstmals“ ein Datenzugang eröffnet wird. Warum es eines solchen Datenzugangs bedarf, wird aber nicht dargelegt, ebenso wenig, welche Dritten ein Interesse an diesen Daten haben könnten. Es ist aus Sicht des bpa auch nicht nachvollziehbar, dass in der Begründung zu dieser Regelung nur die „Interessen der Nutzer“ der Daten Erwähnung finden – die Interessen der Pflegebedürftigen werden nicht hinterfragt.

Aus Sicht des bpa kann es durch diese Regelung zu einer Verwirrung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen kommen. Auch wenn die Daten nur zu nicht gewerblichen Zwecken genutzt werden dürfen, ist absehbar, dass Institutionen und Portale die Daten nutzen werden. Sie werden sie aufbereiten und anschließend mit ihrer eigenen Interpretation veröffentlichen oder Pflegebedürftigen anbieten. Damit wäre die Einheitlichkeit bei der Qualitätsdarstellung gefährdet und die nach den gesetzlichen Vorgaben des PSG II entwickelten wissenschaftlichen Qualitätsmessungsverfahren und Darstellungen würden entwertet und dem Belieben anheimgestellt. Anders als bisher bei den Pflegenoten würde es dann nicht mehr eine Darstellung geben, sondern für einen Pflegedienst oder für ein Pflegeheim könnte es verschiedene Ergebnisse geben, weil Dritte die Ergebnisse anders gewichten oder zusammenstellen. Die erhobenen Daten könnten in einen vollständigen anderen Kontext gestellt werden und deren Ergebnisse wären verfremdet. Wenn man dieses an den derzeitigen Pflegenoten verdeutlicht, wäre es so, als ob die Pflegekassen für ein Pflegeheim dann z.B. eine Pflegenote von 2,0 veröffentlicht, aber ein Internetportal eine Note von 1,0 oder von 3,0. Wenn das Internetportal eine effektive Suchmaschinenoptimierung betreibt, könnte ein Pflegebedürftiger oder ein Angehöriger bei der Suche nach einem bestimmten Pflegeheim damit zu-

erst auf dessen Ergebnis stoßen, während das von den Pflegekassen und dem Pflegeheim veröffentlichte Ergebnis der Qualitätsdarstellung nicht beachtet würde.

Aus Sicht des bpa muss bei der Darstellung der Ergebnisse der Qualitätsprüfungen die Einheitlichkeit gewahrt bleiben. Daher sollte § 115 SGB XI unverändert bleiben. Denkbar wäre höchstens die Bereitstellung der Daten zu Forschungszwecken.

C) Änderungsvorschlag

Der Änderungsantrag 18 wird nicht angenommen.

Modellvorhaben zur kommunalen Beratung – § 123 SGB XI

Artikel 1, Nr. 24

A) Beabsichtigte Neuregelungen

Im Rahmen von 60 Modellvorhaben können Kommunen Leistungen der Pflegeberatung übernehmen. Darunter fallen die Pflegeberatung nach den §§ 7a bis 7c SGB XI, die Beratungseinsätze bei Pflegegeldempfängern nach § 37 Abs. 3 SGB XI und die Pflegekurse und individuellen Schulungen nach § 45 SGB XI. Die Modellvorhaben müssen von den Ländern genehmigt werden. Bei der Hälfte der Modellvorhaben soll sichergestellt sein, dass es noch keine Erfahrungen in der mehrjährigen Zusammenarbeit mit z.B. Pflegestützpunkten gibt. Entscheiden die Modellvorhaben, Beratungsangebote durch eigene Beratungsstellen zu erbringen, werden die bisherigen Anbieter von der Erbringung ausgeschlossen.

B) Stellungnahme

Als Ziel wird in der Begründung formuliert, dass die Beratung verbessert werde, indem sie in den Händen der Kommunen zusammengeführt oder verzahnt werde. Offen bleibt, warum es zwangsläufig zu einer Verbesserung der Beratung kommt, wenn die Kommunen diese Aufgabe übernehmen. Der bpa kann nicht erkennen, wie eine solche Verbesserung erreicht werden kann, wenn bewährte Beratungsstrukturen bei den Pflegekassen (im Hinblick auf die leistungsrechtliche Pflegeberatung nach §§ 7a bis 7c SGB XI) und bei den Pflegediensten (im Hinblick auf die Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI und auf die Pflegekurse und individuellen Schulungen nach § 45 SGB XI) zwangsweise abgebaut werden. Es wird im Gegenteil viel bürokratischer Aufwand entstehen, diese Beratungsstrukturen in den Händen der Kommunen neu aufzubauen.

Auf entschiedenen Widerstand beim bpa stößt die Regelung, dass die bisherigen Anbieter von der Erbringung der Beratungsleistungen insbesondere nach § 37 Abs. 3 ausgeschlossen werden. Das bedeutet einen erheblichen Eingriff in bestehende leistungsrechtliche Verträge. Der bpa zweifelt die rechtliche Zulässigkeit einer solchen Regelung an. Hinsichtlich der Leistungen nach § 45 SGB XI steht die Begründung: „Anspruchsberechtigten steht es weiterhin frei, Pflegekurse auch außerhalb des Modellvorhabens wahrzunehmen“ im Widerspruch zum Gesetzestext. Gemäß Abs. 6 Satz 1 ist nur noch die Modellkommune Leistungserbringer. Viele Pflegedienste, die Mitglied im bpa sind, haben mit verschiedenen Pflegekassen Vereinbarungen über die Erbringung von Pflegekursen und individuellen Schulungen auf der Grundlage von § 45 SGB XI geschlossen.

Nach den Vorstellungen des Gesetzentwurfs würden diese Vereinbarungen nichtig, wenn die entsprechende Kommune sich entscheiden sollte, Leistungen nach § 45 SGB XI selbst zu erbringen. Es erscheint zweifelhaft, dass Kommunen aufgrund einfacher gesetzlicher Regelung die Ermächtigung haben, in die Vertragsfreiheit und das Recht auf freie Berufsausübung Dritter einzugreifen. Neben der rechtlichen Frage ist auch völlig unklar, ob die Kommunen überhaupt in der Lage wären, sofort in dem Umfang die Beratungs- bzw. Schulungsleistungen nach § 45 SGB XI sicherzustellen, wie es bisher in vielen Fällen durch die Pflegedienste erfolgt. Zudem würde mit einem solchen Vorgehen auch die Wahlfreiheit der Versicherten ausgehebelt. In der jetzigen Situation entscheiden sich die Pflegebedürftigen oder ihre Angehörigen für einen Pflegedienst ihrer Wahl, der die individuellen Schulungen und Pflegekurse erbringt. Sind sie mit dem Pflegedienst nicht zufrieden, können sie problemlos die Leistungen bei einem anderen Pflegedienst in Anspruch nehmen. Das wird künftig so in den Modellkommunen nicht mehr möglich sein. Die Pflegeberatung wird konzentriert und monopolisiert von der Kommune erbracht. Ist der Pflegebedürftige mit der Beratung durch die Kommune nicht einverstanden, hat er keine Alternative. Dieses Beispiel verdeutlicht, dass durch die Modellversuche keine Verbesserung der Beratung erreicht wird, sondern eine Einschränkung der Wahlfreiheit.

Im Sinne der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen hat sich die Trennung von Kostenträgern und Leistungserbringern in der Pflege bewährt. In diesem Zusammenhang verweist der bpa auch auf die Stellungnahme des Bundesrates zum PSG III (Bundesrats-Drucksache 410/16 (Beschluss)). Dort wird auf Seite 54 zu § 64b SGB XII auf den der Sozialhilfe immanenten Grundsatz des sozialrechtlichen Dreiecksverhältnisses hingewiesen, „nach dem der Leistungs- und Kostenträger … die Kosten der Leistungserbringung zwar trägt, die Leistungserbringung aber durch einen Dritten erfolgt. Es ist hier kein Grund ersichtlich und auch in der Gesetzesbegründung dafür nicht aufgeführt, dass von dem oben beschriebenen und seit jeher geltenden und bewährten Strukturprinzip der Sozialhilfe abgewichen werden müsste oder auch nur sollte.“ **Erstaunlich ist, dass sich die Bundesländer bei ihren Ausführungen zur häuslichen Pflegehilfe im SGB XII auf die Trennung von Kosten- und Leistungsträgern berufen, aber bei den Modellvorhaben auf genau diese Trennung verzichten.**

Wenn Kostenträger wie die Kommunen durch diese Modellvorhaben verstärkt in die Beratung von Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen tätig werden, stellt sich zudem die Frage, mit welchem Ziel die Beratung erfolgt. Beraten die Kommunen umfassend im Sinne des Pflegebedürftigen oder aber spielen auch Kostengesichtspunkte, wie beispielsweise die Haushaltslage eine Rolle, weil die Kommune als Sozialhilfeträger ein Interesse an einer Steuerung in eine möglichst kostengünstige pflegerische Versorgung hat?

Auch deshalb muss sichergestellt werden, dass Leistungen, die Pflegedienste und Pflegeheime erbringen, nicht auf Kostenträger übertragen werden, auch wenn es sich dabei zunächst „nur“ um Beratungsleistungen handelt. Daher begrüßt der bpa die Regelung in § 123 Abs. 6 SGB XI: Sofern sich die Kommunen für die Beratung nach § 37 Absatz 3 SGB XI Dritter bedienen, ist die Leistungserbringung allen in § 37 Absatz 3 Satz 1 und Absatz 8 genannten Einrichtungen zu ermöglichen. Diese Regelung darf aber nicht nur für die Leistungen nach § 37 Abs. 3 SGB XI gelten, sondern sie muss auch für Leistungen nach § 45 SGB XI gelten. Dazu muss auch der nachfolgende in der Begründung enthaltene Satz in den Gesetzestext aufgenommen werden:

„Anspruchsberechtigten steht es weiterhin frei, Pflegekurse auch außerhalb des Modellvorhabens wahrzunehmen.“

Die Länder sollen sicherstellen, dass die Hälfte der Modellvorhaben von solchen Kreisen und Städten durchgeführt wird, in denen noch keine mehrjährigen Erfahrungen in der strukturierten Zusammenarbeit mit Beratungsstellen z.B. im Rahmen von Pflegestützpunkten vorliegen. Auch wenn der bpa die Modellvorhaben grundsätzlich ablehnt, ist diese Detailregelung aus Sicht des bpa sinnvoll, weil es um neue Modellvorhaben gehen sollte und eine Wiederholung von Erfahrungen vermieden werden sollte.

C) Änderungsvorschläge

Sofern § 123 SGB XI nicht wieder gestrichen wird, sind wenigstens die nachfolgenden Änderungen erforderlich:

§ 123 Abs. 6 SGB XI wird wie folgt geändert:

(6) ~~**Mit Aufnahme der Beratungstätigkeit im Rahmen eines Modellvorhabens geht die Verantwortung für die Pflegeberatung nach den §§ 7a bis 7 c und für die Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 von anspruchsberechtigten Pflegebedürftigen mit Wohnort im Bereich der örtlichen Zuständigkeit der Beratungsstelle und deren Angehörige sowie für die Pflegekurse nach § 45 auf den Antragsteller nach Absatz 1 Satz 1 über.**~~ Die Antragsteller können sich zur Erfüllung ihrer Aufgaben Dritter bedienen. Sofern sie sich für die Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 **und nach § 45** Dritter bedienen, ist die Leistungserbringung allen in § 37 Absatz 3 Satz 1 und Absatz 8 genannten Einrichtungen **sowie den in § 45 Abs. 1 genannten Pflegekassen und den von ihr beauftragten Einrichtungen** zu ermöglichen. **Anspruchsberechtigten steht es weiterhin frei, Beratungsleis-**

tungen nach § 37 Absatz 3 und nach § 45 auch außerhalb von Modellvorhaben nach Absatz 1 wahrzunehmen.

Beirat für die Modellvorhaben – § 124 SGB XI

Artikel 1, Nr. 24

A) Beabsichtigte Neuregelungen

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen richtet einen Beirat zur Begleitung der Modellkommunen ein.

B) Stellungnahme

Der bpa hält die Einrichtung eines Beirates als Instrument des Informationsaustauschs, um Kenntnis über den Stand der Modellvorhaben und sich ergebende Ergebnisse und Fragestellungen zu erlangen, für wichtig. Die abschließende Aufzählung zur Zusammensetzung des Beirats in § 124 Abs. 5 SGB XI ist allerdings nicht ausreichend. Notwendig ist insbesondere auch eine Beteiligung von Vertretungen der maßgeblichen Spitzenverbände der Pflegeheime und Pflegedienste auf Bundesebene.

C) Änderungsvorschlag

§ 124 Abs. 5 SGB XI wird wie folgt geändert:

(5) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen richtet einen Beirat zur Begleitung der Modellvorhaben ein. Der Beirat tagt mindestens zweimal jährlich und berät den Sachstand der Modellvorhaben. Ihm gehören Vertreterinnen und Vertreter der Kommunalen Spitzenverbände, der Länder, der Pflegekassen, **der maßgeblichen Verbände der Pflegeheime und Pflegedienste auf Bundesebene**, der Wissenschaft, des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend an.

Zuschlag zum Eigenanteil – § 141 Abs. 3 SGB XI

Stellungnahme des Bundesrates, Nr. 28

Änderungsantrag 23 der Fraktionen CDU/CSU und SPD

A) Beabsichtigte Neuregelungen

Information der Versicherten:

Bei der Überleitung der Pflegesätze gleicht die Pflegekasse den Eigenanteil der Pflegebedürftigen in der stationären Pflege aus, sofern dieser ab 1. Januar 2017 höher wäre als bis 31. Dezember 2016. Damit soll eine Schlechterstellung der Versicherten durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs vermieden werden.

Der Bundesrat fordert, dass die Pflegekassen die Versicherten spätestens mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und bei jeder Änderung des Zuschlags schriftlich informieren.

Monatlicher Zuschlag:

Die Fraktionen CDU/CSU und SPD schlagen vor, dass in Satz 1 ergänzt wird, dass es sich um einen „monatlichen“ Zuschlag handelt.

Mitnahme des Zuschlagsbetrags bei Umzug:

Außerdem sieht der Antrag vor, dass bei Umzug Pflegebedürftiger in eine neue, vollstationäre Pflegeeinrichtung, die erstmalig am bzw. nach dem Überleitungszeitpunkt 1. Januar 2017 eine Pflegesatzvereinbarung abgeschlossen hat, der bestehende Besitzstand der betroffenen Pflegebedürftigen gewahrt bleibt und sie ihren monatlichen Zuschlagsbetrag mitnehmen.

Besitzstandsschutz bei der Kostenerstattung nach § 91 SGB XI:

Schließlich sieht der Antrag der Fraktionen einen Besitzstandsschutz für den Leistungsbetrag nach § 91 Abs. 2 SGB XI vor. Dieser betrifft die Kostenerstattung in Einrichtungen, die keine Vergütungsvereinbarung mit den Pflegekassen getroffen haben. Sofern der Leistungsbetrag ab 2017 geringer wäre als 2016, haben die Pflegebedürftigen weiterhin Anspruch auf den höheren Betrag, den sie im Jahr 2016 erhalten haben.

B) Stellungnahme

Information der Versicherten:

Der bpa begrüßt den Vorschlag des Bundesrats. Für die Akzeptanz des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist es wichtig, dass für die Versicherten keine finanziellen Nachteile entstehen. Es ist davon auszugehen, dass sich die meisten Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen noch nicht mit den entsprechenden Neuregelungen durch das PSG II auseinandergesetzt haben. Umso wichtiger ist es, sie möglichst rasch durch die Pflegekassen zu informieren und dabei auch über den Zuschlag in Kenntnis zu setzen. Um Unsicherheiten zu vermeiden, brauchen die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen auch über den Zuschlag zum Eigenanteil schnellstmöglich Klarheit. Dazu dient der Vorschlag des Bundesrates.

Monatlicher Zuschlag:

Die Klarstellung zum „monatlichen" Zuschlag im Änderungsantrag der Fraktionen wird begrüßt. Das trägt zur Rechtssicherheit bei und vermeidet Auslegungsschwierigkeiten in der Praxis nach Verabschiedung des Gesetzes.

Mitnahme des Zuschlagsbetrags bei Umzug:

Dass Pflegebedürftige bei einem Wechsel des Pflegeheims ihren monatlichen Zuschlagsbetrag auch in ihrem neuen Pflegeheim behalten, begrüßt der bpa ebenfalls. Dieses ist eine unbürokratische Regelung im Sinne der Pflegebedürftigen.

Besitzstandsschutz bei der Kostenerstattung nach § 91 SGB XI:

Der Besitzstandsschutz für die Kostenerstattung nach § 91 SGB XI ist sachgerecht. Er bezieht auch diejenigen Pflegebedürftigen in den Besitzstandsschutz ein, die von einer Pflegeeinrichtung versorgt werden, die keine Vergütungsvereinbarung mit einer Pflegekasse geschlossen haben. Dieses ist konsequent und vermeidet eine Ungleichbehandlung beim Besitzstandsschutz. Insoweit begrüßt der bpa diese Regelung. Zugleich fordert der bpa aber, in § 91 SGB XI auf die Beschränkung der Kostenerstattungspflicht der Pflegekassen auf 80% der im Gesetz genannten pauschalen Leistungsbeträge endlich zu verzichten.

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

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

Die Kürzung der Leistungen um 20 % entfaltet die Wirkung eines Strafbetrags. Dieser belastet Heimbewohner direkt und zusätzlich. Solche bevormundenden Regelungen wirken beeinflussend auf pflegebedürftige Menschen. Notwendig ist, dass die Gesetzgebung die Entscheidung des einzelnen pflegebedürftigen Menschen respektiert.

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

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

Eine bis zur Höhe der Leistungsbeträge nach dem Dritten Abschnitt des Vierten Kapitels ungedeckelte Erstattung führt keineswegs zu einer Mehrbelastung der öffentlichen Kostenträger. Preisvereinbarungen zwischen Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftigen, die ohne Beteiligung der Kostenträger getroffen werden, wirken nicht zulasten des Sozialhilfeträgers. Macht jedoch ein Versicherter von seiner durch § 2 gewährleisteten Wahlfreiheit zugunsten einer solchen Ausnahme Gebrauch, besteht für eine

Sanktionierung der Ausübung dieses Rechtes durch „Strafabzug“ beim Leistungsbetrag der Pflegekasse kein sachlicher Grund.

C) Änderungsvorschlag

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

§ 91 Abs. 2 SGB XI wird wie folgt gefasst:

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

Alternativer Vorschlag:

Sofern auf eine vollständige Streichung der 80 % Regelung nicht verzichtet werden soll, muss zumindest festgelegt werden, dass die Versicherten in Pflegeeinrichtungen nach § 91 SGB XI den Zugang zu dem jeweils niedrigeren Sachleistungsbetrag haben. Ist in einem Pflegegrad der stationäre Sachleistungsbetrag der höhere, wäre dies der ambulante Sachleistungsbetrag. Wäre der ambulante Sachleistungsbetrag in einem Pflegegrad höher, wäre der entsprechende stationäre Sachleistungsbetrag zu gewähren. Eine Kürzung um 20 % deutlich unter alle ansonsten vergleichbaren Sachleistungsbeträge ist unbegründet, unverhältnismäßig und schränkt die Wahlfreiheit des Versicherten ohne sachlichen Grund ein.

Artikel 2 – Änderung SGB XII

Die anscheinende Abkehr vom Bedarfsdeckungsprinzip in der Eingliederungshilfe für Personen unterhalb des Pflegegrads 2 durch die Einschränkung des Anspruchs auf Hilfe zur Pflege muss dringend korrigiert werden. Diese Einschränkung steht im eklatanten Widerspruch zu dem von Bundesregierung und den Koalitionsfraktionen wiederholt geäußertem Versprechen, dass durch die Pflegereformen kein bisheriger Leistungsbezieher nach Inkrafttreten der Reformen schlechter dasteht als vorher.

Es bedarf dringend einer Regelung für die bis zu 10 Prozent der Bewohner von Pflegeheimen, die heute keine Leistungen der Pflegeversicherung erhalten. Meist werden in diesem Fall die Heimkosten vom Sozialhilfeträger übernommen, da diese Bewohner die höchsten Eigenanteile aller Heimbewohner tragen und insofern das eigene Vermögen schneller aufgebraucht wird. Betroffen wären ältere Menschen, die einen geringen Pflegebedarf haben, aber trotzdem nicht mehr alleine in ihrer Wohnung leben können. Bereits jetzt weigern sich einzelne Sozialhilfeträger, die bestehenden Vereinbarungen mit den Pflegeheimen über das Jahr 2016 hinaus zu verlängern. Bleibt es dabei, müssten die Pflegeheime diesen Heimbewohnern kündigen, da die Heimkosten nicht gezahlt werden können. Betroffen sind sowohl die Bewohner in Pflegestufe 0 (ohne eingeschränkte Alltagskompetenz) als auch die künftigen Bewohner im Pflegegrad I. Es reicht also nicht aus, sich nur um die jetzigen Fälle zu kümmern, sondern auch eine Regelung für die zukünftigen Fälle unterhalb des Pflegegrades 2 ab 2017 zu finden. Diese Lücke muss selbstverständlich auch für Pflegebedürftige in der Häuslichkeit geschlossen werden. Es kann nicht sein, dass die Finanzierung der ambulant versorgten pflegebedürftigen Menschen unterhalb des Pflegegrades 2 und geringem Einkommen nicht auch gesichert wird.

Die Änderungen der §§ 61 ff. SGB XII enthalten hinsichtlich der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs an verschiedenen Stellen im Detail Abweichungen von den im SGB XI verwendeten Begrifflichkeiten. Unklar bleibt die Intention dieser Abweichungen, die in der Folge in der Praxis zu Irritationen in der Rechtsauslegung führen dürften. So ist beispielsweise in § 61a Abs. 2 SGB XII-E von „Beeinträchtigungen“ die Rede, § 14 Abs. 2 SGB XI geht dagegen von „gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen“ aus. Der bpa hält eine Harmonisierung der Begriffe für erforderlich und regt an, ggf. erforderliche Abweichungen in der Begründung näher zu erläutern.

Vergütungsanspruch der ambulanten Leistungserbringer nach Tod des berechtigten Leistungsempfängers – § 19 Abs. 6 SGB XII

A) Gewünschte Neuregelung

Der bpa fordert seit Langem und dringend eine Änderung des § 19 Abs. 6 SGB XII für den Vergütungsanspruch ambulanter Leistungserbringer bei Tod des berechtigen Leistungsempfängers.

B) Begründung

Das Bundessozialgericht hatte in seinem Urteil vom 13. Juli 2010 (B 3 SO 13/09) entschieden, dass ambulante Pflegedienste nach dem Tod von hilfebedürftigen Kunden keinen Anspruch auf eine Vergütung für die bereits erbrachten Leistungen haben, da der Einrichtungsbegriff im § 19 Abs. 6 SGB XII ausschließlich stationäre Einrichtungen umfasse und keine ambulanten Einrichtungen. Daher könnten ambulante Pflegedienste den Anspruch auf Vergütung der erbrachten Leistungen nicht wie stationäre Einrichtungen gegen den Sozialhilfeträger geltend machen. Unter anderem begründete das Bundessozialgericht seine Auffassung mit dem Kostenrisiko, welches typischerweise für ambulante Dienste wesentlich geringer sei als für stationäre Einrichtungen. Mittlerweile sind jedoch aufgrund der gestiegenen Leistungsbeträge im § 36 SGB XI die ambulanten Leistungen weitestgehend in die Nähe der stationären Sachleistungsbeträge nach § 43 SGB XI gerückt, so dass eine unterschiedliche Behandlung von ambulanten und stationären Einrichtungen nicht länger hinnehmbar ist.

Zwar gewährte das Bundessozialgericht in einem weiteren Urteil vom 18.11.2014 (8 SO 23/13 R) ambulanten Pflegediensten dann einen direkten Zahlungsanspruch gegen den verpflichteten Sozialhilfeträger, soweit dieser eine Kostenübernahmeerklärung abgegeben hat. Jedoch besteht die Schwierigkeit für ambulante Pflegedienste regelmäßig weiterhin gerade darin, dass die Sozialhilfeträger erhebliche Zeit zur Antragsbearbeitung benötigen und oft längere Zeit keine Kostenübernahmeerklärung erfolgt – insbesondere in voller Kenntnis der bestehenden Rechtsprechung des Bundesozialgerichts von 2010.

Dies trifft die versorgenden Pflegedienste in besonders unbilliger und unzumutbarer Weise. Einerseits gehen sie in erhebliche Vorleistung. Sie übernehmen die Versorgung gemäß ihrer vertraglichen Verpflichtungen und können auch bei erfolgter Leistungsgewährung erst im Folgemonat mit dem Sozialhilfeträger abrechnen. Andererseits können sie die Versor-

gung der Kunden, soweit diese Hilfebedürftig werden, nicht ohne weiteres abbrechen oder einstellen, ohne erhebliche Haftungsrisiken einzugehen und den hilflosen Betroffenen im Stich zu lassen und damit auch strafrechtliche Konsequenzen im Sinne einer unterlassenen Hilfeleistung nach § 323c StGB befürchten zu müssen.

Zwischenzeitlich wird auch vom deutschen Städte- und Gemeindetag auf die nachteilige Konsequenz hingewiesen, dass Pflegedienste erst bei Vorliegen einer Kostenübernahmeerklärung des Sozialhilfeträgers zur Übernahme von sozialhilfebedürftigen Pflegebedürftigen bereit seien (vgl. etwa Magistrat der Stadt Bremerhaven, Fachliche Weisung zu § 61 ff. SGB XII, Punkt 3.6 auf S. 12). Die Frage der Abtretungsmöglichkeit außerhalb der Regelung nach § 19 Abs. 6 SGB XII liegt derzeit auch erneut dem Bundessozialgericht zur Entscheidung vor (B 8 SO 4/16 R). Gleichwohl fordert der bpa hier eine ausdrückliche gesetzliche Klarstellung im Sinne der ambulanten Einrichtungen, um einen gesetzlichen Forderungsübergang zu begründen.

C) Änderungsvorschlag

Der § 19 Abs. 6 SGB XII wird wie folgt geändert:

(6) Der Anspruch der Berechtigten auf Leistungen in **ambulanten oder stationären** Einrichtungen oder auf Pflegegeld steht, soweit die Leistung den Berechtigten erbracht worden wäre, nach ihrem Tode demjenigen zu, der die Leistung erbracht oder die Pflege geleistet hat.

Leistungsberechtigte – § 61 SGB XII

Artikel 2, Nr. 5

A) Beabsichtigte Neuregelungen

Der Kreis der im Rahmen der Hilfe zur Pflege Leistungsberechtigten wird auf Pflegebedürftige im Sinne des § 61a SGB XII festgelegt.

B) Stellungnahme

Mit der Neuregelung des Kreises der Leistungsberechtigten bleibt § 61a SGB XII hinter dem bisherigen sozialhilferechtlichen Pflegebegriff zurück, indem nunmehr – dem pflegeversicherungsrechtlichen Pflegebegriff entsprechend – für den Leistungsbezug ein Mindestmaß an Pflegebedürftigkeit gefordert wird. Zwar kommen die Leistungen der Hilfe zur Pflege nach wie vor in den Fällen in Betracht, in denen die Pflegebedürftigkeit voraussichtlich nicht für mindestens sechs Monate besteht, und aus diesem Grunde keine Leistungen nach dem SGB XI gewährt werden. Der Anspruch auf Hilfe zur Pflege soll aber, anders als nach dem bisherigen § 61 SGB XII, erst dann bestehen, wenn der Hilfeempfänger mindestens den Pflegegrad 1 erreicht (vgl. § 63 SGB XII). Unterhalb dieser Schwelle ist unabhängig von tatsächlich bestehenden Bedarfen die Hilfe zur Pflege ausgeschlossen.

Der bpa lehnt diese Neufestlegung des Kreises der Leistungsberechtigten ab, denn mit ihr würde das existenzsichernde Bedarfsdeckungsprinzip in der Hilfe zur Pflege verlassen. Die sog. einfache Pflegebedürftigkeit („Stufe 0“) muss weiter ausreichend sein, um den Betroffenen als pflegebedürftig im sozialhilferechtlichen Sinne anzuerkennen. Die bisherige Regelung des § 61 Abs. 1 S. 2, nach der Hilfe zur Pflege auch gegenüber Kranken und behinderten Menschen zu leisten ist, die einen geringeren, den Pflegegrad 1 (bzw. die bisherige Pflegestufe I) nicht erreichenden Bedarf haben, muss zur umfassenden Sicherstellung des pflegerischen Bedarfs beibehalten werden. Ein pflegerischer Bedarf, der Leistungen der Hilfe zur Pflege auch unterhalb des Pflegegrades 1 erfordert, mag – der Gesetzesbegründung zufolge – pflegewissenschaftlich nicht begründbar sein; besteht er faktisch gleichwohl, ist unabhängig von pflegewissenschaftlichen Theorien Hilfe zu leisten. Das gilt insbesondere dann, wenn Beeinträchtigungen bei der Selbstversorgung und bei der Haushaltsführung zu verzeichnen sind, oft auch mit Unterstützungsbedarf aus dem Bereich der Pflege. In diesen Fällen ist Hilfe zu leisten und der notwendige Bedarf auch an stationärer Pflege und Betreuung vom Sozialhilfeträger zu erstatten. Eine Begrenzung des Anspruchs auf stationäre Pflege im Rahmen

der Hilfe zur Pflege auf die Pflegegrade 2 bis 5 würde eine Abkehr von dem existenzsichernden Bedarfsdeckungsprinzip bedeuten. Auch nach finanziellen Gesichtspunkten macht eine Begrenzung keinen Sinn, weil eine ungerechtfertigte Leistungsausweitung aus Sicht des bpa nicht zu erwarten ist, da der Anspruch auf stationäre Pflege nur dann gewährleistet ist, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des Einzelfalls nicht in Betracht kommt.

Gleiches gilt in der Konsequenz für Heimbewohner der sogenannten Stufe 0. Bereits jetzt weigern sich einzelne Sozialhilfeträger, die bestehenden Vereinbarungen mit den Pflegeheimen über das Jahr 2016 hinaus zu verlängern. Bleibt der Gesetzgeber bei seiner Absicht, müssten die Pflegeheime bis zu 80.000 Heimbewohnern kündigen, da die Heimkosten nicht gezahlt werden können. Die Forderung des bpa richtet sich auf einen individuellen Anspruch auf Sozialhilfeleistungen auch für Menschen mit einem geringeren Pflegebedarf als in Pflegegrad 2 oder einem anderen Unterstützungsbedarf. Keineswegs kann in Kauf genommen werden, dass zum 01.01.2017 auf den Rücken von betroffenen Bewohnern und Pflegeheimbetreibern eine Finanzierungsdebatte ausgefochten wird.

C) Änderungsvorschlag

§ 61 wird wie folgt ergänzt:

Personen, die pflegebedürftig im Sinne des § 61a sind, haben Anspruch auf Hilfe zur Pflege, soweit ihnen und ihren nicht getrennt lebenden Ehegatten oder Lebenspartnern nicht zuzumuten ist, dass sie die für die Hilfe zur Pflege benötigten Mittel aus dem Einkommen und Vermögen nach den Vorschriften des Elften Kapitels aufbringen. Sind die Personen minderjährig oder unverheiratet, so sind auch das Einkommen und das Vermögen ihrer Eltern oder eines Elternteils zu berücksichtigen. **Hilfe zur Pflege ist auch Personen zu leisten, die voraussichtlich für weniger als sechs Monate der Pflege bedürfen oder deren Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten nicht den Pflegegrad 1 erreicht.**

Pflegegrade – § 61b Abs. 2 SGB XII

Artikel 2, Nr. 5

A) Beabsichtigte Neuregelungen

Pflegebedürftige mit besonderen Bedarfskonstellationen können unter den genannten besonderen Voraussetzungen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden.

B) Stellungnahme

Dem Ziel der SGB XII Anpassung folgend, den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und das Begutachtungsverfahren inhaltlich zu verknüpfen, hatte der bpa im Referentenentwurf auf eine Abweichung zwischen § 15 Abs. 4 SGB XI und § 61b Abs. 2 SGB XII aufmerksam gemacht. Es fehlt der Halbsatz „auch wenn ihre Gesamtpunkte unter 90 liegen“. Der Gesetzgeber ist dem Vorschlag des bpa gefolgt und hat hier die Formulierung aus § 15 Abs. 4 SGB XI übernommen. Das begrüßt der bpa.

C) Änderungsvorschlag

Keinen.

Bindungswirkung - § 62a SGB XII

Artikel 2, Nr. 5

A) Beabsichtigte Neuregelungen

Die Entscheidung der Pflegekasse über den Pflegegrad ist für den Träger der Sozialhilfe bindend, soweit sie auf Tatsachen beruht, die bei beiden Entscheidungen zu berücksichtigen sind.

B) Stellungnahme

Der bpa begrüßt diese Regelung. Sie entspricht wesentlich der bisherigen Regelung in § 62 SGB XII. Die Entscheidung der Pflegekasse muss auch für Pflegebedürftige in der Sozialhilfe gelten, vorausgesetzt, sie beruht auf Tatsachen, die bei der Entscheidung über Umfang und Inhalt des Hilfebedarfs von Relevanz sind, um eine Einheitlichkeit zu gewährleisten. Mit dieser Regelung ist zumindest der Grundsatz der Bedarfsdeckung, die bisher in der Hilfe zur Pflege gilt, gewährleistet – wenn auch nicht ausreichend für diejenigen unterhalb von Pflegegrad 2. Kritisch hingewiesen werden muss aber darauf, dass mit den künftigen Pflegegraden ausdrücklich auf eine Quantifizierung des individuellen Hilfebedarfs verzichtet wurde. Hieraus werden weitgehende Schwierigkeiten resultieren.

C) Änderungsvorschlag

Keinen.

Leistungen für Pflegebedürftige – § 63 Abs. 1 SGB XII

Artikel 2, Nr. 5

A) Beabsichtigte Neuregelungen

Die Leistungen der Hilfe zur Pflege in den Pflegegraden 2 bis 5 werden den Leistungen der Pflegeversicherung angepasst und entsprechend aufgelistet.

B) Stellungnahme

In der Aufzählung fehlt die Leistung entsprechend § 38a SGB XI, der sogenannte Wohngruppenzuschlag. Laut der Begründung kann dieser, soweit im Einzelfall erforderlich, ggf. bei den Leistungen der häuslichen Pflegehilfe berücksichtigt werden. Diese Regelung hält der bpa für unzureichend.

Darüber hinaus muss auch an dieser Stelle noch eine Regelung eingefügt werden für Hilfebedürftige unterhalb des Pflegegrads 2. Zwar führt Abs. 2 die sehr reduzierten Leistungen für Pflegebedürftige des Pflegegrads 1 auf, aber die Frage bleibt unbeantwortet, wie mit Pflegebedürftigen im Pflegegrad 1 oder darunter umgegangen wird, die z.B. der stationären Pflege bedürfen. Es muss im Gesetzentwurf noch eine Auffangregelung für diese Menschen eingefügt werden.

C) Änderungsvorschlag

§ 63 Abs.1 SGB XII ist wie folgt zu fassen. Darüber hinaus ist für die zusätzlichen Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen noch ein neuer Abschnitt in § 64 SGB XII einzufügen.

(1) Die Hilfe zur Pflege umfasst für Pflegebedürftige der Pflegegrade **1,** 2, 3, 4 oder 5 **sowie für Pflegebedürftige unterhalb von Pflegegrad 1**

1. häusliche Pflege in Form von

- **a)** Pflegegeld (§ 64a),
- **b)** häuslicher Pflegehilfe (§ 64b),
- **c)** Verhinderungspflege (§ 64c),
- **d)** Pflegehilfsmitteln (§ 64d),

e) Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes (§ 64e),

f) anderen Leistungen (§ 64f),

g) **zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen (§ 64 [Buchstabe ist noch einzufügen und zu bestimmen].)**

2. teilstationäre Pflege (§ 64g),
3. Kurzzeitpflege (§ 64h),
4. einen Entlastungsbetrag (§ 64i) und
5. stationäre Pflege (§ 65).

Die Begleitung in der letzten Lebensphase ist Bestandteil der Leistungen der Hilfe zur Pflege.

Leistungen für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 – § 63 Abs. 2 SGB XII

Artikel 2, Nr. 5

A) Beabsichtigte Neuregelungen

Die Hilfe zur Pflege für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 wird auf Pflegehilfsmittel, Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes und einen Entlastungsbetrag beschränkt.

B) Stellungnahme

Pflegebedürftige unterhalb des Pflegegrades 1 sollen gar keine Leistungen der Hilfe zur Pflege erhalten (s. Stellungnahme zu § 61), Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 werden – offenbar das Teilkaskoprinzip der gesetzlichen Pflegeversicherung übernehmend – für den Fall des Bedarfes an Hilfeleistungen durch Dritte auf den Entlastungsbetrag von bis zu 125 Euro monatlich nach § 66 beschränkt. Begründet wird dies damit, dass „aus pflegewissenschaftlicher Sicht … ein uneingeschränkter Zugang zu den Leistungen der Hilfe zur Pflege bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 nicht angezeigt“ sei. Selbst wenn wissenschaftlich begründbar sein sollte, dass die in § 63 Abs. 2 genannten Leistungen bei einer Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 1 im Regelfall bedarfsdeckend sind, muss der Grundsatz, dass in der Sozialhilfe immer die aktuelle, momentane Bedarfslage des Hilfesuchenden Ausgangspunkt für den Leistungsumfang ist, auch hier Berücksichtigung finden und müssen auch im Einzelfall über die in § 63 Abs. 2 Ziffern 1-3 vorgesehenen Leistungen hinausgehende Bedarfe gedeckt werden.

Wo beispielsweise die im Pflegegrad 1 vorrangig im somatischen Bereich liegenden Beeinträchtigungen Teilhilfen bei der Selbstversorgung, beim Verlassen der Wohnung und bei der Haushaltsführung erfordern (s. Begründung zu § 28a SGB III/PSG II) und allein lebende Hilfebedürftige Leistungen der häuslichen Pflegehilfe in Anspruch nehmen müssen, müssen erforderliche Leistungen von der Sozialhilfe auch über einen Betrag von 125 Euro hinaus erbracht werden. Der Umfang der Leistungen, die ein Hilfebedürftiger jeweils für diesen Betrag in Anspruch nehmen kann, ist von vielen, von ihm nicht beeinflussbaren Faktoren abhängig; mag im Fall A ein konkreter Bedarf mit dem Höchstbetrag zu decken sein, kann im Fall B derselbe Bedarf aufgrund eines abweichenden Angebots vor Ort einen höheren Betrag zur Deckung erfordern. Schon aus Gründen der Gleichbehandlung der Hilfeempfänger muss daher eine im Einzelfall über die im Entwurf vorgesehene Leistungsbegrenzung hinausgehende, bedarfsde-

ckende Hilfeleistung möglich sein.

C) Änderungsvorschlag

§ 63 Abs. 2 SGB XII wird wie folgt gefasst:

(2) Die Hilfe zur Pflege umfasst für Pflegebedürftige ~~des Pflegegrades 1~~ **unterhalb des Pflegegrades 2**

1. Pflegehilfsmittel (§ 64d),
2. Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes (§ 64e) und
3. einen Entlastungsbetrag (§ 66).

Ein darüber hinaus bestehender Bedarf ist vom Träger der Sozialhilfe zu übernehmen.

Notwendiger pflegerischer Bedarf – § 63 a SGB XII

Artikel 2, Nr. 5

A) Beabsichtigte Neuregelung

Im Referentenentwurf gab es in der häuslichen Pflegehilfe statt eines Bedarfsfeststellungsverfahrens eine Fiktion zur Beschreibung des pflegerischen Bedarfs. Vorgesehen war, dass hierzu pauschal zehn Prozent auf die Beträge nach § 36 Abs. 3 SGB XI aufgeschlagen werden sollten. Ein darüber hinaus gehender Bedarf sollte vom Sozialhilfeträger nur im Einzelfall übernommen werden.

Im Gesetzentwurf wurde diese Regelung gestrichen

B) Stellungnahme

Der bpa hat die Regelung zum fiktiven Bedarf in seiner Stellungnahme zum Referentenentwurf als unhaltbar kritisiert und die Streichung gefordert. Dem ist die Bundesregierung gefolgt. Das begrüßt der bpa.

Darüber hinaus begrüßt der bpa die in den Gesetzestext und in die Begründung neu aufgenommene Formulierung zum notwendigen Bedarf. So heißt es jetzt im Gesetzestext:

„Die Träger der Sozialhilfe haben den notwendigen pflegerischen Bedarf zu ermitteln und festzustellen."

In der Begründung wird ausgeführt:
„Insbesondere für die Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 64b, die anders als das Pflegegeld nach § 64a und der Entlastungsbetrag nach den §§ 64i und § 66 der Höhe nach nicht begrenzt sind, sondern vielmehr bedarfsdeckend zu erbringen sind, wird der Träger der Sozialhilfe daher zur Feststellung des Umfangs der Leistungen der häuslichen Pflege den notwendigen pflegerischen Bedarf zu ermitteln und festzustellen haben."

Mit diesen Formulierungen wird der Gesetzentwurf dem Bedarfsdeckungsprinzip in der Sozialhilfe gerecht. Das findet unsere ausdrückliche Zustimmung.

C) Änderungsvorschlag

Keinen.

Leistungskonkurrenz – § 63 b SGB XII

Artikel 2, Nr. 5

A) Beabsichtigte Neuregelung

Regelungen zum Vor- und Nachrang von Leistungen der Hilfe zur Pflege gegenüber den Leistungen der Eingliederungshilfe, dem Bundesversorgungsgesetz und dem Achten Buch.

B) Stellungnahme

Es ist begrüßenswert, dass der Gesetzgeber hier im Abs. 1 versucht, insbesondere die Leistungen der Hilfe zur Pflege und die Leistungen der Eingliederungshilfe voneinander abzugrenzen. Die vorgelegte Regelung wird aus Sicht des bpa allerdings nicht zur notwendigen Klarstellung in der Praxis führen. Daran ändern auch die Ergänzungen nichts, die nach dem Referentenentwurf noch in den Gesetzentwurf eingefügt wurden. Es ist nicht ersichtlich, in welchen Fällen die Hilfe zur Pflege und in welchen Fällen die Eingliederungshilfe greift, wie die trennscharfe Abgrenzung der Leistungen erfolgen soll und wann welche Leistung im Vordergrund steht. In diesem Zusammenhang ist insbesondere der grundsätzliche Vorrang der Pflegeversicherungsleistungen in der Häuslichkeit problematisch. Dort soll die Zuständigkeit dem überwiegenden Leistungsanspruch zugeordnet werden. Im Ergebnis hat diese Zuordnung sowohl für den Hilfebedürftigen und dessen Anspruchsfeststellung und Freigrenzen als auch für die zur Verfügung stehende Hilfe und die Vereinbarungen der Träger erhebliche Auswirkungen. Hier sind diverse rechtliche Auseinandersetzungen zu erwarten. Der bpa befürchtet darüber hinaus, dass es zu einer Verschiebung von Leistungen der Eingliederungshilfe in die Hilfe zur Pflege, mit anderen Leistungsvereinbarungen und Regelungen der Leistungserbringer, kommen könnte.

Der bpa begrüßt ausdrücklich die in Abs. 2 vorgenommene Klarstellung zu der Nichtanrechenbarkeit von Leistungen nach § 45b SGB XI auf die Hilfe zur Pflege.

C) Änderungsvorschlag

Keinen.

Vorrang – § 64 SGB XII

Artikel 2, Nr. 5

A) Beabsichtigte Neuregelung

Soweit häusliche Pflege ausreicht, erhalten Pflegebedürftige vorrangig Pflegegeld zur Sicherstellung ihrer Pflege. Die Sozialhilfeträger sollen darauf hinwirken, dass die häusliche Pflege durch dem Pflegebedürftigen nahe stehende Personen, als Nachbarschaftshilfe oder durch sonstige, zum gesellschaftlichen Engagement bereite Personen übernommen wird.

Der Bundesrat fordert in seiner Stellungnahme (s. Nr. 34), dass der Anspruch auf Pflegesachleistung bei der häuslichen Pflege gestrichen wird. Ferner soll häusliche Pflegehilfe nur möglich sein, wenn die Heranziehung einer besonderen Pflegekraft erforderlich ist und die Kosten angemessen sind.

B) Stellungnahme

Im SGB XI sind die Geldleistungen als Wahlleistung ausgestaltet, es gibt keinen Vorrang des Pflegegeldes. Eine Zwangsverpflichtung zur Pflege von potentiellen Angehörigen ist hoffentlich mit dieser Regelung nicht intendiert. Zumindest wäre sie rechtlich nicht durchsetzbar, zumal Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Sozialhilfe die Feststellung der Bedürftigkeit ist. Die Regelung darf zu keiner Einschränkung der Wahlfreiheit des Pflegebedürftigen führen. Insbesondere kann es keine Verpflichtung für Pflegebedürftige geben, zwingend Angehörige für seine Pflege in Anspruch zu nehmen. Hierzu gibt es bereits in Anlehnung an die Regelung nach § 37 SGB V ausreichend höchstrichterliche Rechtsprechung. Maßstab für die pflegerische Versorgung sollte die geeignete Pflege in der gewünschten und notwendigen Konstellation sein, diese ist jedoch nicht grundsätzlich durch das Pflegegeld sichergestellt.

Der bpa lehnt die Änderungsvorschläge des Bundesrates ab. In der Begründung führt der Bundesrat aus, dass „die Träger der Sozialhilfe die häusliche Pflegehilfe als Pflegesachleistung und somit selber zu erbringen haben“. Weiter heißt es: Dieses „widerspricht dem der Sozialhilfe immanenten Grundsatz des sozialrechtlichen Dreiecksverhältnisses, nach dem der Leistungs- und Kostenträger - hier die Träger der Sozialhilfe - die Kosten der Leistungserbringung zwar trägt, die Leistungserbringung aber durch einen Dritten erfolgt. Es ist hier kein Grund ersichtlich und auch in der Gesetzesbegründung dafür nicht aufgeführt, dass von dem oben be-

schriebenen und seit jeher geltenden und bewährten Strukturprinzip der Sozialhilfe abgewichen werden müsste oder auch nur sollte.“

Der bpa begrüßt dieses Bekenntnis zum sozialrechtlichen Dreiecksverhältnis ausdrücklich. Es wäre wünschenswert, wenn sich der Bundesrat dieses im gesamten Gesetzentwurf konsequent zu Eigen machen würde, insbesondere auch bei den Modellvorhaben nach § 123 SGB XI (s. dazu Seite 59).

Darüber hinaus bedeutet das Sachleistungsprinzips in der Sozialhilfe nicht, dass der Träger der Sozialhilfe die Leistungen selber zu erbringen hat; er kann dabei auf die zugelassenen Pflegedienste zurückgreifen.

C) Änderungsvorschlag

§ 64 Abs. 1 SGB XII wird wie folgt gefasst:

(1) Soweit häusliche Pflege ausreicht, ist **~~die Pflege vorrangig durch Pflegegeld sicherzustellen~~ darauf hinzuwirken, dass vorrangig Pflegegeld eingesetzt wird.**

Pflegegeld – § 64a SGB XII

Artikel 2, Nr. 5

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Inhalte des bisherigen § 64 SGB XII werden im Wesentlichen auf das neue Recht übertragen.

B) Stellungnahme

Bei der Übertragung des bisherigen § 64 SGB XII Abs. 5 Satz 1 entsteht eine Unklarheit durch das Weglassen der Formulierung „dessen Umfang entsprechend“. Diese sollte durch eine Anpassung des Textes vermieden werden.

Außerdem sollte auch beim Pflegegeld eine Regelung für diejenigen geschaffen werden, die pflegebedürftig sind, aber unterhalb des Pflegegrad 2 eingestuft wurden.

C) Änderungsvorschlag

§ 64a Abs. 1 wird wie folgt geändert:

(1) Pflegebedürftige der Pflegegrade 2, 3, 4 oder 5 **und Pflegebedürftige mit einem Pflegebedarf unterhalb von Pflegegrad 2** haben bei häuslicher Pflege Anspruch auf Pflegegeld in Höhe des Pflegegeldes nach § 37 Absatz 1 des Elften Buches. Der Anspruch auf Pflegegeld setzt voraus, dass die Pflegebedürftigen und die Sorgeberechtigten bei pflegebedürftigen Kindern die erforderliche Pflege mit dem Pflege-geld in geeigneter Weise selbst sicherstellen. Der Anspruch auf Pflegegeld setzt voraus, dass die Pflegebedürftigen und die Sorgeberechtigten bei pflegebedürftigen Kindern die erforderliche Pflege mit dem Pflegegeld **dessen Umfang entsprechend** in geeigneter Weise selbst sicherstellen.

Häusliche Pflegehilfe – § 64b SGB XII

Artikel 2, Nr. 5

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Leistungen der häuslichen Pflegehilfe umfassen fortan nicht nur körperbezogene Pflegemaßnahmen, sondern auch Hilfen bei der Haushaltsführung und pflegerische Betreuungsmaßnahmen. Letztere werden als Unterstützungsleistungen zur Bewältigung und Gestaltung des alltäglichen Lebens im häuslichen Umfeld definiert.

B) Stellungnahme

Der Verweis auf Betreuungs- und Entlastungsleistungen durch Unterstützungsangebote im Sinne des § 45 a SGB XI ist redundant. Der Leistungsanspruch besteht auch außerhalb der häuslichen Pflegehilfe und ist hier nicht zusätzlich aufzuführen. Andernfalls entsteht der Eindruck, Empfänger von Pflegegeld oder Personen des Pflegegrades 1 hätten keinen Anspruch auf Leistungen nach § 45a. Der Satz sollte dementsprechend gestrichen werden.

Außerdem sollte auch bei häuslicher Pflege eine Regelung für diejenigen geschaffen werden, die pflegebedürftig sind, aber unterhalb des Pflegegrad 2 eingestuft worden sind.

Als problematisch muss Abs. 2 betrachtet werden. Eine Abgrenzung der hier beschriebenen pflegerischen Betreuungsmaßnahmen zur Hilfe zur Pflege sowie zur Eingliederungshilfe ist mit der vorgesehenen Formulierung nicht möglich.

C) Änderungsvorschlag

§ 64b SGB XII Abs.1 wird wie folgt geändert:

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2, 3, 4 oder 5 **und Pflegebedürftige mit einem Pflegebedarf unterhalb von Pflegegrad 2** haben Anspruch auf körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie auf Hilfen bei der Haushaltsführung als Pflegesachleistung (häusliche Pflegehilfe), soweit die häusliche Pflege nach § 64 nicht durch Pflegegeld sichergestellt werden kann. Der § 64i bleibt unberührt. Anspruch auf häusliche Pflegehilfe umfasst auch die pflegefachliche Anleitung von Pflegebedürftigen und Pflegepersonen. Mehrere Pflegebedürfti-

ge der Pflegegrade 2, 3, 4 oder 5 **und Pflegebedürftige mit einem Pflegebedarf unterhalb von Pflegegrad 2** können die häusliche Pflege gemeinsam in Anspruch nehmen. ~~**Häusliche Pflegehilfe kann auch Betreuungs- und Entlastungsleistungen durch Unterstützungsangebote im Sinne des § 45a des Elften Buches umfassen; § 64i bleibt unberührt.**~~

Verhinderungspflege – § 64c SGB XII

Artikel 2, Nr. 5

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Verhinderungspflege wird namentlich in den Leistungskatalog der Hilfe zur Pflege aufgenommen.

B) Stellungnahme

Der bpa begrüßt diese Neuregelung außerordentlich.

Insbesondere die Klarstellung, dass ein Anspruch auf Verhinderungspflege auch ohne Vorpflegezeit der Pflegeperson besteht, ist sehr positiv zu bewerten. Diese sollte ebenfalls ihren Eingang in die entsprechenden Regelungen des SGB XI finden.

C) Änderungsvorschlag

Keinen.

Kurzzeitpflege – § 64h SGB XII

Artikel 2, Nr. 5

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Kurzzeitpflege wird namentlich in den Leistungskatalog der Hilfe zur Pflege aufgenommen. Kurzzeitpflege kann ebenfalls in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 Abs. 2 SGB V erfolgen, soweit eine gleichzeitige Unterbringung und Pflege eines Pflegebedürftigen während einer Maßnahme der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation für eine Pflegeperson erforderlich ist.

B) Stellungnahme

Der bpa begrüßt die Aufnahme der Kurzzeitpflege in den Leistungskatalog der Hilfe zur Pflege. Zur Verdeutlichung des Leistungsanspruchs und des Sozialhilfebedarfs sollte eine Klarstellung analog § 42 SGB XI erfolgen.

Wenn ein pflegender Angehöriger eine Rehabilitationsmaßnahme benötigt, kann der Pflegebedürftige in der gleichen Einrichtung im Rahmen der Kurzzeitpflege versorgt werden. Während der pflegende Angehörige eine Kur macht, ist „vor Ort“, die pflegerische Versorgung des Pflegebedürftigen sichergestellt.

Der bpa anerkennt die von der Neuregelung ausgehenden Bemühungen um Entlastung der pflegenden Angehörigen. Pflegende Angehörige sollen sich erholen können, ohne sich um die pflegerische Versorgung ihres Angehörigen sorgen zu müssen. Diese Überlegungen stehen offensichtlich hinter den beabsichtigten Änderungen. Es kann nicht eingeschätzt werden, wie viele Angehörige eine Kur machen (möchten), währenddessen die Versorgung des Pflegebedürftigen in der gleichen (Rehabilitations-) Einrichtung erforderlich ist. Allerdings sollte berücksichtigt werden, dass es für die Entlastung von pflegenden Angehörigen auch angezeigt sein kann, eine Rehabilitationsmaßnahme durchzuführen, währenddessen der Pflegebedürftige gerade nicht „vor Ort“ bzw. in derselben Rehabilitationseinrichtung untergebracht ist. Die Pflege bedeutet für Angehörige eine enorme psychische und physische Belastung, die sehr häufig rund um die Uhr geleistet wird. Die permanente Pflege und das ständige In-Bereitschaft-Sein führen bei vielen pflegenden Angehörigen zu erheblichen Erschöpfungszuständen. Viele können irgendwann einfach nicht mehr weiter pflegen. In solchen Situationen sind Rehabilitationsmaßnahmen eine sehr wichtige Unterstützung. Um dabei eine größtmögliche Ent-

lastung und Erholung zu erreichen, kann es für pflegende Angehörige angezeigt sein, auch einmal eine räumliche Distanz zwischen sich und dem Pflegebedürftigen erleben zu können, aber gleichzeitig zu wissen, dass eine gute Versorgung des Pflegebedürftigen gewährleistet ist.

Darüber hinaus sind die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen überhaupt nicht darauf eingestellt sind, pflegebedürftige Menschen zu versorgen. Sie kennen die Anforderungen, die demente Pflegebedürftige stellen, häufig nicht und haben nicht das entsprechend qualifizierte Personal.

C) Änderungsvorschlag

Kurzzeitpflege kann in zugelassenen Pflegeeinrichtungen in Anspruch genommen werden.

Stationäre Pflege – § 65 SGB XII

Artikel 2, Nr. 5

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Regelung werden die Voraussetzungen für Pflege in stationären Einrichtungen im Rahmen der Hilfe zur Pflege beschrieben. So sollen auf stationäre Pflege nur Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 Anspruch haben. Pflegebedürftige mit einem Bedarf unterhalb von Pflegegrad 2 sind von den Leistungen ausgeschlossen.

B) Stellungnahme

Eine Begrenzung des Anspruchs auf stationäre Pflege im Rahmen der Hilfe zur Pflege auf die Pflegegrade 2 bis 5 lehnt der bpa ab. Es ist nicht ersichtlich, warum Pflegebedürftige unterhalb des Pflegegrads 2 von diesen Leistungen ausgeschlossen sein sollten. Zwar mag ein Bedarf an stationärer Pflege bei Personen unterhalb des Pflegegrads 2 aufgrund der geringen Beeinträchtigungen der Selbständigkeit pflegewissenschaftlich – wie in der Gesetzesbegründung behauptet – nicht begründbar sein. Dennoch wird faktisch immer wieder ein Bedarf bestehen, insbesondere dann, wenn Beeinträchtigungen bei der Selbstversorgung und bei der Haushaltsführung zu verzeichnen sind, oft auch mit Unterstützungsbedarf aus dem Bereich der Pflege. In diesen Fällen ist Hilfe zu leisten und der notwendige Bedarf auch an stationärer Pflege und Betreuung vom Sozialhilfeträger zu erstatten. Eine Begrenzung des Anspruchs auf stationäre Pflege im Rahmen der Hilfe zur Pflege auf die Pflegegrade 2 bis 5 würde eine Abkehr von dem existenzsichernden Bedarfsdeckungsprinzip bedeuten (vgl. § 65). Sollte die Begrenzung aufgrund finanzieller Erwägungen erfolgt sein, so ist eine ungerechtfertigte Leistungsausweitung aus Sicht des bpa nicht zu erwarten. § 65 setzt sich hier selber enge Grenzen, in dem er den Anspruch auf stationäre Pflege nur dann gewährleistet, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des Einzelfalls nicht in Betracht kommt.

C) Änderungsvorschlag

~~Pflegebedürftige der Pflegegrade 2,3, 3 oder 5~~ **Personen, die pflegebedürftig im Sinne des § 61a SGB XI sind (alternativ: Pflegebedürftige der Pflegerade 1 bis 5 sowie Pflegebedürftige mit einem Pflegebedarf unterhalb von Pflegegrad 1)**, haben Anspruch auf Pflege in stationären Einrichtungen, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des Einzelfalls nicht in Betracht

kommt. Der Anspruch auf stationäre Pflege umfasst auch Betreuungsmaßnahmen; § 64b Absatz 2 findet entsprechende Anwendung.

Altenhilfe – § 71 SGB XII

Artikel 2, Nr. 7

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Leistungen der Altenhilfe sollen mit den übrigen Leistungen des SGB XII, den Leistungen der örtlichen Altenhilfe sowie der kommunalen Infrastruktur zur Vermeidung und Verringerung der Pflegebedürftigkeit und zur Inanspruchnahme der Leistungen der Eingliederungshilfe verzahnt werden.

B) Stellungnahme

Die Verzahnung der Leistungen unter der Vorgabe, die Inanspruchnahme der Eingliederungshilfe zu vermeiden bzw. zu verringern, darf in keinem Fall dazu führen, dass die Verbesserung der persönlichen Situation eines Pflegebedürftigen dem Wunsch nach Kosteneinsparung untergeordnet wird, wie es aus der Begründung zu entnehmen ist.

C) Änderungsvorschlag

Keinen.

Inhalt der Vereinbarungen – § 76 SGB XII

Artikel 2, Nr. 10

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Maßnahmenpauschale soll zukünftig zwingend nach Gruppen für Leistungsberechtigte mit vergleichbarem Bedarf sowie bei Leistungen der häuslichen Pflegehilfe für die gemeinsame Inanspruchnahme durch mehrere Leistungsberechtigte zu kalkulieren sein.

B) Stellungnahme

Erst im Jahr 2009 wurde § 76 Abs. 2 S. 3 von einer Muss- in eine Ermessenvorschrift umgewandelt. Dies sollte es ermöglichen, bei den pauschalierten Vergütungen für Leistungen in Einrichtungen und Diensten statt auf die sog. Hilfebedarfsgruppen z.B. auf die Finanzierung von Leistungsstunden abzustellen und regionale Besonderheiten zu berücksichtigen (BT-Drs. 16/13424, S. 35). Die Bildung von Leistungstypen und die Zuordnung der einzelnen Leistungsberechtigten zu den gebildeten Gruppen sind, je nach Hilfeangebot, nach wie vor problematisch. Insofern ist es sinnvoll, die im Jahr 2009 eingeführte Flexibilität beizubehalten und die Weiterführung vor Ort gefundener Vergütungsmodelle zu ermöglichen; eine Begründung dafür, dies nun rückgängig zu machen, bleibt der vorgelegte Referentenentwurf denn auch schuldig.

Hinsichtlich der neu aufgenommenen Regelung zur Kalkulation der Maßnahmepauschale bei Leistungen der häuslichen Pflegehilfe sollte klargestellt werden, dass diese nicht nur, sondern auch für die gemeinsame Inanspruchnahme durch mehrere Leistungsberechtigte zu kalkulieren ist.

C) Änderungsvorschlag

§ 76 Abs. 2 S. 3 wird wie folgt gefasst:

Die Maßnahmepauschale ~~ist~~ **soll** nach Gruppen für Leistungsberechtigte mit vergleichbarem Bedarf sowie bei Leistungen der häuslichen Pflegehilfe **auch** für die gemeinsame Inanspruchnahme durch mehrere Leistungsberechtigte nach § 64b Absatz 1 Satz 3 ~~zu kalkulieren~~ **kalkuliert werden**.

Übergangsregelung für Pflegebedürftige aus Anlass des Dritten Pflegestärkungsgesetzes – § 138 SGB XII

Artikel 2, Nr. 13

A) Beabsichtigte Neuregelung

Eine Person, die am 31.12.2016 einen Anspruch auf Hilfe zur Pflege hat, erhält die bisherigen Leistungen der häuslichen Pflege auch weiterhin, bis der Bedarf nach neuem Recht durch den Sozialhilfeträger festgestellt wurde.

B) Stellungnahme

Der bpa setzt sich dafür ein, dass diese Übergangsregelung auch für Personen ohne eingeschränkte Alltagskompetenz gilt, die einen Bedarf an Hilfe zur Pflege unterhalb von Pflegegrad 2 haben.

C) Änderungsvorschlag

Besitzstandsregelung für Pflegebedürftige ohne Pflegestufe – § 139 SGB XII

Stellungnahme des Bundesrates, Nr. 38

A) Beabsichtigte Neuregelung

Für Pflegebedürftige der Pflegestufe 0 ohne erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz fordert der Bundesrat einen Besitzstandsschutz. Wenn sie bis 31.12.2016 entsprechende Leistungen erhalten haben, sollen sie diese bis längstens 31.12.2019 erhalten, es sei denn eine neue Begutachtung ab 1. Januar 2017ergibt gleiche oder höhere Leistungen.

B) Stellungnahme

Der bpa begrüßt diese Neuregelung ausdrücklich. Auf diese Regelungslücke hatte der bpa auch bereits hingewiesen. Allerdings geht der Lösungsvorschlag des Bundesrates nicht weit genug. Betroffen sind nicht nur diejenigen, die bisher in der Pflegestufe 0 sind, sondern auch diejenigen, die künftig einen geringeren Pflegegrad als Pflegegrad 2 erhalten. Um auch für diese Personen künftig einen Anspruch auf Hilfe zur Pflege zu schaffen, hat der bpa entsprechende Vorschläge zur Änderung von § 61ff SGB XII vorgelegt (s. Seite 71ff).

C) Änderungsvorschlag

Es wird auf den Änderungsvorschlag zu § 61 SGB XII verwiesen (siehe Seite 71).

Artikel 15 – Änderung des SGB V

Leistungen der Behandlungspflege in Einrichtungen nach § 43a SGB XI – § 37 SGB V

Änderungsantrag 25 der Fraktionen CDU/CSU und SPD

A) Beabsichtigte Neuregelung

Versicherte erhalten in stationären Einrichtungen nach § 43a SGB XI Leistungen der Behandlungspflege als häusliche Krankenpflege, wenn der Bedarf an Behandlungspflege eine ständige Überwachung und Versorgung durch eine qualifizierte Pflegefachkraft erfordert.

B) Stellungnahme

Dieser Änderungsvorschlag ist ein richtiger Schritt, um die Gleichbehandlung von Patienten in ambulanter und stationärer Pflege voran zu bringen. Mit dieser Regelung erhalten zumindest Patienten, die einen besonderen Bedarf an häuslicher Krankenpflege haben, die entsprechenden Leistungen von der gesetzlichen Krankenkasse. Das ist ein wichtiges Signal an die Betroffenen.

Allerdings besteht weiterhin eine systematische Ungleichbehandlung zu Lasten der Bewohnerinnen und Bewohner der Pflegeheime. Während die Krankenkassen selbstverständlich die Kosten der medizinischen Behandlungspflege für alle Versicherten außer für die Bewohnerinnen und Bewohnern der Pflegeheime übernehmen, wird diesen zugemutet, die Kosten neben den Beiträgen zur Krankenversicherung und den Heimentgelten dauerhaft aus eigener Tasche zu zahlen. Der bpa kritisiert diese strukturelle Ungleichbehandlung erneut. Die Untätigkeit der Verbraucherverbände oder der Sozialhilfeträger verwundert insofern.

Die Leistungen der Pflegeversicherung decken seit vielen Jahren schon die Kosten der Pflege im Pflegeheim nicht mehr, erst recht nicht die Kosten für die medizinische Behandlungspflege. Mit Einführung der Pflegeversicherung war die Zuordnung dieser Kosten zur Pflegeversicherung nur übergangsweise vorgesehen und sollte dann abgelöst werden durch die systemgerechte Zuweisung zur Krankenversicherung. Die Folgen dieser Übergangslösung gelten zum finanziellen Schaden der Bewohnerinnen und Bewohner bis heute fort, da sie mehrfach vom Gesetzgeber verlängert wurden und letztlich in einer benachteiligenden Dauerregelung mündeten.

Bereits 2005 wurden die durchschnittlichen Kosten auf monatlich etwa 177 Euro geschätzt und machen somit eine erhebliche systemwidrige Mehrbelastung nicht nur der Bewohnerinnen und Bewohner, sondern auch der Sozialhilfeträger aus. Mittlerweile zeigt sich diese Mehrbelastung der Bewohnerinnen und Bewohner in der deutlich steigenden Abhängigkeit von Leistungen der Sozialhilfe; so ist mittlerweile etwa ein Drittel wieder angewiesen auf die Sozialhilfe.

Diese systematische Ungleichbehandlung muss aufhören. Wie bei allen anderen Versicherten auch muss die Krankenversicherung die Kosten der medizinischen Behandlungspflege tragen. Denkbar wäre sowohl eine pauschale Regelung als auch eine aufwandsgerechte Lösung, wonach wie in der häuslichen Versorgung die tatsächlichen Einzelleistungen abgerechnet würden und damit – was ein positiver Nebeneffekt wäre – die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflegeheime wirksam vor einer Überforderungssituation geschützt würden, welche momentan mit der deutlichen Zunahme des Anteils der Behandlungspflegeleistungen z.B. nach einem Krankenhausaufenthalt einhergeht.

Der bpa bedauert es daher, dass es der Gesetzgeber hinsichtlich der medizinischen Behandlungspflege für Heimbewohner, aber auch für Gäste der teilstationären Einrichtungen, bei der systemwidrigen Zuordnung zur Pflegeversicherung belässt. Die systematische Schlechterstellung der Heimbewohner bei der Krankenversicherung muss endgültig beendet werden. Gerade mit Blick auf die steigende Sozialhilfeabhängigkeit von Pflegebedürftigen ist die Zuordnung der behandlungspflegerischen Leistungen zur Krankenversicherung erforderlich. Dadurch würden die finanziellen Belastungen für Heimbewohner und Sozialhilfeträger sinken, da die Heimkosten systemfremd belastet werden und somit direkte wettbewerbliche Auswirkungen bewirken.

In der Diskussion um die Pflegereform droht der durch die tatsächliche Pflegesituation seit 20 Jahren bestätigte Leitsatz "ambulant vor stationär" jetzt umgedeutet zu werden, dabei aber die Lebenswirklichkeit vieler schwer pflegebedürftiger Menschen und deren pflegender Angehörigen zu ignorieren. Bei nüchterner Betrachtung der tatsächlich notwendigen Versorgungsdichte wird klar, dass es hier nicht um ein Verhältnis von Vorrang und Nachrang gehen kann, sondern sehr häufig schlicht um die zeitliche Reihenfolge eines bedarfsgerechten Angebots gehen muss, auf welches sich die pflegebedürftigen Menschen auch künftig verlassen können müssen.

C) Änderungsvorschlag

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

Bundesrahmenempfehlung und Rahmenverträge zur häuslichen Krankenpflege – § 132a SGB V

Änderungsantrag 26 der Fraktionen CDU/CSU und SPD

A) Beabsichtigte Neuregelungen

Inhalte der häuslichen Krankenpflege:
Die Inhalte der häuslichen Krankenpflege sollen nicht mehr in der Bundesrahmenempfehlung festgelegt werden

Außerklinische Intensivpflege:
In der Bundesrahmenempfehlung sollen Regelungen zur außerklinischen Intensivpflegeversorgung festgelegt werden.

Verbindlichkeit der Bundesrahmenempfehlung:
Die Inhalte der Bundesrahmenempfehlungen sind den Rahmenverträgen zur häuslichen Krankenpflege auf Landesebene zugrunde zu legen.

Schiedsstelle:
Für die Bundesrahmenempfehlung wird eine Schiedsstelle geschaffen.

Mindestanforderungen an Leistungserbringer:
Verträge zur häuslichen Krankenpflege auf Landesebene dürfen nur mit Leistungserbringern geschlossen werden, die die Gewähr für eine leistungsgerechte und wirtschaftliche Versorgung bieten.

B) Stellungnahme

Inhalte der häuslichen Krankenpflege:
Auf der Grundlage einer Entscheidung des Bundessozialgerichtes sind die Zuständigkeiten des G-BA über die Richtlinie der Häuslichen Krankenpflege und der Bundesrahmenempfehlung abgegrenzt worden. Insbesondere die Grundpflegeleistungen wurden in der Zuständigkeit der Bundesrahmenempfehlung gesehen. Die Durchführung der Grundpflege ist Aufgabe der Pflegefachkräfte, Kernbestandteil der Ausbildung und Gegenstand der Pflegeforschung. Sowohl die fachliche als auch die Expertise zu Erforderlichkeit, Inhalt und Umfang dieser Leistungen liegen in der Zuständigkeit der Pflege und nicht der Ärzte. Daher sind die Inhalte der häuslichen Krankenpflege auch in der Bundesrahmenempfehlung zu belassen. Andernfalls ist zu befürchten, dass anstatt der vom Gesetzgeber

gewollten erweiterten Delegation bis hin zur Substitution ärztlich verordneter Leistungen, auch die Aufgaben der Grundpflege zukünftig ärztlich determiniert werden. Daher hält der bpa es für nicht sachdienlich, die Inhalte der häuslichen Krankenpflege aus dem Gesetz zu streichen. Die Begründung weist zwar darauf hin, dass es den Partnern der Bundesrahmenempfehlung unbenommen bleibt, Empfehlungen zu den Inhalten abzugeben, die die Richtlinie zur häuslichen Krankenpflege des Gemeinsamen Bundesausschusses ergänzen können. Aber selbst dafür gäbe es dann keine Rechtsgrundlage mehr, weil die entsprechende Formulierung fehlen würde. Die Inhalte der häuslichen Krankenpflege sollten grundsätzlich nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegt werden, weil die Leistungserbringer der häuslichen Krankenpflege dort nur ein Anhörungsrecht haben, aber kein gleichberechtigter Partner sind. Dort entscheiden Ärzte und Krankenkassen ohne die Beteiligung der Pflegeeinrichtungen und der ausgewiesenen Expertise der Pflegefachkräfte. Deswegen sollte die Festlegung der Inhalte der häuslichen Krankenpflege zwischen den Kostenträgern (Krankenkassen) und den Leistungserbringern (maßgebliche Verbände der Pflegedienste auf Bundesebene) erfolgen. Die Bundesrahmenempfehlung ist dafür prädestiniert. Daher ist von der Streichung der Inhalte aus der Bundesrahmenempfehlung abzusehen.

Außerklinische Intensivpflege:
Der bpa begrüßt es, dass es die Bundesrahmenempfehlung künftig auch Regelungen zur außerklinischen Intensivpflege umfassen soll. Die Bedeutung dieser Leistung nimmt in der Versorgungspraxis immer weiter zu. Sehr positiv bewertet der bpa auch das im Antrag formulierte Ziel dieser Regelung:

„Die Regelung dient dem Ziel, die Versorgungsqualität im Bereich der außerklinischen Intensivpflege zu stärken und bundesweit einheitliche Qualitäts- und Versorgungsstandards zu gewährleisten."

Durch die Anforderungen, die in der Bundesrahmenempfehlung festgelegt werden, ist es nach Ansicht des bpa möglich, bundeseinheitliche Qualitätsstandards in der Intensivpflege zu gewährleisten, insbesondere da die Regelungen auch in den Verträgen auf Landesebene zu berücksichtigen sind (s. die Ausführungen zum nächsten Punkt). Der bpa ist außerdem dankbar, dass in dem Antrag auch noch einmal der Versicherte in der Freiheit bei der Wahl seines Wohnortes gestärkt wurde. Denn es heißt in der Begründung des Antrags:

„Die Wahl des Wohnortes obliegt dabei dem Versicherten und darf nicht von etwaigen Wirtschaftlichkeitserwägungen der Pflegeeinrichtungen oder Krankenkassen abhängen."

Diese Klarstellung findet die ausdrückliche Unterstützung des bpa.

Verbindlichkeit der Bundesrahmenempfehlung:
Der bpa fordert bereits seit vielen Jahren, dass die Verbindlichkeit der Bundesrahmenempfehlung erhöht wird, indem festgelegt wird, dass die Inhalte der Bundesrahmenempfehlung auch bei den Verträgen zur häuslichen Krankenpflege auf Landesebene zu berücksichtigen sind. Dieses setzt der Antrag jetzt um, was der bpa begrüßt. Damit wird auch ein kleiner Beitrag geleistet, um eine bundesweit einheitliche Versorgung der Bevölkerung mit häuslicher Krankenpflege zu gewährleisten.

Schiedsstelle:
Dass für die Bundesrahmenempfehlung nun endlich eine Schiedsstelle geschaffen wird, ist eine Bestätigung für den bpa, der diese seit vielen Jahren gefordert hat. Bereits in unserer Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000, Bundestags-Drucksache 14/1245), die der bpa zur viertägigen Anhörung im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages im September 1999 vorgelegt hat, haben wir zur Verbesserung der Chancengleichheit bei Vertragsverhandlungen eine Bundesschiedsstelle ambulante Krankenpflege gefordert. Dem Grunde nach wird diese durch den vorgelegten Änderungsantrag umgesetzt, was wir nachdrücklich begrüßen. Die Argumente, die der bpa bereits damals vorgetragen hat, werden nun aufgegriffen. Aus unserer Sicht wäre es dabei erforderlich, diese Schiedsstelle nicht nur für die Bundesrahmenempfehlung vorzusehen, sondern auch für die Verträge auf Landesebene. Für diese Landesrahmenverträge gibt es bisher eine Schiedsperson, die aber nicht die gewünschten Effekte bringt, die eine echte Schiedsstelle leisten kann. Insofern wäre es konsequent, den für die Bundesrahmenempfehlung als richtig erachteten Konfliktlösungsmechanismus auch auf die Landesrahmenverträge zu übertragen.

Positiv sieht der bpa auch, dass die von ihm geforderte Formulierung der „maßgeblichen“ Spitzenorganisationen auf Bundesebene aufgenommen wurde. Allerdings ist die in der Begründung aufgeführte Definition nicht zielführend. So soll sich die Maßgeblichkeit

- an § 1 der Patientenbeteiligungsverordnung orientieren **und**
- entweder die Interessen der Gruppe einer rechtlich anerkannten Spezialisierung **oder**
- eines Anteils von 5 % der Pflegedienste

festmachen. Die Maßstäbe, die an Patientenorganisationen angelegt werden, lassen sich nicht auf diejenigen der Pflegedienste übertragen. Die Orientierung an der Patientenbeteiligungsverordnung führt dazu, dass vor allen Dingen innerorganisatorische Anforderungen abgeprüft werden, die

aber nicht unbedingt Aussagen über die Maßgeblichkeit zulassen. Zudem ist die Formulierung „Interessen der Gruppe einer rechtlich anerkannten Spezialisierung“ sehr weit gefasst. Kriterien für dieses Spezialisierung werden nicht genannt, es steht zu befürchten, dass jeder kleine Verband von Spezialinteressen dieses Kriterium für sich reklamiert und damit die Ziele, die mit dem Kriterium der Maßgeblichkeit erreicht werden können, nämlich eine repräsentative Vertretung und eine Arbeitsfähigkeit, gefährdet werden. Deswegen setzt sich der bpa dafür ein, dass für die Maßgeblichkeit neben der in der Begründung genannten Bedingung eines Anteils von 5 % der Pflegedienste gelten soll, dass diese jeweils in 75 % der Bundesländer (also 12 der 16 Länder) nachgewiesen werden.

In der deutschen Pflegelandschaft gibt es eine Vielzahl verschieden strukturierter Interessengruppen, deren Zielsetzung, Mitgliederaufkommen und Organisationsgrad sehr unterschiedlich stark ausgeprägt sind. Nicht wenige dieser Vereinigungen sind rein regionale Interessenvertretungen. Andere Verbände repräsentieren gezielt nur Anbieter bestimmter Versorgungsbereiche. Vereinsrechtlich ist es jeder noch so kleinen Vereinigung frei gestellt, sich satzungsmäßig als Bundesverband darzustellen – unabhängig davon, in welchem tatsächlichen Ausmaß sie Mitglieder über das gesamte Bundesgebiet vertritt.

Diese Rechtslage birgt beim Wortlaut der Begründung des Antrags die **Gefahr einer latenten Rechtsunsicherheit in Bezug auf das rechtmäßige Zustandekommen** der Schiedsstelle, da während der Bildung und auch noch danach kleine und regionale Verbände über eine entsprechend gestaltete Satzung eine Bundesvertretung für sich reklamieren könnten und mit Anzeige ihrer fehlenden Beteiligung die Rechtmäßigkeit zustande gekommener Vereinbarungen in Frage stellen könnten.

Um dieser Gefahr adäquat entgegenzuwirken, sollte durch eine **Definition maßgeblicher Trägervereinigungen von Pflegediensten** die Arbeitsfähigkeit auf einer rechtssicheren Grundlage gesetzlich klargestellt werden.

Mit einer **Repräsentanz in ¾ aller Bundesländer** wird sichergestellt, dass nicht begrenzte, sektorale Interessen vertreten werden, sondern eine übergeordnete, auf die Verhältnisse der Mehrzahl aller Pflegeanbieter im Bundesgebiet angepasste Vertretung erfolgt.

Über das **Quorum von lediglich 5 % an Mitgliedern im jeweiligen Bundesland** wird in quantitativer Hinsicht einerseits ein Mindestmaß an Interessenwahrnehmung sichergestellt und andererseits auch kleineren Vereinigungen neben größeren Verbänden mit deutlich mehr Mitgliedern bei gleichem Stimmgewicht die Teilnahme auf Bundesebene ermöglicht. Ein solches Quorum ist im SGB nicht unbekannt. Bereits in den Vergütungsbestimmungen zu den §§ 85 Abs. 2 und 89 Abs. 2 SGB XI ist aus Grün-

den der Arbeitsfähigkeit und Praktikabilität auf Seiten der Kostenträger ein Quote von 5 % gesetzlich eingeführt worden und hat sich seither grundsätzlich bewährt. Deswegen begrüßt der bpa dieses Kriterium.

Mindestanforderungen an Leistungserbringer:
Verträge zur häuslichen Krankenpflege auf Landesebene dürfen nur mit Leistungserbringern geschlossen werden, die die Gewähr für eine leistungsgerechte und wirtschaftliche Versorgung bieten. Laut Begründung soll diese Regelung dazu dienen, es den Krankenkassen zu erleichtern, Leistungserbringer beispielsweise bei Unzuverlässigkeit oder Unwirtschaftlichkeit der Leistungserbringung von Vertragsverhandlungen oder Verträgen auszuschließen. Eine solche Regelung ist vor dem Hintergrund des Kontrahierungszwangs rechtlich nicht nachvollziehbar und führt nicht zu den unterstellten Klarheiten. Die Krankenkassen verfügen bereits über die bestehenden Rahmenverträge nach § 132a SGB V ausreichend Sanktionsmöglichkeiten bei Unzuverlässigkeit oder Unwirtschaftlichkeit. Mit solchen Regelungen wird den Pflegediensten, ausgehend von Einzelfällen, eine pauschale Unzuverlässigkeit unterstellt, die nicht angemessen ist. Die Regelung sollte daher gestrichen werden.

C) Änderungsvorschläge

1,)
§ 132a Abs. 1 Satz 4 Nr. 1 SGB V wird wie folgt gefasst:

In den Rahmenempfehlungen sind insbesondere zu regeln:
1. Inhalte der häuslichen Krankenpflege einschließlich deren Abgrenzung,
… [Keine Streichung der ursprünglichen Nr. 1]

2.)
§ 132a Abs. 4 Satz 6 SGB V Eine Gesetzesänderung ist aufgrund der bestehenden Regelungen nicht erforderlich.

~~**Verträge dürfen nur mit Leistungserbringern abgeschlossen werden, die die Gewähr für eine leistungsgerechte und wirtschaftliche Versorgung bieten.**~~

3.)
Entsprechend der Schiedsstelle für die Bundesrahmenempfehlung wird auch für die Verträge auf der Landesebene eine Schiedsstelle anstelle der bisherigen Schiedsperson geschaffen.

4.)
In der Begründung wird der folgende Satz wie folgt gefasst:

Als maßgeblich im Sinne des Absatz 3 ist eine Spitzenorganisation dann anzusehen, wenn sie im Zeitpunkt des Amtsbeginns der ~~**Schiedsstelle die Voraussetzungen des § 1 der Patientenbeteiligungsverordnung in entsprechender Anwendung erfüllt und darüber hinaus entweder die Interessen der Gruppe einer rechtlich anerkannten Spezialisierung oder eines**~~ **mindestens in 12 von 16 Bundesländern jeweils** einen Anteil~~**s**~~ von 5 Prozent der Pflegedienste vertritt.

Durchführung und Umfang von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege durch den Medizinischen Dienst – § 275b SGB V

Artikel 13, Nr. 5

A) Beabsichtigte Neuregelung

Auch Pflegedienste, die nur einen Vertrag nach § 132 a SGB V abgeschlossen haben, aber keinen nach SGB XI, unterliegen künftig den Regelprüfungen durch den MDK. Pflegedienste, die einen Vertrag nach § 132 a SGB V abgeschlossen haben, werden auch anlassbezogenen Prüfungen durch den MDK unterzogen, die auch die Abrechnung umfassen. Das Nähere dazu bestimmt der GKV-Spitzenverband in Richtlinien. Anlassprüfungen sollen unangemeldet stattfinden. In Wohneinheiten, in denen anzeigepflichtige Intensivpflegeleistungen erbracht werden, sind die Prüfungen grundsätzlich unangemeldet durchzuführen.

B) Stellungnahme

Grundsätzlich ist festzustellen, dass die erweiterten Prüfrechte des MDK auch bisher bereits regelhaft Gegenstand der Regelungen der Verträge nach § 132a SGB V waren. Damit bestand und besteht bereits eine jederzeitige Überprüfungsmöglichkeit der Krankenkassen, auch gegenüber den Diensten die ausschließlich Leistungen der häuslichen Krankenpflege erbringen. Neu ist allerdings, dass den Prüfinstanzen Prüfkompetenzen eingeräumt werden, die das Grundrecht der Bewohner von Wohngruppen etc. erheblich tangieren und damit polizei- oder ordnungsrechtliche Kompetenzen übertragen werden sollen. Aus Sicht des bpa wird mit den Gesetzesänderungen vorschnell auf die mediale Berichterstattung reagiert; dies hätte mehr Kontrolle und Bürokratie für alle Dienste – allerdings bei zweifelhaftem Nutzen – zur Folge. Bereits bisher bestehen ausreichend Kontroll- und Überprüfungsmöglichkeiten. Aufgrund dieser Kontrollen wurden die bisher kolportierten Vorwürfe gegenüber einzelnen Diensten erhoben. Offensichtlich sind die Gerichte hinsichtlich der erhobenen Vorwürfe aber anderer Meinung.

Das ist der Grund für die offensichtlich bestehende Diskrepanz: es werden Vorwürfe erhoben und die Gerichte halten diese für unzureichend ein Klageverfahren zu eröffnen. Der bpa erkennt keinen Nutzen darin die ambulante Pflege mit der Folge eines erheblich erhöhten Prüfaufwands und fortgesetzter Misstrauenskultur unter Generalverdacht zu stellen.

C) Änderungsvorschlag

§ 275 b SGB V wird gestrichen.

Abrechnung der sonstigen Leistungserbringer - § 302 SGB V

Artikel 13, Nr. 7

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bei der Abrechnung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V ist zusätzlich zu den Angaben des § 302 Abs.1 Satz 1 SGB V auch die Zeit der Leistungserbringung anzugeben.

B) Stellungnahme

Der bpa lehnt die Angabe von Zeitangaben ab. Entgegen der Vorstellung des Bundesrates, dass dadurch die Durchführung der Pflege für alle Beteiligten transparenter werden würde, wird sie vor allem zu einer zusätzlichen Belastung für die Pflegekräfte werden, die wieder mehr Zeit für die Dokumentation verbringen müssten. Die Regelung ist darüber hinaus nicht sinnvoll, weil die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach Pauschalen, aber nicht nach Zeit abgerechnet werden. Eine Zeitvergütung existiert nur in wenigen Einzelfällen. Solange es nur Regelungen zur Pauschalvergütung gibt, sind Zeitangaben nicht relevant und sollten daher nicht erhoben werden. Damit würde für die allergrößte Mehrheit der Pflegedienste auch ein unnötiger zusätzlicher bürokratischer Aufwand vermieden werden.

In der Begründung wird darauf hingewiesen, dass die neue Regelung der Regelung nach § 105 SGB XI entspräche. Nach § 105 SGB XI wird aber nur die Anfangszeit erhoben, aber nicht die Echtzeit. Insofern darf hier nicht suggeriert werden, dass mit der Neuregelung nur eine Analogie aus dem SGB XI in das SGB V übertragen würde. Der Regelungsvorschlag geht weit über die bestehende Formulierung im SGB XI hinaus und wird für die Pflegedienste zu erheblichem Aufwand führen. Damit würden auch die Bemühungen der Bundesregierung um eine konsequente Entbürokratisierung in der Pflege erschwert

C) Änderungsvorschlag

Der bpa schlägt vor, die Ergänzung in § 302 SGB V wieder zu streichen. Hilfsweise sollte die Regelung nur für die Pflegedienste gelten, die eine Vergütung nach Zeit vereinbart haben.

Artikel 15 – Änderung der Pflegestatistik-Verordnung

A) Neuregelung – Vorschlag des bpa

Der bpa schlägt vor, in der Pflegestatistik-Verordnung auch weiterhin den Anteil der Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz zu erheben.

B) Stellungnahme

Der bpa bittet den Gesetzgeber, auch weiterhin das Merkmal der erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz in den Pflegestatistiken zu erfassen. Zwar wird dieses Merkmal mit dem neuen Begutachtungsassessment (NBA) nicht mehr festgestellt. Unabhängig davon spielt es aber in der Praxis der Pflegeeinrichtungen und der Pflegekräfte eine erhebliche Rolle. Deswegen sollte es unbedingt weiterhin erfasst werden. Denn die meisten Menschen in den Pflegeheimen haben eine eingeschränkte Alltagskompetenz; und auch in der ambulanten Pflege sind diese Menschen eine besondere Herausforderung für Angehörige und Pflegekräfte. Ob ein Pflegebedürftiger eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz hat oder nicht, ist ein Faktor, der seine Versorgung erheblich beeinflusst. Für eine sach- und fachgerechte Versorgungsplanung, Personalbemessung und Pflegeberatung ist deshalb auch weiterhin die Erfassung der erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz erforderlich.

C) Änderungsvorschlag

§ 2 Abs. 1 Nr. 4 PflegeStatV wird wie folgt gefasst:

a) nach Geschlecht, Geburtsjahr, Grad der Pflegebedürftigkeit, **Vorliegen einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz,**

II.) Zum Antrag der Fraktion DIE LINKE.

Pflege teilhabeorientiert und wohnortnah gestalten

Der Antrag betrachtet die pflegerische Versorgung in Deutschland und kommt zu dem Schluss, dass die Qualität der Pflegeleistungen in Deutschland nicht überall gleich hoch sei und die wenigsten Menschen die Unterstützung erhielten, die sie sich wünschten. Belege für die Behauptungen werden gleichwohl nicht geliefert. Als Grundlage für die angeblichen Fehlentwicklungen in der Pflege werden die fehlende Steuerungsmöglichkeiten der Kommunen, deren mangelnde finanzielle Ausstattung, Schnittstellenproblematiken zwischen SGB V, SGB XI und SGB XII sowie das bestehende System der Pflegeversicherung ausgemacht.

Die im Antrag gestellte Behauptung private Anbieter würden keine ambulante Versorgung in der Fläche anbieten, entbehrt jeder Grundlage. Das gleich zu Beginn im Antrag zitierte Gutachten von Rothgang/Sünderkamp/Weiß zur Rolle der privaten Anbieter in der Pflegeversorgung hat in seiner Betrachtung der Verteilung von ambulanten Pflegediensten in privater Trägerschaft festgestellt, dass auch in ländlichen Regionen der Marktanteil dieser bei 60% (gemessen an der Zahl der Dienste) liegt. Völlig unklar bleibt ebenfalls, inwieweit die laut Antragstellern niedrige Nutzung neuer Leistungen sowie deren weitgehende Unbekanntheit in der Bevölkerung, in der Verantwortung privater Anbieter liegt – wie der Antrag zumindest suggeriert. Auch der Darstellung, dass sich Pflegequalität und Personalausstattung durch Lohndumping und Unterqualifizierung seit Jahren verschlechtern würden, muss aufs Schärfste widersprochen werden. Dies den rund 26.000 Pflegeeinrichtungen in Deutschland und ihren mehr als eine Million Beschäftigten ohne jeden Beleg vorzuwerfen, ist schädlich für die gesamte Branche und Profession.

Die Forderung nach einem sofortigen Zusammenkommen der Pflegemindestlohnkommission ist unnötig, konstituiert sich diese doch ohnehin neu am 19. Oktober. Unklar ist, wieso Vertreter von Pflegekassen und der Interessenverbände von Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen Teil der Kommission werden sollen. Dies würde jede verbliebene Tarifautonomie konterkarieren. Gleiches gilt für die Forderung nach einer Erhöhung des Pflege-Mindestlohns zum 1. Januar 2017 auf 12,50 €. Dieser darf nicht politisch vorgegeben werden, sondern muss sich maßvoll weiterentwickeln, basierend auf der allgemeinen Lohnentwicklung in Deutschland, der Entwicklung der anderen Löhne in der Pflege- und Sozialwirtschaft und der Refinanzierung der Löhne in der Pflege. Hier ist dann insbesondere zu beantworten, wer die finanziellen Lasten politisch gewollter Kostensteigerungen tragen soll. Sofern die Finanzierung durch die Pflegekassen erfolgen soll, wird dies deutliche Auswirkungen auf die Beitragshöhe haben. In

jeder anderen Konstellation wären diese Kosten von den pflegebedürftigen Menschen, ihren Angehörigen oder den Sozialhilfeträgern zu schultern.

Die Forderung nach einer Transparenz der Pflegesatzverhandlungen muss ambivalent bewertet werden. Die genannten Punkte der Höhe der Pflegesätze und der Investitionskostenzuschüsse lassen sich bereits heute für jede Einrichtung individuell erfahren. Darüber hinaus gehende Offenlegungspflichten – beispielsweise betriebswirtschaftliche Berechnungen der jeweiligen Einrichtungen – werden von uns abgelehnt.

Der bpa begrüßt die Forderung nach einer Überführung der Leistungsausgestaltung des PSG II in den Leistungsbereich des SGB XII ohne Abstriche. Es ist unbestritten richtig, dass pflegebedürftige Menschen, die Sozialhilfe beziehen, leistungsrechtlich nicht schlechter gestellt sein dürfen, als jene ohne Sozialhilfebezug.

Jegliche Form der Bedarfsplanung – sei es durch die Pflegekassen, die Länder oder die Kommunen – wird vom bpa entschieden abgelehnt. Eine solche kommunale Bedarfsplanung der Angebote trägt nicht zur Steigerung der Versorgungsqualität bei und verhindert Innovationen und Investitionen.

Die Schaffung weiterer Doppelstrukturen, beispielsweise durch Expertengremien für Best-Practice-Empfehlungen, oder regionale Gesundheits- und Pflegekonferenzen, trägt nicht zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität bei. Gleiches gilt für den Ausbau zusätzlicher Qualitätskontrollen.

Eine Diskussion über die langfristige Finanzierung der Pflegeversicherung kann geführt werden. Wichtig ist dabei nicht zuletzt eine Beitragssatzstabilität.

Die Forderung nach einer jährlichen regelgebundenen Dynamisierung zur Anpassung der Leistungen der Pflegeversicherung an die Steigerung der Pflegekosten wird von uns ausdrücklich begrüßt.

III.) Zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Pflege vor Ort gestalten – Bessere Bedingungen für eine nutzerorientierte Versorgung schaffen

Der Antrag kritisiert die im Dritten Pflegestärkungsgesetz vermeintlich nicht ausreichende Stärkung der Kommunen in der Pflege. Insbesondere fehlten Steuerungs- und Gestaltungsmöglichkeiten der Angebotsstruktur vor Ort. Diese Instrumente müssten Kommunen jedoch im Rahmen der Daseinsvorsorge zur Verfügung stehen. Dementsprechend fordern die Antragsteller die Kommunen in ihrer Steuerungs- und Planungskompetenz der regionalen Pflegestruktur zu stärken, ihr Initiativrecht zur Schaffung von Pflegestützpunkten dauerhaft zu verankern und die Maßnahmen der Kommunen durch einen Förderfonds unter Beteiligung der Pflegeversicherung zu finanzieren. Darüber hinaus soll der Anspruch auf ein individuelles Case-Management bestehen und in Modellversuchen „Regionale Budgets“ erprobt werden, bei denen die Mittel der Leistungsträger durch die Kommunen zur Schaffung der Versorgungssicherheit im Quartier genutzt werden.

Der bpa teilt die Auffassung, dass den Kommunen bei der Koordination von lokalen Angeboten sowie bei der Verhinderung von Unterversorgung eine wichtige Rolle zukommt. In den vergangenen Jahren haben sie diese allerdings nur sehr zurückhaltend oder gar nicht wahrgenommen. Die Mehrheit der Bundesländer kommt nach wie vor der Verpflichtung nicht nach, die pflegebedürftigen Menschen von den Investitionskosten zu entlasten und die Pflegeeinrichtungen und -dienste zu fördern. Vor dem Hintergrund der in der Vergangenheit nicht oder nur wenig genutzten Regelungen und Gestaltungsmöglichkeiten bleibt der Drang nach mehr Einwirkungsmöglichkeiten wenig nachvollziehbar. Es sei denn, die Bereitstellung von Pflegeleistungen soll durch Steuerung unmittelbar an der Haushaltslage der Sozialhilfeträger ausgerichtet werden.

Der bpa lehnt jede Ausweitung der Steuerungs- und Planungskompetenz der Kommunen entschieden ab. Eine solche kommunale Bedarfsplanung der Angebote trägt nicht zur Steigerung der Versorgungsqualität bei und verhindert Innovationen und Investitionen. Die Argumentation der Antragsteller gegen Wettbewerb und für die Bedarfsplanung mittels des Verweises auf angeblich häufig gebaute aber von Pflegebedürftigen nicht gewünschte Großeinrichtungen, lässt sich durch einen Blick in die „Pflegestatistik 2013“ auflösen. 83% aller stationären Einrichtungen haben weniger als 100 Plätze. Im Durchschnitt leben in Pflegeheimen 63 Bewohner, in Einrichtungen privater Träger sogar nur 56. Nicht die Kommunen, son-

dern die Vielfalt des Marktes hat in den letzten Jahren für eine bedarfsgerechte Versorgung gesorgt. Es ist kein Risiko der Kommunen, wenn ein Dienstleister einen Pflegedienst, eine Tagespflege, eine Wohngemeinschaft oder ein Pflegeheim anbietet. Die Kommune ging und geht hier keine Auslastungsgarantie ein; das Risiko für ein bedarfsgerechtes Angebot war und bleibt beim Träger. Aufgabe der Kommunen muss es sein, Versorgungslücken zu erkennen und diese zum Wohle der Pflegebedürftigen zu schließen. Als Anbieter dieser fehlenden Leistungen müssen sie deshalb nicht auftreten. Die vergangenen Interventionen der Bundesländer und der Kommunen hatten häufig eine unerwünschte Nebenwirkung, nämlich lang anhaltende Wettbewerbsverzerrung. Eine solche droht nun zudem durch die Modellversuche mit „Regionalen Budgets“. Wenn die Kommunen als Kostenträger auftreten, alle Aufgaben der Pflegeplanung und -steuerung übernehmen und bestimmen können, welche Leistungen Anbieter vorhalten müssen, wird der Markt faktisch aufgelöst. Die heute bestehende Wahlfreiheit und Angebotsvielfalt in der Pflege könnte so zukünftig von der kommunalen Haushaltslage abhängig gemacht und eingeschränkt werden.

Die Nutzung von Geldern der Pflegeversicherung für einen Kommunen-Förderfonds wird von uns ebenfalls abgelehnt. Eine solche Zweckentfremdung von Versichertengeldern für Leistungen, die die Versorgungsqualität nicht verbessern, sondern höchstens zur Sanierung kommunaler Haushalte beitragen, ist nicht im Sinne der Versicherten der Sozialen Pflegeversicherung.

Die geplante Einführung des Initiativrechtes von Kommunen zur Errichtung von Pflegestützpunkten hält der bpa für nicht erforderlich. Gleiches gilt für den Ausbau weiterer Beratungs- und Vernetzungsstrukturen. Es fehlt an einem wissenschaftlichen Nachweis der Effektivität und Effizienz von Pflegestützpunkten. Die Praxis zeigt zudem, dass deren Angebote nur zurückhaltend genutzt werden. Bereits heute bestehen seitens der Pflegekassen und Sozialhilfeträger diverse Pflichten zur Kooperation und zur Beratung von Pflegebedürftigen bzw. der von Pflegebedürftigkeit Bedrohten und deren Angehörigen. Als möglichst niedrigschwelliger Zugang empfiehlt sich die Beratung durch Pflegedienste. Es sollte dementsprechend zu einer Stärkung der bestehenden Möglichkeiten der individuellen Beratung in der eigenen Häuslichkeit durch Pflegedienste kommen. Die bereits existierenden Leistungsansprüche sollten hierfür zusammengelegt und eine individuelle und umfassende Beratung aus einer Hand und direkt vor Ort als Sachleistung verankert werden. Auch das angedachte Case-Management wäre am sinnvollsten direkt bei den Pflegediensten angesiedelt.

Bundesarbeitsgemeinschaft

der überörtlichen Träger der Sozialhilfe

BAGüS

Münster, 12.10.2016

Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 17.10.2016 zum

a) Gesetzentwurf der Bundesregierung
Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III)
BT-Drucksache 18/9518
sowie die dazugehörigen Änderungsanträge auf der Ausschussdrucksache 18(14)0206.1 der Fraktionen CDU/CSU und SPD

b) Stellungnahme des Bundesrates BR-Drs. 410/16 (Beschluss)

c) Antrag der Fraktion DIE LINKE
Pflege teilhabeorientiert und wohnortnah gestalten
BT-Drucksache 18/8725

d) Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
Pflege vor Ort gestalten – Bessere Bedingungen für eine nutzerorientierte Versorgung schaffen
BT-Drucksache 18/9668

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0204(42)
gel. VB zur öAnhörung am 17.10.2016_PSGIII
12.10.2016

A) Zusammenfassung

Wir begrüßen die Verbesserungen, die das neue Pflegerecht insbesondere für Menschen mit dementiellen Erkrankungen schafft. Wir weisen aber darauf hin, dass die Leistungen der Pflegeversicherung für alle Menschen gleich sein müssen. Es darf nicht darauf ankommen, ob sie behindert sind oder ob sie in einer bestimmten Wohnform leben. Der Gesetzentwurf weitet die Sonderregelungen für Menschen mit Behinderungen auf ambulant unterstütztes Wohnen aus. Das lehnen wir nachdrücklich ab.

Die Schnittstellen zwischen SGB XI, Hilfe zur Pflege und Eingliederungshilfe bedürfen einer klaren Regelung um den Bürgerinnen und Bürgern einen streitfreien Zugang zu den Leistungen zu ermöglichen. Der Gesetzentwurf der Bundesregierung enthält eine solche Regelung nicht. Er ist daher dringend nachbesserungsbedürftig.

Die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im SGB XII ist zwingend, damit das Sozialhilferecht und das bereits geänderte Pflegeversicherungsrecht harmonisiert werden. Der Gesetzentwurf führt jedoch zu einer erheblichen Kostendynamik in der Sozialhilfe. Es bedarf daher zwingend einer Kostenausgleichsklausel.

Die von den Fraktionen CDU/CSU und SPD zu § 37 SGB V beantragten Änderungen verschieben die Verantwortung für Krankenkassenleistungen in den Zuständigkeitsbereich der Träger der Sozialhilfe. Dies ist nicht akzeptabel.

Da das Gesetz erst im Dezember des Jahres 2016 beschlossen wird, kann eine Umsetzung zum 1.1.2017 nicht reibungslos gelingen. Es sind daher Übergangsregelungen erforderlich.

B) Grundsätzliche Anmerkungen

1. Keine Änderung der Sonderbehandlung von Menschen mit Behinderungen / Ab 01.01.2020 Ausweitung der Leistungsbeschränkung auf ambulante Wohnformen

§ 43a SGB XI RegE und § 71 Abs. 4 SGB XI RegE, die zum 01.01.2020 korrespondierend mit der neuen Eingliederungshilfe nach dem BTHG in Kraft treten, halten die diskriminierende Leistungsbeschränkung für Menschen mit Behinderungen im SGB XI aufrecht und erweitern diese auf ambulante Wohnformen.

Dies ist weder im Sinne der UN Konvention über die Rechte der Menschen mit Behinderung (UN-BRK) noch mit Art. 3 des Grundgesetzes vereinbar. Eine ohnehin verfassungswidrige Vorschrift wird ausgeweitet.

Aus Art. 19 der UN-BRK ergibt sich, dass Menschen mit Behinderungen nicht verpflichtet sind, in besonderen Wohnformen zu leben. Zwar vermittelt diese Vorschrift kein subjektiv öffentliches Recht auf eine bestimmte Leistung, sie gibt aber als Staatszielbestimmung vor, dass die Leistungen so auszurichten sind, dass Menschen mit Behinderungen in der eigenen Häuslichkeit leben sollen. Alle staatlichen Leistungen sind daher so auszurichten, dass dies gelingt.

Soll das Ziel der UN BRK verwirklicht werden, müssen für diese Personen ambulante Wohnangebote entwickelt werden. Voraussetzung dafür ist, dass die selbstständig lebende Person auch ihre subjektiv öffentlichen Rechte auf öffentliche Leistungen effektiv geltend machen kann.

Der Regierungsentwurf beschränkt nunmehr diese Rechte für den Fall, dass behinderte Menschen ambulant betreut werden. Er verschlechtert damit deren Chancen, selbstständig zu wohnen. Deshalb ist es nicht akzeptabel, die bereits im geltenden Recht bestehende Begrenzung der subjektiv öffentlichen Rechte von Menschen mit Behinderungen in stationären Einrichtungen gegenüber den Pflegekassen durch die Regelung des Pflegeversicherungsgesetzes (Stichwort „ § 43 a SGB XI") noch auszuweiten.

2. Eindeutige Klärung der Schnittstellen (§ 13 Abs. 3 SGB XI-E und § 63b Abs. 1 SGB XII-E)

Die Abgrenzung der Leistungen der Pflegeversicherung, der Hilfe zur Pflege und der Eingliederungshilfe sind eindeutig zu regeln, um neue Schnittstellen und Auslegungsschwierigkeiten zu vermeiden. Die im Gesetz vorgesehene definitorische Abgrenzung ist dafür untauglich. Sie zergliedert einheitliche Lebenssachverhalte nach willkürlichen Kriterien und ordnet diese unterschiedlichen Leistungsträgern zu. Dies wird nicht nur zu erheblichen Abgrenzungsproblemen zwischen den Sozialleistungsträgern sondern vor allem zu Unklarheiten für die Bürgerinnen und Bürger führen. Eine Vielzahl von Rechtsstreitigkeiten und Unzufriedenheit wird die Folge sein.

Daher ist der Regierungsentwurf nicht gelungen und bedarf einer grundsätzlichen Überarbeitung.

3. Kostenfolgen

Neben der bereits zum PSG II erhobenen Kritik der Länder, der Kommunalen Spitzenverbände und der BAGüS ergeben sich inzwischen auch aus diversen Studien erhebliche negative Kostenwirkungen für die Sozialhilfeträger (Studie des Instituts für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik – ISG – aus November 2015, Barmer GEK Pflegereport). Die Wirkungen ergeben sich in erster Linie daraus, dass die Zahl der nicht versicherten pflegebedürftigen Menschen nach den Annahmen des BMG deutlich unterschätzt wird und zweitens die anfängliche Entlastung durch höhere Leistungen der Pflegeversicherung geringer ausfällt und deutlich schneller aufgezehrt wird. Zudem sind Leistungsausweitungen vorgesehen (z. B. Betreuungsleistungen). Angesichts des hohen Kostenrisikos müssen die Umsetzung des PSG III wissenschaftlich evaluiert und gesetzliche Grundlagen dafür geschaffen werden, dass ein angemessener Mehrkostenausgleich für die Träger der Sozialhilfe erfolgt. Dazu reichen die Regelungen in § 18c SGB XI nicht aus, insbesondere auch deshalb, weil ein verbindlicher Mehrkostenausgleich nicht vorgesehen ist.

Die Kostenauswirkungen jedweder Neuregelung bedürfen einer grundsätzlichen Untersuchung und Ausgleichsregelung.

4. Änderungsantrag Nr. 25 der Fraktionen CDU/CSU und SPD, § 37 V SGB V

Mit dem Antrag wird eine wesentliche Verschlechterung des Krankenversicherungsschutzes für Menschen mit Behinderungen eingefordert, die nicht den bislang aufgestellten Kriterien der Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes entspricht. Der Antrag ist abzulehnen.

5. Umsetzungsschwierigkeiten zum 01.01.2017

a) Aufgrund des Zeitdrucks und der absehbaren Umsetzungsprobleme Anfang des Jahres 2017 sollte den Trägern der Sozialhilfe u.a. durch Übergangsregelungen und anderen Vorkehrungen ein fließender Übergang in das neue Leistungsrecht der Hilfe zur Pflege ermöglicht werden.

b) Zu Artikel 2 (Änderung SGB XII; Hilfe zur Pflege) fällt auf, dass häufig ähnliche Formulierungen wie im SGB XI gewählt werden, jedoch im genauen Wortlaut oder in der Gliederung abweichend, ohne erkennbaren sachlichen Grund.

   Z. B. werden in § 61a SGB XII-E die Regelungen zum Begriff der Pflegebedürftigkeit des § 14 Abs. 1 Satz 1 und 2 und Abs. 2 SGB XI im Wesentlichen inhaltsgleich aber nicht wortgleich übernommen, § 14 Abs. 3 SGB XI fehlt jedoch. Eine Begründung dazu fehlt

   Wegen der Rechtsklarheit bittet die BAGüS darum, gleiche Formulierungen und Gliederungen zu wählen, wenn das Gleiche gemeint ist und nur abweichende Rechtsetzung kenntlich zu machen.

C) Zu einzelnen Regelungen im PSG III RegE (BT-Drucksache 18/9518)

Im Folgenden wird unter Berücksichtigung der Stellungnahme des Bundesrates (BR-Drucksache 410/16 B)und der Änderungsanträge der Fraktionen CDU/CSU und SPD (Ausschussdrucksache 18(14)0206.1) zu einzelnen Regelungen Stellung genommen.

1. Sonderbehandlung von Menschen mit Behinderungen in Einrichtungen (Art. 1 Nr. 12, § 43a SGB XI-RegE und Art. 1 Nr. 15, 71 Abs. 4 SGB XI-RegE)

§ 43a SGB XI RegE und § 71 Abs. 4 SGB XI RegE, die zum 01.01.2020 korrespondierend mit der neuen Eingliederungshilfe nach dem BTHG in Kraft treten sollen, halten die diskriminierende Leistungsbeschränkung für Menschen mit Behinderungen im SGB XI aufrecht und erweitern diese auf ambulante Wohnformen.

§ 71 Abs. 4 SGB XI RegE erweitert nämlich die Anwendung des § 43a auf Räumlichkeiten, in denen der Zweck des Wohnens von Menschen mit Behinderungen und der Erbringung von Leistungen der Eingliederungshilfe für diese im Vordergrund steht und auf deren Überlassung das Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz Anwendung findet.

Die Besitzstandsregelung in § 145 SGB XI RegE macht deutlich, dass auch der Gesetzgeber von einer Ausweitung dieser Leistungsbeschränkung ausgeht, da es sonst einer solchen Regelung für Bestandsfälle nicht bedürfte. Ergänzend ist zu bemerken, dass mit dem Wegbrechen von Pflegeversicherungsleistungen zumindest für neue Leistungsberechtigte die Finanzierung und damit die Struktur der betroffenen ambulanten Wohnformen in unverantwortlicher Weise gefährdet werden.

Damit wird die sachlich nicht zu rechtfertigende Leistungsbeschneidung, die nicht nur der UN-BRK zuwider läuft, sondern auch Art. 3 Abs. 3 Grundgesetz widersprechen dürfte, fortgesetzt und ausgeweitet.

Die Einzelheiten dazu sind in einer wissenschaftlichen Expertise von Prof Dr. Felix Welti dargestellt worden. Hierauf wird verwiesen.[1]

2. Verhältnis von Eingliederungshilfe (SGB XII) zur Hilfe zur Pflege (SGB XII) und zu den Leistungen der Pflegeversicherung (SGB XI), Art. 1 Nr. 6, § 13 Abs. 3 SGB XI und Art. 2 Nr. 5, § 63b Abs. 1 SGB XII-E

Das Verhältnis von Eingliederungshilfe und Hilfe zur Pflege bereitet bereits nach heutigem Recht Probleme, da beide Leistungen wesentlich durch eine Zielbestimmung abgegrenzt werden.

Gemäß § 53 SGB XII erhalten Personen Leistungen der Eingliederungshilfe, um den behinderten Menschen in die Gesellschaft einzugliedern. Hilfe zur Pflege erhalten gemäß § 61 SGB XII Personen, die wegen einer Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in erheblichem Maße der Hilfe bedürfen.

[1] https://www.lwl.org/LWL/Soziales/BAGues/veroeffentlichungen/welti-gutachten

Zwar gibt es eindeutige Fallkonstellationen, in denen nur die Pflege oder nur die Teilhabeleistung benötigt wird. In vielen Einzelfällen steht aber mal der eine, mal der andere Aspekt im Vordergrund. Die Folge sind Unklarheiten bei den Rechtsansprüchen und Streitigkeiten mit den Bürgerinnen und Bürgern und zwischen den Verwaltungen.

Die Einführung eines teilhabeorientierten Pflegebedürftigkeitsbegriffs vergrößert die Zahl der Abgrenzungsfälle.

Gemäß § 61a SGB XI RegE wird Hilfe zur Pflege an Personen geleistet, die eine gesundheitlich bedingte Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen.

Leistungen der Eingliederungshilfe sollen gemäß § 99 SGB IX BTHG-RegE an Personen geleistet werden, die in erheblichem Maße in ihrer Fähigkeit zur Teilhabe an der Gesellschaft erheblich eingeschränkt sind. Das PSG III regelt sodann in § 61a in 66 Kriterien, welche Bereiche maßgeblich sind für die Beurteilung der Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten. Das BTHG nimmt in § 99 Abs. 2 Bezug auf 9 Lebensbereiche, die in der Eingliederungshilfeverordnung ausdifferenziert werden. Die beiden Regelungsbereiche überschneiden sich erheblich.

Beispiel:

Zu den Lebensbereichen des BTHG zählt das Thema Selbstversorgung. Hierzu gehören die Items „sich waschen“, “Pflegen des eigenen Körpers“, „Benutzen der Toilette“, „An- und Ablegen von Kleidung“, „auf seine Gesundheit achten“, „Essen und Trinken“.

Zu den Kriterien der Hilfe zur Pflege nach dem PSG III gehören demgegenüber „Duschen und Waschen“, „Körperpflege“, „An- und Auskleiden“, „Essen und Trinken“, „Benutzen einer Toilette“.

Soll in einem Einzelfall beurteilt werden, ob eine Person, die offenbar einen Bedarf hat, Anspruch auf Leistungen der einen oder anderen Art hat, ist dies nicht möglich.

Hinzu kommen zwei weitere Probleme:

Die Zahl der Leistungsträger wird bei Umsetzung des BTHG erhöht, denn neben Pflegekassen (SGB XI) und Sozialhilfeträgern (SGB XII) tritt der neu zu schaffende Träger der Eingliederungshilfe (SGB IX-neu) hinzu. Mithin bestehen Schnittstellen nicht mehr nur zwischen zwei, sondern zwischen drei Leistungsgesetzen und drei Leistungsträgern.

Die deutliche Privilegierung des von den Betroffenen einzusetzenden Einkommens und Vermögens in der Eingliederungshilfe nach dem BTHG gegenüber der Hilfe zur Pflege im SGB XII macht die Eingliederungshilfe unter finanziellen Gesichtspunkten für viele Berechtigte zur „attraktiveren“ Leistung.

Eine Vielzahl von Streitigkeiten zwischen Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfängern und mehreren Sozialleistungsträgern droht. Der Regierungsentwurf zum BTHG sowie zum PSG III unternimmt trotz der inhaltlichen Überlagerungen den Versuch, die Leistungsansprüche definitorisch in ein Rangverhältnis zu setzen.

§ 91 Abs. 3 SGB IX BTHG RegE sieht dazu inhaltsgleich zu Regelungen des PSG III RegE (§ 13 Abs. 3 S. 3ff SGB XI und § 63b Abs. 1 SGB XII) Folgendes vor:

> „Im häuslichen Umfeld im Sinne des § 36 des Elften Buches der Leistungsberechtigten gehen die Leistungen der Pflegeversicherung nach dem Elften Buch, und die Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem Siebten Kapitel des Zwölften Buches und die Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem Bundesversorgungsgesetz den Leistungen der Eingliederungshilfe vor, es sei denn, bei der Leistungserbringung steht die Erfüllung der Aufgaben der Eingliederungshilfe im Vordergrund. Außerhalb des häuslichen Umfeldes gehen die Leistungen der Eingliederungshilfe den in Satz 1 genannten Leistungen vor."

Das Problem besteht darin, dass im Einzelfall einheitliche Lebenssachverhalte aufgespalten werden müssen, um den Bedarf nach Ziel und Zweck entweder der Eingliederungshilfe oder der Pflege zuzuordnen. Das Regelungsmodell geht davon aus, dass Leistungen der Eingliederungshilfe und der Pflege im Einzelfall nebeneinander erbracht werden und sich ergänzen. Sofern die Aufgaben der Eingliederungshilfe im Vordergrund stehen, sollen alle Leistungen der Eingliederungshilfe zugeordnet werden. Das dazu erforderliche Feststellungsverfahren wäre sowohl aufwändig, als auch streitbefangen. Diese Abgrenzung des Regierungsentwurfes ist nicht gelungen. Im Bereich der pflegerischen Betreuungsleistungen können Eingliederungshilfe und Hilfe zur Pflege nicht nur über definitorische Regelungen abgegrenzt werden. Es ist daher zwingend ein anderes Modell zu entwickeln.

Vorzuziehen ist daher die auch vom Bundesrat und dem Deutschen Verein vorgeschlagene Abgrenzung nach Lebenslagen. Ziel ist, die Leistungsansprüche an streitfrei feststellbare und leicht verständliche Kriterien zu knüpfen. Nach Lage der Dinge und dem Stand der Diskussion kommen hierfür entweder eindeutig feststellbare besondere Bedarfslagen oder, sofern diese nicht vorhanden sind, die allgemeine Lebenslage in Betracht.

Es lassen sich zwei Lebenslagen unterscheiden:

In der einen Lebenslage ist der Mensch entweder von Geburt an oder im Laufe des Erwerbslebens so beeinträchtigt, dass er nicht alleine für sich sorgen kann und auf staatliche Hilfe angewiesen ist. In dieser Lebenslage sind Teilhabeleistungen erforderlich. Diese umfassen alle notwendigen Leistungen soweit sie nicht durch Ditte zu erbringen sind. In der anderen Lebenslage ist der Mensch nach der Erwerbsphase auf Unterstützung angewiesen. In diesem Falle soll die Hilfe zur Pflege bedarfsdeckend leisten.

Wenn die Zuordnung geklärt ist, steht fest, welcher Leistungsträger zuständig ist. Der Leistungsträger soll dann im Rahmen seines Leistungsrechts alle erforderlichen Leistungen erbringen. Ist dies der Träger der Eingliederungshilfe kann der Leistungsbe-

rechtigte verlangen, dass dieser die Pflegeversicherungsleistungen mit erbringt; in Höhe des Anspruchs gegen die Pflegeversicherung ist ein gesetzlicher Erstattungsanspruch eigener Art des Trägers der Eingliederungshilfe zu normieren.

Für die Pflegeversicherung gilt, dass sie nach ihrem Leistungsrecht nur ihre pauschalierten Leistungsbeträge entsprechend dem jeweiligen Pflegegrad erbringt.

Die folgenden Ausführungen beziehen sich daher auf das Verhältnis von Eingliederungshilfe (Träger der Eingliederungshilfe) und Hilfe zur Pflege (Träger der Sozialhilfe). Wir bekennen uns zu dem Ziel, dass jeder Mensch mit erheblicher Behinderung in der eigenen Wohnung leben soll. Das Leben in einer Einrichtung muss sich auf die Fälle begrenzen, in dem dies objektiv nicht mehr möglich ist. Ist der Pflegebedarf so hoch, dass er nur in einer stationären Einrichtung der Pflege gedeckt werden kann, handelt es sich um Hilfe zur Pflege. Diese wird ergänzend zu den vollstationären Leistungen der Pflegeversicherung gewährt. Ist eine stationäre Einrichtung der Pflege nicht erforderlich, lebt der Mensch in der eigenen Häuslichkeit und erhält alle Sozialleistungen wie eine nicht behinderte Person.

3. Kosten und Kostenausgleichsklausel

Der Bund stellt zwar fest, dass sich die Leistungen im neuen Recht der Hilfe zur Pflege merklich erweitern, geht aber dennoch davon aus, dass die Änderungen, die durch das PSG III und durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II) eintreten werden, im Ergebnis zu einer Entlastung der Träger der Sozialhilfe führen.

Welche Daten und Berechnungen diesen Schluss zulassen, legt er aber nicht dar.

Die vom Bund prognostizierte Entlastung der Träger der Sozialhilfe kann daher nicht nachvollzogen werden.

Den Trägern der Sozialhilfe dürfen keine Mehrkosten entstehen. Daher ist einen verbindliche Mehrkostenausgleichsregelung aus Sicht der BAGüS zwingend.

4. Überleitungen/ Übergangsregelungen, Art. 2 Nr. 13, §§ 137, 138 SGB XII-RegE

Bereits in unsere Stellungnahme zum Referentenentwurf hatten wir darauf hingewiesen, dass hierbei insbesondere Regelungen für Personen der heutigen „Pflegestufe 0“ fehlen. Es muss insbesondere sicher gestellt sein, dass auch für diese Personen die bisherigen Leistungen, die auf der Grundlage des bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Rechts erbracht worden sind, vorläufig weitergewährt werden können.

Der Anträge des Bundesrates zu Artikel 2 Nr. 13 (§ 138 Satz 1 SGB XII und § 139-neu - SGB XI), werden daher begrüßt.

5. Erweiterung des Besitzstandsschutzes bei Wechsel in eine neu zugelassene vollstationäre Pflegeeinrichtung; Besitzstandsschutz bei fehlender Vergütungsvereinbarung (Artikel 1 (SGB XI) Nummer 25 (§ 141) – Änderungsantrag der der Fraktionen CDU/CSU und SPD

Die Regelung wirft erhebliche Fragen auf, die im Rahmen dieser Stellungnahme nicht ausführlich behandelt werden können. Die kurze Begründung lässt nicht erkennen, was gemeint oder gewollt ist, zumal auf den bestehenden Besitzstand abgestellt wird und in der Regelung selbst die Werte der neuen Einrichtung maßgeblich sind. Es wird dringend angeraten, hierzu noch ein Expertengespräch unter Beteiligung der Träger der Sozialhilfe durchzuführen.

6. Regelung zur Behandlungspflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen, Artikel 13 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch - Änderungsantrag Nr. 25 der der Fraktionen CDU/CSU und SPD zu § 37 SGB V (18 (14)0206.1 S. 37)

Der Änderungsantrag ist abzulehnen, weil danach eine Leistungspflicht der Krankenkasse in Einrichtungen der Eingliederungshilfe nur in Fällen einer ständigen Überwachung und Versorgung durch eine qualifizierte Pflegefachkraft vorgesehen ist und damit Leistungen der Behandlungspflege eingeschränkt würden.

Nach dem Wortlaut sollen Leistungen der Behandlungspflege, die durch die Krankenkasse zu erbringen sind, auf die Intensivleistung „ständige Überwachung und Versorgung durch eine qualifizierte Pflegefachkraft“ beschränkt werden. Dies steht nicht in Einklang mit der zitierten Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes (BSG) und den dort genannten Abgrenzungskriterien. Vielmehr wird erneut der Versuch unternommen, Sozialleistungen für Menschen mit Behinderungen zu begrenzen. Würde die im Gesetzentwurf vorgesehene Ausdehnung des Anwendungsbereichs der § 43a SGB XI RegE und § 71 Abs. 4 SGB XI RegE erhalten bleiben, käme es zu einer weiteren Verschärfung der Finanzierungsproblematik für die betroffenen ambulanten Wohnformen

C) Antrag der Fraktion DIE LINKE Pflege teilhabeorientiert und wohnortnah gestalten (BT-Drucksache 18/8725)

Kernforderung des Antrages ist insbesondere die Abkehr vom Teilleistungsprinzip hin zur Pflegevollversicherung (Nr. II 3b) des Antrages). Dies ist sicherlich wünschenswert, dürfte aber nicht finanzierbar sein.

Die Forderung, dass die Behandlungspflege vollumfänglich als Leistung nach § 37 SGB V gewährt wird (Nr. II 1g) des Antrages), ist zu begrüßen.

D) Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN Pflege vor Ort gestalten – Bessere Bedingungen für eine nutzerorientierte Versorgung schaffen BT-Drucksache 18/9668

Die Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege ist ein wichtiges Anliegen, welches auch durch das PSG III befördert werden soll. Die Regelungen zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege bleiben jedoch weit hinter den Erwartungen zurück. Es besteht ein hohes Interesse an einer praktikablen Ausgestaltung der Rahmenbedingungen der in § 123 SGB XI-E geregelten Modellvorhaben zur kommunalen Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen (sog. Modellkommunen Pflege), wie sie vom Bundesrat vorgeschlagen wird.

DEUTSCHER FRAUENRAT

Stellungnahme des Deutschen Frauenrats

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0204(44)
gel. VB zur öAnhörung am 17.10.2016_PSGIII
13.10.2016

zur

Öffentlichen Anhörung am 17. Oktober 2016,

zum

Gesetzentwurf der Bundesregierung
Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften
(Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG III)
BT-Drucksache 18/9518

und dem

Antrag der Fraktion DIE LINKE:
Pflege teilhabeorientiert und wohnortnah gestalten
BT-Drucksache 18/8725

sowie zum

Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN:
Pflege vor Ort gestalten – bessere Bedingungen für eine nutzerorientierte Versorgung schaffen
BT-Drucksache 18/9668

Vorbemerkung

Der DEUTSCHE FRAUENRAT (DF) hat in seiner Stellungnahme zum vorangegangenen Gesetzentwurf Pflegestärkungsgesetz II (PSG II), der den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff auf den Weg brachte, die Verbesserungen für Pflegebedürftige, Pflegepersonal und pflegende Angehörige begrüßt. Der DF begrüßt jetzt auch, dass der vorliegende Gesetzentwurf zum Pflegestärkungsgesetz III (PSG III) den Pflegebedürftigkeitsbegriff nun in die Pflegepraxis bringt. Insbesondere wird die verstärkte Beteiligung der Kommunen begrüßt.

Dennoch muss der DF als Interessenvertretung und bundespolitische Lobby der Frauen immer wieder – so auch hier – darauf hinweisen, dass die Situation von Frauen in der Pflege, insbesondere als pflegende Angehörige, nicht hinreichend berücksichtigt wird. Der DF bringt deshalb auch bei diesem Gesetzentwurf die Gleichstellungsperspektive ein.

Gleichstellungspolitische Aspekte zur Ausgestaltung des PSG III

Überlegungen, in welcher Weise sich das Gesetzesvorhaben auf Frauen auswirkt und wie ihre Situation in Bezug auf die Pflege verbessert werden kann, sind nicht Gegenstand dieses Gesetzentwurfs. Der in der Bundespolitik geltende Anspruch der Genderprüfung kann so nicht erfüllt werden. Bereits zum PSG II hat der DF die folgenden gleichstellungspolitischen Punkte kritisiert, die sich im PSG III fortsetzen:

- Es wird davon ausgegangen, dass **Pflege zuhause** und weitestgehend **in der Familie** (d.h. unter heutigen Bedingungen von Töchtern, Ehefrauen, Schwiegertöchtern usw.) bzw. als ehrenamtliche Tätigkeit, ebenfalls ganz überwiegend von Frauen, erbracht wird. In der Praxis bedeutet dies häufig eine immense, tägliche Belastung der Pflegenden, die unter den gegebenen gesellschaftlichen Bedingungen ungleich zwischen Männern und Frauen verteilt ist. Dies neu zu berücksichtigen, hat dieser Gesetzentwurf eine gute Chance, denn die **kommunale Ebene** ist dieser Lebenswelt von Frauen nahe. Der DF fordert den Gesetzgeber auf, dies im Sinne der betroffenen Frauen auch zu nutzen.
- Das Prinzip der **unbezahlten Pflegeleistung** wird im PSG III erneut durch die Stärkung der häuslichen Pflege durch Angehörige sowie des Ehrenamtes aufgewertet und fortgesetzt. Die Chance, mit ausreichenden Investitionen in die professionelle Pflegeinfrastruktur **Arbeit** und **Einkommen**, insbesondere für Frauen, sowie damit zusätzlichen **Wohlstand** zu schaffen, wird verpasst.
- Die Gefahr, dass wieder Frauen (beruflich Pflegende, pflegende Angehörige, bis hin zu in illegalen Arbeitsverhältnissen beschäftigte Pflegende) die bestehenden und sich – bei steigendem Bedarf – weiter auftuenden **Versorgungslücken** füllen sollen, bleibt erhalten, wird sogar verstärkt (s.u.).
- Der DF begrüßt zwar die Leistungsverbesserungen, die PSG II und III bringen, kritisiert aber weiterhin, dass die in den vergangenen Jahren versäumte **Dynamisierung** der Leistungen damit nicht ausgeglichen wird, insbesondere weil die Finanzierung nicht zukunftssicher ist.
- Diese Bedingungen sind nicht der richtige Weg. Die Sorge für die Pflegebedürftigen ist eine Aufgabe und Herausforderung der gesamten **Gesellschaft**, denen diese sich auch zu stellen hat, während weiterhin die **Lastenverteilung** zu Lasten von Frauen geht und die Risiken insgesamt ungleich verteilt sind.
- Dabei ist der **marktvermittelte** Lösungsweg über die Pflegeversicherungen zwar ein teilweise hilfreicher Ansatz zur Bereitstellung von Pflegeleistungen. Er beinhaltet jedoch zusätzliche **ge-**

schlechtsspezifische Folgen, insbesondere durch die finanziellen Bezüge von Pflegesachleistungen, Eigenanteilen oder Lohnungleichheit bei gleichwertiger Arbeit sowie der geschlechtsspezifischen Verteilung von unbezahlter Arbeit in der Pflege.

Subsidiaritätsgrundsatz wird erneut gestärkt – auch nach Kassenlage

Der DF kritisiert wegen der beschriebenen Ungleichverteilung, dass die Pflegeversicherung sich in der Weise auf den Subsidiaritätsgrundsatz stützt, dass vorrangig die Familie für die Pflege von Angehörigen verantwortlich ist und der Grundsatz der Teilleistungsversicherung nicht verändert wird. Die Leistungen für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige sind auch in neuen Textstellen darauf ausgerichtet, dass vorrangig die häusliche Pflege zu fördern ist. Auch wenn das im Sinne der Pflegebedürftigen nachvollziehbar ist, wird dabei jedoch immer wieder ein verpflichtender Bezug zu den pflegenden Angehörigen hergestellt. In der Praxis ist zudem die Eigenbeteiligung von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen ein häufiger Grund, dass Pflege in der Familie, von Frauen, selbst übernommen werden muss. Von **Freiwilligkeit** kann dabei nicht die Rede sein.

Als extreme Ausgestaltung spricht der neue § 64 im Artikel 2 „Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch“ sogar ausdrücklich von einem Vorrang der Ausführung von Pflege mittels **Pflegegeld**, was ganz grundsätzlich der Pflege durch Angehörige entspricht, die durch andere unbezahlt arbeitende Menschen ergänzt werden soll:

> „Der Träger der Sozialhilfe soll darauf hinwirken, dass die häusliche Pflege durch Personen, die dem Pflegebedürftigen nahe stehen, als Nachbarschaftshilfe oder durch sonstige, zum gesellschaftlichen Engagement bereits Personen übernommen wird.“

Diese Aufforderung ist beim Artikel 1, den Änderungen zum SGB XI (Pflegeversicherung) nicht vorhanden. Wenn also Menschen auf die Hilfen des SGB XII angewiesen sind, wird die Pflege durch Angehörige sogar ausdrücklich eingefordert. Bisher konnte der Träger so verfahren, nach dieser geänderten Regelung müsste er so verfahren. Diese unterschiedliche Behandlung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen „nach Kassenlage“ bzw. „nach Bedürftigkeit“ lehnt der DF ab, denn:

- Damit werden Pflegebedürftige und ihre Angehörigen von professionellen Pflegesachleistungen sogar **ausgeschlossen**.
- Es kann sogar ein **Nachweiszwang** entstehen, warum die Pflege nicht ohne professionelle Pflegeleistung erfolgen kann bzw. warum diese erforderlich ist. Das wird in den meisten Fällen eine erhebliche Überforderung für Pflegebedürftige oder ihre Angehörigen bedeuten. Damit werden ihre Freiwilligkeit und Selbstbestimmung stark eingeschränkt.
- Menschen mit Pflegebedarf werden **auf Laienpflege** und niedrigschwellige Angebote aus der Nachbarschaftshilfe und aus dem Ehrenamt **verwiesen**.
- Der Gesetzgeber kann nicht ernsthaft erwarten, dass diese die professionellen Pflegeleistungen ersetzen könnten, ohne die **Pflegequalität** zu gefährden.
- Eine entsprechende Gleichsetzung von bezahlter professioneller Pflege und unbezahlter Laienpflege **entwertet** zudem die professionelle Pflegeleistung tausender Beschäftigter in der Pflege – auch zumeist Frauen.

- Dies ist eine nicht zu rechtfertigende **Ungleichbehandlung aus Kostengründen** auf Seiten des Staates, die die Freiwilligkeit der Übernahme von familiärer Pflege untergräbt.
- Den Trägern der Pflegeleistungen wird die gebotene **fachliche Ausübung** der Pflege quasi per Gesetz untersagt.

Menschen mit Behinderung nicht schlechter stellen

Im vierten Teil des Gesetzentwurfes „Pauschalleistung für die Pflege von Menschen mit Behinderung“ beschreibt der § 43 a neu, dass die Pflegekassen für Menschen mit Behinderung in ambulanten Wohn- und Betreuungs-Einrichtungen maximal 266 Euro pro Monat erhalten. Leben sie allerdings in einem Haushalt oder einen stationären Pflegeeinrichtung, so steht ihnen die volle Leistung der Pflegekasse zu.

Eine solche Ungleichbehandlung lehnt der DF aus gleichstellungspolitischen Gründen ab. Mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff wird die Anzahl von Menschen mit Behinderung zunehmen, für die Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung gezahlt werden. Eine rechtliche Ungleichbehandlung nach dem Wohnort oder der leistungsrechtlichen Klassifizierung der Einrichtung ist u.E. unzulässig. Für Frauen mit Behinderung gilt, dass sie öfter als Männer mit Behinderung nicht in der Familie versorgt bzw. gepflegt werden und daher besonders betroffen sind.

Höheres Armutsrisiko für pflegende Frauen nicht ausreichend beachtet

Auch diese Reform der Pflegeversicherung beachtet nicht ausreichend, dass Frauen, da sie öfter eine häusliche Pflege übernehmen, dadurch persönlich arm werden. Sie müssen ihre Arbeitszeit reduzieren, um die Pflege leisten zu können, sie geben die Erwerbstätigkeit sogar auf oder nehmen, als „Sandwich-Generation“, nach der Erziehungsphase keine neue Erwerbstätigkeit an. Sie haben im Anschluss an eine Pflege, die meist in ihrem persönlich fortgeschrittenen Alter stattfindet, kaum mehr Möglichkeiten, für das Alter noch selbst vorsorgen zu können. Die Pflegeversicherung bietet zwar für pflegende Angehörige auch Rentenbeiträge an, diese sind aber nicht ausreichend. Vor allem ist es keine hinreichende Lösung, wenn die Rentenbeiträge aus der Pflegeversicherung gekürzt werden, falls Pflegesachleistungen zusätzlich in Anspruch genommen werden müssen, denn das ändert die Verpflichtung und den Arbeits- und Zeitaufwand der Pflegenden nicht grundlegend, so dass sie einer entsprechenden rentenversicherten Erwerbstätigkeit nachgehen könnten.

Die Folgen für die **Alterssicherung** dieser Frauen wird i.d.R. nicht wahrgenommen, vor allem wenn sie in einer Ehe oder Bedarfsgemeinschaft leben und das Einkommen des (Ehe-) Partners zugrunde gelegt oder angerechnet wird. Insgesamt ist das eine höchst unbefriedigende Situation für Frauen als pflegende Angehörige, die geändert werden muss.

- Der DF setzt sich nach wie vor für eine weitere **Erhöhung der Rentenbeiträge** für Pflegende ein.
- **Keine Beitragskürzung**! Kürzungen der Beiträge, die mit der teilweisen Inanspruchnahme von Pflegesachleistungen einhergehen, sind kontraproduktiv und müssen gestrichen werden.

- Jede gesetzliche Aufforderung zur **unfreiwilligen Übernahme** einer häuslichen Pflege bei Bedürftigkeit muss **gestrichen** werden.

In diesem Zusammenhang muss unbedingt der sogenannte **Ehrenamts-Lohn** angesprochen werden, mit dem die ehrenamtlich in der Pflege Tätigen mit Stundensätzen zwischen drei und fünf Euro pro Stunde abgefunden werden sollen, während man von ihnen hochwertige Betreuung und die quasi-professionelle Entlastung von pflegenden Angehörigen erwartet. Der DF lehnt diese Konstruktion ab und fordert:

- Eine gute Pflegereform muss dafür sorgen, dass die professionelle Pflege ausgebaut und damit **sozialversicherte Arbeitsplätze** und **existenzsicherndes Einkommen** vor allem für Frauen geschaffen werden.
- Das gilt gleichermaßen für die **haushaltsnahen Dienste**, die zur Entlastung von Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen geschaffen werden müssen.

Pflege als Daseinsvorsorge etablieren

Der DF stimmt der Einschätzung des Antrages der Fraktion BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN zu, die eine dauerhafte Einflussnahme der öffentlichen Hand einfordert: „Anders als es die Bundesregierung plant, müssen Kommunen dauerhaft die Möglichkeit erhalten, die Initiative bei der Pflegeberatung, Pflegeplanung und Vernetzung der Angebote zu ergreifen und auf Wunsch auch die Koordination zu übernehmen, um ein effizientes Hilfenetz entstehen zu lassen, das auch im ländlichen Raum trägt und den Herausforderungen des demographischen Wandels nachkommt.“ Bedauerlicherweise wird auch hier die Perspektive der Frauen als pflegende Angehörigen außer Acht gelassen.

Der DF leitet deshalb zu der Einschätzung der Fraktion DIE LINKE über, die der Verantwortung der Angehörigen zur Erbringung der Pflegeleistung regelmäßig vorausgeht: „Die wenigsten Menschen erhalten die Unterstützung, die sie sich wünschen und benötigen und die sie so lange wie möglich am sozialen Leben teilhaben lässt.“ Auch hier ist eine gleichstellungspolitische Ergänzung erforderlich. Der DF dehnt diese Feststellung deshalb aus: Defizite in der Versorgung von Pflegebedürftigen müssen aufgrund des Teilleistungs-Charakters der Pflegeversicherung regelmäßig von ihren Angehörigen ausgeglichen werden. Hinzu kommt: Wenn Pflege nicht in kommunaler Daseinsvorsorge erbracht sondern der gewinnorientierten Marktregulierung überlassen wird, kann sich das Risiko schlechter Pflegeversorgung deutlich erhöhen, wie vielfach aus der Praxis bereits berichtet wurde. Dieses Risiko geht, insbesondere wenn die Pflegeleistungen aufgrund mangelnder finanzieller Leistungsfähigkeit der Pflegebedürftigen von der Familie erbracht werden müssen, i.d.R. auf die Frauen über. Der DF lehnt diese geschlechtsspezifische de-facto Zuschreibung ab.

- Der Gesetzgeber hat gerade bei der Pflege, die einen so umfangreichen Anteil der **Verteilung von unbezahlter Arbeit im häuslichen Bereich** betrifft, die Möglichkeit, Regelungen so zu gestalten, dass die Verteilung nicht länger vor allem die Frauen belastet. Dazu fordert der DF den Gesetzgeber auf.
- Das vorliegende Gesetzesvorhaben beinhaltet dazu die Chance, die häusliche Pflege der kommunalen **Daseinsvorsorge** wieder ein Stück näher zu bringen, indem nicht nur Modellvorhaben zur

Steuerung durch die Kommunen vorgesehen werden, sondern diese Angebote von Anfang an als **Regelangebot** entwickelt werden.

- Da bei der Pflege die Möglichkeiten der Betroffenen als souveräne Marktteilnehmer eingeschränkt sind, sieht der DF die **kommunale Anbindung und Steuerung** als hilfreichen Ansatz, der dauerhaft zu verankern ist.

Pflegeleistungen im Interesse von Frauen dauerhaft sichern

Der asymmetrische Automatismus in der häuslichen Pflege zu Lasten von Frauen muss für die Zukunft unterbrochen werden. Die aktuellen Änderungen der Pflegegesetzgebung sind durch den Leistungsausbau für die häusliche Pflege und durch die Unterstützungsleistungen für Pflegende ein Schritt in die richtige Richtung. Da aber der Grundsatz der **Subsidiarität** nicht aufgegeben wird, bleiben die Verbesserungen für Frauen als pflegende Angehörige unzureichend. Die Debatte um das PSG II hat zudem gezeigt, dass die **Finanzierung** der Pflege nicht zukunftssicher ist, so dass das Risiko für Frauen, als Angehörige zur Pflege verpflichtet zu werden, weiter steigt. Der DF fordert deshalb weiterhin grundsätzlich:

- Maßnahmen zur **Stärkung der solidarischen Umlagefinanzierung,** die im Gesetzentwurf fehlen. Diese könnten z.B. mit dem Ausbau einer **Erwerbstätigen-Versicherung** für die Pflege vorangebracht werden, so dass die guten und schlechten Risiken nicht länger zur sozialen Schichtung bei der Leistungserbringung führen.
- Ergänzend wird hier an die o.g. Abgrenzung bei Inanspruchnahme des SGB XII erinnert, die eine **weitere Risiko-Spreizung** für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen bedeutet, wenn sie der Bedürftigkeitsprüfung unterliegen.
- Die Finanzierung der Pflegeversicherung ist regelmäßig zu dynamisieren. Schon bei den vorangegangenen Reformschritten kritisierte der DF, dass durch die fehlende **Dynamisierung** die Erbringung der Pflegeleistung und/oder ihrer Finanzierung durch Angehörige stark angestiegen ist. Als ernstzunehmendes Modell für eine umfassende Sicherstellung von professionellen Pflegeleistungen für alle Pflegebedürftigen hat der DF die Empfehlung von einigen Pflegeverbänden zur Kenntnis genommen, die eine **Pflegevollversicherung** vorschlagen.
- Die Entwicklung einer inklusiven **Sozialraumgestaltung** für alternative gemeinschaftliche Wohnformen, für **haushaltsnahe Unterstützungsleistungen** und eine teilhabeorientierte Pflegeinfrastruktur ist voranzubringen.
- Bei bezahlten Dienstleistungen ist auf **diskriminierungsfreie Bezahlung** und Einbezug in die **soziale Sicherung** für Frauen hinzuwirken.
- Zum PSG II begrüßte der DF, dass der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff alle relevanten Kriterien in eine **einheitliche Systematik** fasst. Die Aufnahme der eingeschränkten Alltagskompetenz und der umfassende Ansatz der Unterstützung und sozialen Teilhabe setzen eine langjährige Forderung des DF um, da hier oft jede Unterstützung ausblieb. Diese sollen nun zu einer Verbesserung der häufig prekären Situation bei den Betroffenen führen, müssen den Praxistest aber erst noch bestehen.

Unabhängigkeit der Pflegeberatung sicher stellen

Von pflegefachlichen Verbänden wurde bereits in der Vergangenheit angeführt, dass Pflegeberatung neutral erfolgen muss. Sie darf nicht in Konflikt mit der Tätigkeit als Träger von Pflegeleistungen oder von Sozialleistungen geraten. Eine im Sinne von Frauen gute Beratung ist trägerunabhängig und richtet sich auf die qualitativ hochwerte Erbringung der notwendigen Pflege und Betreuung. Da diese Beratung kommunal erfolgen soll, müssen die Kommunen dazu auch ausreichend finanziell ausgestattet sein. Als Träger der Sozialhilfe sollte die Leistungssteuerung in Bezug auf die Pflege nicht bei ihnen liegen, denn auch das kann zu Interessenkonflikten zu Lasten von Frauen führen.

In Anbetracht der o.g. möglichen unterschiedlichen Behandlung von Leistungen nach SGB XI oder SGB XII fordert der DF, dass auch der **Inhalt der Beratung** neutral erfolgen muss. Eine Bevorzugung der häuslichen Pflege durch Angehörige bzw. die Leistungserbringung durch die Gewährung von Pflegegeld als vorrangige Maßnahme ist u.E. unzulässig.

Berlin, 12. Oktober 2016

Hannelore Buls
Deutscher Frauenrat e.V., Vorstand

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0204(47)
gel. VB zur öANhörung am 17.10.
2016_PSGIII
14.10.2016

Verband der Privaten Krankenversicherung

Stellungnahme

Gesetzentwurf der Bundesregierung
Drittes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III)
BT-Drucksache 18/9518

Änderungsanträge der Fraktionen CDU/CSU und SPD
Drittes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III)
Ausschussdrucksache 18(14)0206.1

Antrag der Fraktion DIE LINKE
Pflege teilhabeorientiert und wohnortnah gestalten
BT-Drucksache 18/8725

Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
Pflege vor Ort gestalten – Bessere Bedingungen für eine nutzerorientierte Versorgung schaffen
BT-Drucksache 18/9668

anlässlich der öffentlichen Anhörung
am 17. Oktober 2016 in Berlin

14. Oktober 2016

Postfach 511040	Gustav-Heinemann-Ufer 74c	Telefon	Telefax	E-Mail	Internet
50946 Köln	50968 Köln	(0221) 99 87 – 0	(0221) 99 87 – 39 50	info@pkv.de	www.pkv.de

Inhaltsübersicht

I. Allgemeine Anmerkungen

II. Zu ausgewählten Regelungen des Gesetzentwurfs

Art. 1 Nr. 4c) - § 8a Abs. 2 bis 5 SGB XI:	Gemeinsame Empfehlungen der pflegerischen Versorgung
Art. 1, Nr. 10 b) – § 37 Abs. 8 SGB XI:	Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen
Art. 1 Nr. 20 b) - § 113b Abs. 4 SGB XI:	Qualitätsausschuss
Art. 1 Nr. 25 b) - § 141 Abs. 3 SGB XI:	Besitzstandsschutz und Übergangsrecht zur sozialen Sicherung der Pflegeperson
Art. 1 Nr. 26 - § 144 Abs. 3 SGB XI:	Überleitungs- und Übergangsregelungen, Verordnungsermächtigung
Art. 1 Nr. 29 - § 145 SGB XI:	Besitzstandsschutz für pflegebedürftige Menschen in häuslicher Pflege
Art. 2 Nr. 5 - § 62a SGB XII:	Bindungswirkung

III. Zu ausgewählten Änderungsanträgen

IV. Antrag der Fraktion DIE LINKE - Pflege teilhabeorientiert und wohnortnah gestalten

V. Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN - Pflege vor Ort gestalten - Bessere Bedingungen für eine nutzerorientierte Versorgung schaffen

I. Allgemeine Anmerkungen

Die PKV begrüßt im Grundsatz die Umsetzung der Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Pflege vor Ort durch das Dritte Pflegestärkungsgesetz (PSG III).

Zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung vor Ort werden Steuerungsmöglichkeiten der Angebotsstruktur vor Ort sowie effiziente Kooperations- und Koordinationsstrukturen inklusive einer besseren Verzahnung der kommunalen Beratung geschaffen. Dies entspricht der Rolle der Kommunen im Rahmen der Daseinsvorsorge und als Sozialleistungsträger mit Beratungsangeboten und Beratungsaufgaben. Das beabsichtigte stärkere Engagement der kommunalen Ebene ist zu begrüßen. Es muss jedoch sichergestellt werden, dass bestehende Strukturen – hier insbesondere der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI – nicht gefährdet oder gar zerschlagen werden. Statt der sich hier andeutenden Verdrängung sollte der Schwerpunkt auf eine stärkere Kooperation und Vernetzung der verschiedenen Akteure im Rahmen ihrer jeweils unterschiedlichen Zuständigkeiten gelegt werden. Auf die bereits heute im Rahmen der Pflegeberatung der Privaten Pflegepflichtversicherung durch die compass private pflegeberatung stattfindende erfolgreiche Vernetzung vor Ort sei hingewiesen. Solche Ansätze gilt es weiter auszubauen.

Mit der Ergänzung der Kontrollmöglichkeiten der Pflegeeinrichtungen, die aufgrund aktueller Erkenntnisse zum Pflegebetrug notwendig geworden sind, kann dazu beitragen werden, Pflegebetrug zu verhindern und damit Pflegebedürftige, ihre Angehörigen, aber auch die Versichertengemeinschaft davor zu schützen. Die Regelungen zur Verhinderung von Abrechnungsbetrug in der Pflege durch unterschiedliche Prüfrechte sind daher zu befürworten. Dies insbesondere in Verbindung mit der bereits erfolgten Erweiterung der Qualitätsprüfungen des PKV-Prüfdienstes und des MDK um die Prüfung der Abrechnungen der erbrachten Leistungen (§ 114 Abs. 2 SGB XI). Im Rahmen der Qualitätsprüfungen können dadurch bei ambulanten Pflegediensten Hinweise und Erkenntnisse für ggf. erforderliche weitere Maßnahmen gewonnen werden. Dadurch können die Schutzinteressen der Pflegebedürftigen unterstützt werden.

Durch die Erweiterung der Inhalte der Rahmenverträge nach § 75 SGB XI, die zukünftig neben den Verfahrens- und Prüfungsgrundsätzen für Wirtschaftlichkeitsprüfungen auch Grundsätze zu Abrechnungsprüfungen enthalten werden, können unmittelbar für alle Pflegeeinrichtungen verbindliche Regelungen in den Bundesländern vereinbart werden.

Die Konkretisierung des bereits bestehenden Auftrages zur Entwicklung eines Konzeptes für eine Qualitätssicherung in neuen Wohnformen (§ 113b Abs. 4. Nr. 6 SGB XI) trägt zur Klarheit bei. Angesichts der Erweiterung des Auftrages erscheint die Frist bis zur Fertigstellung am 31. März 2018 jedoch als zu knapp bemessen.

Unter dem Gesichtspunkt des Verhältnisses von Aufwand und Nutzen sollten die Regelungen zur nachträglichen Kostenerstattung für Leistungen nach § 45b SGB XI (Ergänzung zu § 144 Absatz 3 SGB XI) noch einmal überprüft werden. Durch diese Regelungen erfolgt eine einmalige Verlängerung der Übertragbarkeit der Mittel. Diese einmalige und vorübergehende Veränderung

ist weder den Nutzerinnen und Nutzern nachvollziehbar zu vermitteln, noch ist sie mit einem angemessenen Aufwand umsetzbar.

Die mit den Änderungsanträgen 2 und 18 vorgesehene Ausweitung des Nutzerkreises der Informationen der Leistungs- und Preisvergleichslisten nach § 7 Abs. 3 SGB XI sowie der Daten, die den Qualitätsdarstellungsvereinbarungen nach § 115 Abs. 1a SGB XI zu Grunde liegen, wird zu einer weiteren Verbesserung der Transparenz der Leistungen der Pflegeeinrichtungen beitragen. Unter Verbraucherschutzgesichtspunkten ist das zu begrüßen.

Mit Änderungsantrag 17 werden die Mitwirkungspflichten der Pflegeeinrichtungen im Rahmen der Qualitätsprüfungen konkretisiert. Anlass hierfür sind bekannt gewordene standardisierte Widersprüche von Pflegebedürftigen, um eine Qualitätsprüfung zu verhindern. Die PKV missbilligt die beschriebenen Praktiken und befürwortet die Neuregelung.

II. Zu ausgewählten Regelungen des Gesetzentwurfs

Art. 1 Nr. 4 c) – § 8a Abs. 2 bis 5 SGB XI: Gemeinsame Empfehlungen der pflegerischen Versorgung

Eine Stärkung der Rolle der Kommunen soll u.a. im Bereich der Sicherstellung der pflegerischen Versorgung erfolgen. Die Länder erhalten daher die Möglichkeit, regionale Pflegeausschüsse und sektorenübergreifende Landespflegeausschüsse einzurichten. Dabei sollte der PKV die Möglichkeit eingeräumt werden, sich auch auf Landesebene in den verschiedenen Gremien, wie bisher bereits in den Landespflegeausschüssen nach Absatz 1, einbringen zu können.

> **Vorschlag:**
> § 8a Abs. 4 SGB XI sollte um einen Satz 4 ergänzt werden (Änderungen kursiv und unterstrichen): *"Vertreter des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V. können den Ausschüssen nach den Absätzen 1 bis 3 angehören."*

Art. 1 Nr. 10 b) – § 37 Abs. 8 SGB XI: Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen

Nach § 37 Abs. 8 SGB XI (neue Fassung) können neben Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern nach § 7a SGB XI auch anerkannte Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften, die die erforderliche pflegefachliche Kompetenz aufweisen, Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI durchführen. Gem. § 37 Abs. 8 Satz 2 SGB XI sind diese Beratungsbesuche jedoch nicht zu vergüten. Dies wird damit begründet, dass die Finanzierung der Tätigkeit der Pflegeberater nach § 7a SGB XI über den Verwaltungshaushalt der Pflegekassen erfolgt. Hinsichtlich der anerkannten Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften sei die gesonderte Vergütung nach § 37 Abs. 3 SGB XI nicht erforderlich, weil diese Beratungspersonen aufgrund der Finanzierungssystematik der Pflegestützpunkte durch die jeweils entsendende Stelle finanziert werden.

Aus dieser Gesetzesbegründung wird ersichtlich, dass sich der Ausschluss der Vergütung gem. § 37 Abs. 3 SGB XI nur auf die Pflegeberater der Pflegekassen nach § 7a SGB XI und solche der kommunalen Gebietskörperschaften bezieht. Führen z.B. Pflegeberater der compass private Pflegeberatung die Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI durch, soll ihre Vergütung nach § 37 Abs. 3 SGB XI nicht durch § 37 Abs. 8 SGB XI ausgeschlossen sein. Dies ist auch folgerichtig, weil die Tätigkeit der Pflegeberater von compass nicht so finanziert wird, wie die der Pflegberater der Pflegekassen. Vielmehr stellt compass die Einsätze wie ein Pflegedienst in Rechnung. Die Rechnungen werden anteilig vom Versicherer und der Beihilfe erstattet. Die anteilige Erstattung durch die Beihilfe betrifft 75 Prozent der Beratungsfälle und der Beihilfesatz liegt in der Regel bei 70 Prozent.

Der wichtige Finanzierungsanteil der Beihilfe darf durch die Neuregelung nicht gefährdet werden. Trotz des erkennbaren Willens des Gesetzgebers könnte der Wortlaut des § 37 Abs. 8 SGB XI jedoch ausgelegt werden, dass die Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI, die von compass-Pflegeberatern durchgeführt werden, ebenfalls nicht mehr zu vergüten sind. Um der

besonderen Situation in der privaten Pflegeversicherung Rechnung zu tragen, schlagen wir daher die nachfolgende Klarstellung vor. Der Vorschlag würde gegenstandslos, wenn sich der Gesetzgeber entschlösse, dem Vorschlag des Bundesrates zu folgen, die Regelung aus dem Gesetzentwurf nicht zu übernehmen.

Vorschlag:
Folgende Ergänzung des § 37 Abs. 8 Satz 2 SGB XI schlagen wir vor (Änderungen kursiv und unterstrichen):
„In diesen Fällen erfolgt keine Vergütung der Beratungsbesuche*; dies gilt nicht, sofern der Beratungsbesuch außerhalb des Anwendungsbereichs des § 123 Abs. 6 Satz 3 von einem Pflegeberater oder einer Pflegeberaterin nach § 7a Abs. 5 Satz 3 durchgeführt wird*."

Art. 1 Nr. 20 b) - § 113b Abs. 4 SGB XI: Qualitätsausschuss

Die vorgesehene Konkretisierung des bereits bestehenden gesetzlichen Auftrags nach § 113c Abs. 4 Nr. 6 SGB XI zur Entwicklung eines Konzeptes für eine Qualitätssicherung in neuen Wohnformen befürworten wir. Neben einem Konzept zur Qualitätssicherung sollen nun auch Instrumente für die interne und externe Qualitätssicherung sowie für eine angemessene Qualitätsberichterstattung entwickelt und deren Eignung erprobt werden.

Das hierfür vorgesehene Zeitfenster bis zum 31. März 2018 halten wir – insbesondere auch vor dem Hintergrund der bestehenden weiteren Aufträge und der geltenden Fristen für europaweite Ausschreibungen – nicht für ausreichend.

Art. 1 Nr. 25 b) – § 141 Abs. 3 SGB XI: Besitzstandsschutz und Übergangsrecht zur sozialen Sicherung der Pflegeperson

Die neue vorgeschlagene Regelung zum Besitzstandsschutz bei Kurzzeitpflege in Form der Fortgeltung des am 31. Dezember 2016 vereinbarten Pflegesatzes ist notwendig und nachvollziehbar.

Die weitergehenden Regelungen in Satz 2 würden jedoch zu einer Besserstellung der Pflegebedürftigen, die Kurzzeitpflege am 31. Dezember 2016 in Anspruch genommen haben, führen. Zudem würden Pflegebedürftige benachteiligt, die gemäß dem Grundsatz ambulant vor stationär, ggf. für nur kurze Zeit die Pflege in der Häuslichkeit sicherstellen möchten, und dann doch erneut die Leistungen der vollstationären Pflege in Anspruch nehmen müssen. Daher wird die Streichung von Satz 2 vorgeschlagen.

Art. 1 Nr. 26 – § 144 Abs. 3 SGB XI: Überleitungs- und Übergangsregelungen, Verordnungsermächtigung

§ 144 Abs. 3 SGB XI bestimmt, für welchen Zeitraum noch nicht genutzte Beträge aus § 45b SGB XI in das Jahr 2017 übertragen und für die Leistungen nach dem neuen § 45b SGB XI genutzt werden können und für welchen Zeitraum vor dem 1. Januar 2017 eine nachträgliche Kostenerstattung für § 45b SGB XI-Leistungen möglich ist.

Die Einführung der Regelung wird damit begründet, dass in den einzelnen Bundesländern die Voraussetzungen, z.B. durch Erlass einer Verordnung, zu spät geschaffen wurden, damit Entlastungsangebote anerkannt werden können. Somit war es den Pflegebedürftigen nicht möglich, ab dem Inkrafttreten der Änderung im SGB XI diese Angebote in Anspruch zu nehmen. Die nachträgliche Reaktivierung bereits verfallener Beträge für zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsangebote soll nun als Kompensation für die betroffenen Versicherten dienen.

Die Regelung geht aber weit über dieses Ziel hinaus, weil mit den verfallenen Beträgen zum einen im Jahr 2017 in Anspruch genommene Angebote zur Unterstützung im Alltag finanziert werden können und zum anderen alte Rechnungen aus den Jahren 2015 und 2016 über zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen erstattet werden können. Dies ist nicht nachvollziehbar, weil eine Inanspruchnahme von Angeboten zur Unterstützung im Alltag im Jahr 2017, die Betreuungs- und Entlastungsangebote umfassen, nichts mit dem fehlenden Angebot an Entlastungsangeboten in den Jahren 2015 und 2016 zu tun hat.

Das trifft genauso auf die Betreuungsangebote zu, die in den Jahren 2015 und 2016 in Anspruch genommen wurden. In diesen Jahren 2015 und 2016 bestand für die Versicherten nicht oder nicht in ausreichendem Maße die Möglichkeit, niedrigschwellige Entlastungsangebote in Anspruch zu nehmen. Dieser Mangel wird jedoch nicht durch die vorgeschlagene Regelung behoben. Es ist auch fernliegend anzunehmen, dass die Versicherten, die in den Jahren 2015 und 2016 einen Bedarf an niedrigschwelligen Entlastungsangeboten, d.h. an Unterstützung im Haushalt, hatten, statt dessen verstärkt niedrigschwellige Betreuungsangebote, Betreuungsangebote eines Pflegedienstes, Leistungen im Zusammenhang mit Kurzzeit- oder teilstationärer Pflege in Anspruch genommen hätten. Vielmehr mussten sie ihren Bedarf anderweitig sicherstellen. Dies konnten sie, indem sie hauswirtschaftliche Leistungen von Pflegediensten in Anspruch nahmen, die über § 45b Abs. 1 Satz 6 Nr. 3 SGB XI erstattungsfähig waren. Sie hatten somit die Möglichkeit, die Mittel aus § 45b SGB XI zu nutzen. Haben sie sie dennoch verfallen lassen, so war das unzureichende Angebot an niedrigschwelligen Entlastungsangeboten nach § 45b Abs. 1 Satz 6 Nr. 4 SGB XI kein ausreichender Grund dafür.

Unabhängig davon dürften den Versicherten die erforderlichen Belege aus den Jahren 2015 und 2016 in den meisten Fällen nicht mehr vorliegen. Denn sie mussten davon ausgehen, dass die Rechnungsbeträge aufgrund des Verfalls der Mittel nicht erstattet werden würden, so dass sie keinen Grund hatten, die Rechnungen aufzubewahren.

Insgesamt rechtfertigt die Begründung und das verfolgte Ziel den damit verbundenen sehr hohen Verwaltungsaufwand nicht, weil sich der Nutzen insgesamt als eher gering darstellt. Auch das stellt in Frage, ob diese Regelung sinnvoll ist. Daher sollte die Regelung nicht aufgenommen werden.

Sollte dem Vorschlag nicht gefolgt werden, sollte die Regelung jedenfalls wie folgt eingeschränkt werden: Die Sätze 2, 3 und 4 des Absatzes 3 sollten gestrichen werden, so dass nur noch Satz 1 bestehen bleibt, der die Möglichkeit der Übertragung verfallener Mittel aus den Jahren 2015 und 2016 in das Jahr 2017 (bis zum 31.12.2017) vorsieht. Wie aus der obigen Begründung hervorgeht, führt die nachträgliche Kostenerstattung zu weit, weil dadurch gerade die Pflegebedürftigen, die nicht die Entlastungsleistungen in Anspruch nehmen wollten, einen Vorteil erlangen. Denn nur sie können Rechnungen über Betreuungsleistungen oder Aufwendungen im Zusammenhang mit Kurzzeitpflege oder teilstationärer Pflege vorlegen. Dies ist denjenigen Pflegebedürftigen, die niedrigschwellige Entlastungsangebote nach § 45b Abs. 1 Satz 6 Nr. 4 SGB XI in den Jahren 2015 und 2016 in Anspruch nehmen wollten, gerade nicht möglich. Da die Angebote zu der Zeit noch nicht bzw. kaum zur Verfügung standen, haben diese Versicherten auch keine Rechnungen über diese Leistungen. Sie werden in den meisten Fällen nicht stattdessen niedrigschwellige Betreuungsangebote in Anspruch genommen haben, weil diese den speziellen Bedarf nicht decken können. Somit würde die nachträgliche Kostenerstattung ihren eigentlichen Zweck verfehlen. Wird Satz 1 alleine beibehalten, steht den Versicherten für das gesamte Jahr 2017 ein zusätzlicher Betrag zur Verfügung, um niedrigschwellige Entlastungsangebote in Anspruch zu nehmen.

Art. 1 Nr. 29 – § 145 SGB XI: Besitzstandsschutz für pflegebedürftige Menschen in häuslicher Pflege

Die Besitzstandsschutzregelung ab dem Jahr 2020 erscheint äußerst komplex. Personen, die einen Anspruch auf Leistungen nach § 43a (n.F.) auslösen würden und am 1. Januar 2017 einen Anspruch auf häusliche Pflegeleistungen hatten, erhalten dann auch in den Räumlichkeiten nach § 43a (n.F.) nicht dessen Leistungen, sondern weiterhin die Leistungen bei häuslicher Pflege. In dieser Konstellation ist unklar, welcher Leistungsbetrag anzuwenden ist. Eine Anwendung des maximalen Leistungsbetrages nach § 36 erscheint im Vergleich zu den 266 EUR unverhältnismäßig hoch. Weiterhin ist unklar, was in der Fallkonstellation passiert, dass der Betroffene nur sehr geringe oder gar keine häusliche Pflegehilfe in Anspruch genommen hat. Eine klarere Fassung der Regelung wäre daher zu begrüßen.

Art. 2 Nr. 5 - § 62a SGB XII: Bindungswirkung

Die Träger der Sozialhilfe haben die Entscheidung der Pflegekasse über das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit ihrer eigenen Entscheidung zugrunde zu legen. Dies muss auch für die Feststellungen der privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflegepflichtversicherung durchführen, gelten. Aufgrund der Verpflichtung der Versicherungsunternehmen in § 23 Abs. 6 SGB XI, für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit sowie für die Zuordnung zu einem Pflege-

grad dieselben Maßstäbe wie in der sozialen Pflegeversicherung anzulegen, muss auch die Leistungszusage des Versicherungsunternehmens eine entsprechende Bindungswirkung zur Folge haben.

Dadurch wird vermieden, dass die Sozialhilfeträger eigene Gutachten einholen müssen und möglicherweise Leistungen aus der privaten Pflegepflichtversicherung für einen anderen Pflegegrad erbracht werden als die Leistungen der Sozialhilfe. Dies dient der Entbürokratisierung und der einheitlichen Rechtsanwendung.

Vorschlag:
Satz 1 sollte wir folgt formuliert werden: " Die Entscheidung der Pflegekassen und der privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflegepflichtversicherung durchführen, über den Pflegegrad ist für den Träger der Sozialhilfe bindend, …"

III. Zu ausgewählten Änderungsanträgen

Änderungsantrag 2, zu Art. 1 Nr. 1 - § 7 SGB XI: Datenschutzharmonisierung; Bedingungen für die Weitergabe der Leistungs- und Preisvergleichslisten

Buchstabe b), bb)

Die vorgesehene Nutzungsmöglichkeit der Informationen aus den Leistungs- und Preisvergleichslisten auch für Dritte ist unter Wettbewerbsgesichtspunkten zu befürworten. Für die Verbraucher wird dies zu einer größeren Vielfalt an Darstellungen der Informationen führen und somit zu einer weiteren Transparenz beitragen.

Um eine Nutzung der Daten durch Dritte zu ermöglichen, sollte in Anlehnung an die Vereinbarung nach § 7 Abs. 4 SGB XI eine zentrale Datenannahmestelle auf Bundesebene geschaffen werden, in der die Landesverbände der Pflegekassen die Daten aus den jeweiligen Bundesländern zu einem bundesweit einheitlichen Format zusammenführen. Die Art der Datenübermittlung sollte dabei den bestehenden unterschiedlichen Datenhaltungen in den Ländern Rechnung tragen. Eine einheitliche Datenstruktur würde zudem zu einer Vergleichbarkeit der Informationen beitragen. Der bisherige Verwaltungsaufwand der Datenvorhaltung in diversen Datenbanken würde sich durch eine „Zentralisierung“ erheblich reduzieren.

Änderungsantrag 6, Art. 1, Nr. 10 - § 43 SGB XI: Stationäre Leistungsbeträge

Die Regelung schließt eine vorhandene Regelungslücke bei „negativem Eigenanteil“. Sie trägt somit zur Rechtssicherheit bei und wird befürwortet.

Änderungsantrag 7, Art. 1, Nr. 14 - § 51 SGB XI: Verwaltungsvereinfachung

Die gesetzliche Verpflichtung der privaten Versicherungsunternehmen, Personen, die ihrer Pflicht zum Abschluss der privaten Pflegepflichtversicherung nicht nachkommen, dem Bundesversicherungsamt nunmehr auf elektronischem Wege zu melden (Buchstabe a), würde vor dem Hintergrund erfolgen, dass nach gemeinsamer Feststellung des BVA und der PKV die von der PKV abzugebenden Meldungen nach § 51 SGB XI bereits heute zu ca. 90 Prozent elektronisch erfolgen. Mit Blick darauf erscheint die gesetzliche Anordnung eines elektronischen Meldeverfahrens überzogen. Gerade für die bisher nicht elektronisch gemeldeten Sachverhalte könnte die Einrichtung eines elektronischen Meldeverfahrens mit unverhältnismäßigem Aufwand verbunden sein. Damit erscheint auch die Anordnung einer entsprechenden Vereinbarung (Buchstabe c) unnötig.

Änderungsantrag 15, Art. 1, Nr. 20 - § 113b SGB XI: Redaktionelle Folgeänderung zur Neuregelung in § 115 Abs. 1c SGB XI

Auf die Ausführungen zu Änderungsantrag 18 wird verwiesen.

Änderungsantrag 17, Art. 1, Nr. 21 - § 114a SGB XI: Konkretisierung der Mitwirkungspflicht der Einrichtungen bei Qualitätsprüfungen und Maßgaben für Einwilligung, mit dem Ziel, standardisierte Widersprüche auszuschließen

Die Regelungen erscheinen erforderlich und angemessen.

Änderungsantrag 18, Art. 1, Nr. 21 - § 115 SGB XI: Zugang für Dritte zu nicht gewerblicher Nutzung der Daten, die den Qualitätsdarstellungsvereinbarungen nach § 115 Abs. 1a zu Grunde liegen; verbindliche Nutzungsbedingungen

Ergänzend zur Veröffentlichungspflicht der Landesverbände der Pflegekassen und dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. sollen zusätzlich zu den Informationen der Leistungs- und Preisvergleichslisten nach § 7 Abs. 3 SGB XI zukünftig auch Dritten die Daten, die den Qualitätsdarstellungsvereinbarungen zu Grunde liegen, zur Verarbeitung und Veröffentlichung zur Verfügung gestellt werden.

Die Verbreiterung der Nutzer der Daten kann, wie bereits zum Änderungsantrag 2 ausgeführt, zu einer weiteren Verbesserung der Transparenz für die Verbraucher beitragen. Eine zentrale Datenannahmestelle ist hier – im Gegensatz zu den Ausführungen zum Änderungsantrag 2 – auf Bundesebene, in Form der DatenClearingStelle, bereits vorhanden.

Änderungsantrag 23, Art. 1, Nr. 25 - § 141 SGB XI: Erweiterung des Besitzstandschutzes bei Wechsel in eine neu zugelassene vollstationäre Pflegeeinrichung, Besitzstandsschutz bei fehlender Vergütungsvereinbarung

Die vorgesehene Klarstellung in Absatz 3 zur einmaligen monatlichen Berechnung des Zuschlagsbetrages und dessen grundsätzliche monatliche Zahlung in gleicher Höhe wird befürwortet.

Unklar ist durch diese Regelung weiterhin, welcher Berechnungsfaktor (30, 42 oder tatsächliche Anzahl der Tage) im Monat anzusetzen ist. Gleichfalls ergeben sich weiterhin Unklarheiten bezüglich der Teilmonate (Beginn und Ende der Pflege wegen Einzug, Heimwechsel, Abwesenheiten oder Tod des Pflegebedürftigen). Zur Sicherstellung einer bundesweit einheitlichen Berechnung und Umsetzung wäre eine gesetzliche Klarstellung hilfreich.

Änderungsantrag 28, Art. 15 Nr. 1 - § 2 PflegeStatV: Zusätzliche Erfassung von Pflegegrad 1

Mit der beantragten Regelung würden in der PPV nicht alle Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 erfasst, da dort der Grundsatz der Kostenerstattung gilt. So könnte es zwar Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 geben, die keine solchen Leistungen zur Unterstützung im Alltag, stattdessen aber z.B. Leistungen der teilstationären Pflege (§ 45b Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB XI), der Kurzzeitpflege (§ 45b Abs. 1 Satz 3 Nr. 2 SGB XI) oder der Pflegedienste (§ 45b Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 SGB XI) in

Anspruch nehmen, für die in der privaten Pflegepflichtversicherung ebenfalls die Kosten erstattet würden. Diese Pflegebedürftigen würden dann aufgrund der vorgesehenen Regelung nicht erfasst werden.

Vorschlag:

In Absatz 2 Nr. 2 werden die Wörter „nach §§ 37, 38 oder 123 des Elften Buches Sozialgesetzbuch und Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz“ durch die Wörter „nach § 37 oder § 38 des Elften Buches Sozialgesetzbuch und Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1“ ersetzt.

IV. Antrag der Fraktion DIE LINKE - Pflege teilhabeorientiert und wohnortnah gestalten

Der Antrag der Fraktion Die Linke enthält umfangreiche Forderungen zur Umsetzung von Maßnahmen und zur Vorlage von Gesetzentwürfen mit dem Ziel

1. gleichwertige Lebensbedingungen in der Pflege zu schaffen und eine bedarfsdeckende Versorgung in hoher Qualität zu sichern,
2. die öffentliche Steuerungshoheit für eine flächendeckende und bedarfsgerechte Pflegeversorgung zurückzugewinnen und Eckpunkte für eine Pflegebedarfsplanung zu entwickeln und umzusetzen und
3. die Pflege qualitativ zu verbessern und Menschen mit Pflegebedarf sowie die Kommunen nachhaltig zu stärken, wozu die finanzielle Ausstattung der Kommunen und der Pflegeversicherung solidarisch ausgestaltet werden soll.

Zu Nr. 1:
Bestrebungen zur Schaffung von Transparenz sind grundsätzlich zu unterstützen. In Bezug auf Buchstabe b) besteht jedoch bereits heute für die Verbraucher eine umfängliche Informationsmöglichkeit auf Basis der Leistungs- und Preisvergleichslisten nach § 7 Abs. 3 SGB XI. Durch die PKV werden diese Informationen sehr detailliert auf der Internetseite www.pflegeberatung.de im Bereich der Pflegesuche zur Verfügung gestellt. Hinsichtlich Buchstabe f) wird auf die Zuständigkeit der Länder im Rahmen von Rechtsverordnungen in Verbindung mit der Empfehlung nach § 45c Abs. 7 SGB XI in Bezug auf die Angebote zur Unterstützung im Alltag hingewiesen.

Zu Nr. 2:
Mit dem PSG III werden die Grundlagen dafür geschaffen, die Versorgungsstrukturen vor Ort besser an den Bedarf der Pflegebedürftigen anzupassen. Dies geschieht durch eine bessere Einbindung der kommunalen Stellen bei der Steuerungs- und Planungskompetenz. Darüber hinaus erfolgt eine stärkere Einbindung der kommunalen Stellen, wodurch die Entwicklung von Sozialräumen gestärkt wird. Die Durchführung einer Pflegebedarfsplanung ist eine kommunale Aufgabe, die in Abstimmung mit vielen weiteren Beteiligten zu erfolgen hat. Verbindliche Vorgaben können jedoch ggf. die individuellen Besonderheiten der kommunalen Strukturen nicht abbilden. Insofern sollte die Planung in Eigenverantwortung der Kommunen erfolgen, wie dies bereits heute durch einige Kommunen aufgrund vorausschauender Planungen des Bedarfs erfolgt.

Zu Nr. 3:
Die Einführung einer Pflegevollversicherung wird von der PKV ebenso abgelehnt wie die Beendigung des „Nebeneinander von Sozialer Pflegeversicherung und Privater Pflegepflichtversicherung“ und die Abschaffung des „Pflege-Bahr“, also der Zulagenförderung für freiwillige ergänzende Pflegeversicherungen.

Bei der geforderten Vollkostenabsicherung stellt sich bereits Frage, wie der Bedarf objektiv ermittelt werden soll. Gerade in der häuslichen Pflege stößt man hier auf erhebliche Schwierigkeiten. Profitieren würden von einer Vollkostenabsicherung im Übrigen vor allem die finanziell besser gestellten Kreise. Sie müssten, obwohl sie dazu finanziell in der Lage wären, für das Pflege-

risiko nicht mehr vorsorgen, sondern erhielten alle Kosten aus der solidarisch finanzierten Pflegeversicherung ersetzt. Finanziell Bedürftige, die heute ergänzend zur Pflegeversicherung aus Steuermitteln versorgt werden, hätten in der Regel keinen Vorteil gegenüber der jetzigen Lage. Schon bei Einführung der Pflegeversicherung ist auch auf den Heimsogeffekt hingewiesen worden, der mit einer Vollkostendeckung im Pflegefall zu befürchten wäre. Dieser wiederum würde angesichts begrenzter Personalkapazitäten eine Preisspirale in Gang setzen.

Insgesamt wird durch den Teilkaskocharakter der Pflegeversicherung und die Eigenbeiträge der Versicherten auch die Selbstbestimmung und Kontrolle der Qualität durch die Versicherten selbst mit gewährleistet. Eine Vollversicherung kann zu Qualitätsverlusten und zur Einschränkung der Selbstbestimmung der Betroffenen führen.

Jeder Vorschlag zur Reform der Pflegeversicherung muss sich im Übrigen daran messen lassen, ob er den demografischen Herausforderungen für die Finanzierbarkeit der Pflege gerecht wird: Die Zahl der pflegebedürftigen Menschen wird sich in den nächsten 45 Jahren annähernd verdoppeln. Galten 2013 noch rund 2,6 Millionen Menschen als pflegebedürftig, so werden es im Jahr 2060 voraussichtlich 4,7 Millionen sein.[1] Die Leistungen der Pflegeversicherung werden in der Regel im hohen Alter in Anspruch genommen. In einer alternden Gesellschaft ist ein Anstieg der Leistungsausgaben selbst dann unausweichlich, wenn das heutige Leistungsniveau eingefroren würde.

Wenn die demografiebedingt steigenden Leistungen der Pflegeversicherung im Umlageverfahren finanziert werden, wie es bei der SPV typisch ist, wird eine infolge der demografischen Entwicklung sinkende Zahl von Menschen im Erwerbstätigenalter – so verkleinert sich die Gruppe der 20- bis 64-Jährigen bis zum Jahr 2060 um mehr als 30 Prozent (49 auf 34 Millionen)[2] – die zunehmende Zahl von Älteren mitfinanzieren müssen.

Der programmierte Anstieg der Leistungsausgaben bei gleichzeitiger Erosion der Finanzierungsbasis des Umlageverfahrens kann nur durch steigende Beitragssätze kompensiert werden. Modellrechnungen zeigen, dass der zur Finanzierung notwendige Beitragssatz zur SPV im Jahr 2060 je nach Szenario 4,74 bis 7,66 Prozent betragen kann.[3] Das Instrument der Beitragssatzanhebung wird an Grenzen stoßen, da es die jüngere Generation überfordert und den Wirtschaftsstandort Deutschland mit Lohnzusatzkosten belastet.

Vor diesem demografischen Hintergrund ist mehr kapitalgedeckte Demografievorsorge in der Pflegeversicherung notwendig, denn die Pflegeausgaben sind stark altersabhängig. Aus diesem Grund bauen Privatversicherte schon in jungen Jahren kapitalgedeckte Rücklagen auf und treffen damit Vorsorge für den im Alter steigenden Bedarf an Pflegeleistungen.

---

[1] Demografie-Portal des Bundes und der Länder, Anzahl der Pflegebedürftigen steigt vor allem bei Hochbetagten, 2015.

[2] Statistisches Bundesamt, Bevölkerung Deutschlands bis 2060, 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, S. 20.

[3] David Bowles, Wolfgang Greiner, *Kollektiv-ergänzende Kapitaldeckung in der sozialen Pflegeversicherung – Wirkungen des Pflegevorsorgefonds auf die Beitragssatzentwicklung,* ZSR 61 (2015), Heft 2, S. 210.

Mit den vorgeschlagenen Regelungen würden darüber hinaus die Vorteile des Systemwettbewerbs verloren gehen. Das Nebeneinander einer sozialstaatlichen und einer privatwirtschaftlichen Pflegeversicherungssäule hat der Pflege in Deutschland gut getan, denn der Wettbewerb der Systeme produziert neue Ideen und Lösungen für eine bessere Pflegeversorgung aller Bürger. Vor allem im Bereich der Pflegequalität hat die PKV neue Vorbilder geschaffen. Das Spektrum reicht von der Privaten Pflegeberatung compass über Qualitätsprüfungen in Pflegeheimen und bei Pflegediensten durch den Prüfdienst der PKV bis hin zur wissenschaftlichen Verbesserung der Versorgungspraxis durch die von der PKV gegründete unabhängige Stiftung „Zentrum für Qualität in der Pflege“ (ZQP).

Mit der 2013 gestarteten Zulagenförderung für ergänzende Pflegeversicherungen (5 Euro monatlich) weist der Staat auf die Notwendigkeit der Eigenvorsorge hin und unterstützt entsprechende Bemühungen der Bevölkerung. Allein rd. 750.000 Personen haben seitdem eine geförderte Pflegeergänzungsversicherung abgeschlossen. Das Interesse an zusätzlicher Pflegevorsorge ist durch die Einführung der Förderung insgesamt gestiegen: heute gibt es über 3 Mio. Verträge.

Eine Einstellung der Förderung oder Rückabwicklung der Verträge käme einer Enteignung der Versicherten gleich. Auf unsere Stellungnahme zur Drucksache 18/5914 vom 22. September 2014 wird verwiesen (http://www.pkv.de/politik/stellungnahmen_zur_gesetzgebung/2014-2016/stellungnahme-antrag-der-fraktion-die-linke-pflege-bahr-abschaffen/).

V. Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Pflege vor Ort gestalten – Bessere Bedingungen für eine nutzerorientierte Versorgung schaffen

Die im Antrag benannten Forderungen werden in weiten Teilen bereits durch die vorliegenden Pflegestärkungsgesetze aufgegriffen. Insbesondere erfolgt die Umsetzung der Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe durch das Dritte Pflegestärkungsgesetz (PSG III), nachdem bereits mit dem Pflegestärkungsgesetz I Leistungsverbesserungen und mit dem Pflegestärkungsgesetz II ab dem 1. Januar 2017 ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt worden sind. Die Stärkung der Rolle der Kommunen durch das PSG III erfolgt dabei in den Bereichen Sicherstellung der Versorgung, niedrigschwellige Angebote und Beratung.

Die Steuerungs- und Planungskompetenz kann durch Nutzung der Regelungen in § 8a SGB XI (neu) zu gemeinsamen Empfehlungen der pflegerischen Versorgung verbessert werden. Zur Sicherstellung der Versorgung erhalten die Länder die Möglichkeit, durch landesrechtliche Vorschriften Ausschüsse zur Beratung über sektorenübergreifende Zusammenarbeit (sektorenübergreifender Landespflegeausschuss) in der Versorgung einzurichten. Zudem können regionale Ausschüsse (regionale Pflegekonferenzen) insbesondere zur Beratung über Fragen der Pflegeversicherung in Landkreisen und kreisfreien Städten gebildet werden. Empfehlungen zur Sicherstellung der pflegerischen Infrastruktur (Pflegestrukturplanungsempfehlung) können durch diese Ausschüsse nach Maßgabe der landesrechtlichen Vorschriften erarbeitet werden. Entsprechend § 8 Abs. 1 SGB XI ist die pflegerische Versorgung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe definiert. Daher haben die Länder, die Kommunen, die Pflegeeinrichtungen und die Pflegekassen eng zusammenzuwirken, um die pflegerische Versorgung zu gewährleisten. Dies muss in der entsprechenden Zuständigkeit erfolgen. Eine Umsetzung der Maßnahmen einer Pflegestrukturplanung durch die Länder bzw. Kommunen muss somit aus Steuermitteln erfolgen. Zudem sei auf die bereits vorhanden Möglichkeiten der Förderung nach § 45c SGB XI hingewiesen, wobei hier bislang keine Ausschöpfung der zur Verfügung stehenden Mittel erfolgt.

Eine Förderung der regionalen Zusammenarbeit von Akteuren, die an der Versorgung Pflegebedürftiger beteiligt sind, kann ab dem 1. Januar 2017 mit Mitteln nach § 45c Abs. 9 SGB XI erfolgen. Die Netzwerkarbeit auf kommunaler Ebene kann dadurch unterstützt werden. Den Kommunen wird durch die Neuregelungen in § 7b Abs. 2 SGB XI die Möglichkeit eingeräumt, Pflegeberatung im Sinne von § 7a SGB XI zu erbringen. Dabei muss jedoch darauf geachtet werden, dass bestehende Angebote und Strukturen der Pflegeversicherung, hier insbesondere die Pflegeberatung der privaten Pflegepflichtversicherung durch compass private pflegeberatung, in ihrem Bestand nicht gefährdet werden. Insoweit sollte Beratung in den jeweiligen Zuständigkeiten, jedoch vernetzt und abgestimmt erfolgen.

Bereits heute erfolgt eine Beteiligung der Betroffenengruppen und Verbände in verschiedenen Gremien. Insbesondere sei hier auf die Landespflegeausschüsse auf Landesebene hingewiesen. Vor Schaffung neuer Regelungen sollten die bestehenden Beteiligungsmöglichkeiten genutzt werden. Die Unterbreitung von Angeboten der Länder für die Kommunen zur Beratung in Bezug auf die pflegerische Versorgung kann jederzeit erfolgen; dies erfolgt – wie auch im Antrag beschrieben – in einigen Ländern bereits.

Dr. Rolf Hoberg Birkenwaldstraße 130 70191 Stuttgart, den 14.10.2016

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0204(48)
gel. ESV zur öAnhörung am 17.10.2016_PSGIII
14.10.2016

Deutscher Bundestag

Ausschuss für Gesundheit

Der Vorsitzende

Prof. Dr. Edgar Franke, MdB

Platz der Republik 1

11011 Berlin

Öffentliche Anhörung des Ausschusses für Gesundheit zum Pflegestärkungsgesetz III am 17.10.2016

Sehr geehrter Herr Vorsitzender,

ich danke Ihnen für die Einladung zur Teilnahme an der oben genannten Anhörung und die Gelegenheit zur Abgabe der beigefügten schriftlichen Stellungnahme.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Rolf Hoberg

Stellungnahme zum Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III) vom 05.09.2016 BT-Drucksache 18-19518 samt Änderungsanträgen

1. Die Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege soll auch durch regionale Planungsgremien und von ihnen erarbeitete Empfehlungen erfolgen. Man mag die relative Schwäche von Empfehlungen beklagen, doch würde eine Sicherstellungsverantwortung von Land und Kommunen analog zur Krankenhausfinanzierung heute auch nicht überzeugen. So muss das Zusammenspiel von regionalen Pflegeplanungsgremien unter Einbeziehung der Pflegekassen bei dort verankertem Sicherstellungsauftrag die heute machbare Lösung darstellen, deren Gewicht in der Praxis allerdings durch die (Rechts-)aufsicht gestützt werden könnte.

2. Der Gesetzentwurf greift die Idee der Modellkommunen auf und übernimmt Grundüberlegungen zur Abwehr eines kommenden Pflegenotstandes durch bessere Koordination und Kooperation auf der kommunalen Ebene. Das ist positiv zu würdigen wie auch die Verbeserungen gegenüber dem Referentenentwurf, so z.B. die vorgesehenen Regelungsmechanismen auf der Landesebene (Genehmigung) und der kommunalen Ebene (Vertragsabschluss) zwischen Kommunen und Pflegekassen sowie die Schiedstellen zur Verfahrensbeschleunigung. Mit dem Ansatz von "Modellkommunen" bleibt die Initiative aber im Bereich der Erprobung ohne gesichertes Anschlusskonzept. Dies ist angesichts der von der Regierung in ihrer "Demografiestrategie" beschriebenen Dringlichkeit absehbarer Pflegeversorgungsprobleme zu wenig.

3. Der Gesetzentwurf geht defensiv mit dem Konzept der Modellkommunen um. Dies zeigt sich an der Beschränkung auf den Bereich der Beratung, die eine integrierte Versorgungs- und Hilfeplanung sowie ein verbindliches Case Management nur in Ansätzen zulässt. Zudem lässt die zeitliche Streckung der Modellphase eine politische Aufnahme von Ergebnissen der Modellkommunen für eine Weiterentwicklung der Pflegeversicherung in weite Ferne rücken. Die Notwendigkeit auch kurz- und mittelfristig die kommunale Handlungsebene zu stärken wird auf diese Weise nicht wirklich ernst genommen. Der verbindliche Beginn der Modellversuche und die Fristen für landesrechtliche Regelngen sollten um ein Jahr vorgezogen werden.

4. Problematisch ist es, dass dem Spitzenverband GKV die Aufgabe übertragen wird, Empfehlungen für Ausgestaltung des Ansatzes der Modellkommunen zu formulieren. Diese bedürfen zwar der Zustimmung der Länder und des BMG , sehen aber nur eine Anhörung der kommunalen Spitzenverbände vor. Sieht man die fundamental

ablehnende Haltung des GKV-Spitzenverbandes zu dem Gesetzentwurf in diesem Punkt, dann ist dies kontraproduktiv gegenüber der zentralen politischen Intention, die Rolle der Kommunen zu stärken. Mit der vorgesehenen Regelung wird die Sozialversicherungslogik in den Mittelpunkt gerückt, anstatt durch die Modellvorhaben die pflegerische Versorgung insgesamt auf der kommunalen Ebene zu fördern. Insofern wird dringend vorgeschlagen, auf die Empfehlungen gänzlich zu verzichten und die erforderlichen Zielsetzungen im Gesetz darzustellen.

5. Die Evaluation kann nicht in die Hände des GKV-Spitzenverbandes gelegt werden. Die Beauftragung mit der Evaluation und die Begleitung sowie Auswertung der Ergebnisse ist als gemeinsame Aufgabe und Zuständigkeit von BMG und BMFSFJ, mit den Ländern, dem GKV-Spitzenverband und den kommunalen Spitzenverbänden als unabhängiger wissenschaftlicher Auftrag auszugestalten. An dem Finanzierungsmodus der Evaluation ändert sich dadurch nichts. Es muss aber sichergestellt werden, dass die Evaluation so ausgerichtet ist und ausgerichtet wird, dass die Effekte bei den Pflege-Ratsuchenden auf kommunaler Ebene und auch die politischen Gestaltungsoptionen jenseits der Sozialversicherungen in den Blick genommen werden.

6. Überhaupt nicht nachvollziehbar sind die Regelungen, die vorsehen, dass 50% der Modellkommunen unerfahren sein sollen. Will man ernsthaft erproben, wie das Zusammenwirken von Kassen und Kommunen als Care und Case Management seine Wirkung entfaltet, braucht man good practice und keine bad practice. In den Modellvorhaben der vergangenen Jahrzehnte (Altenhilfestruktur der Zukunft, Pflegestützpunkte, Landesevaluation von Pflegestützpunkten und Beratung etc. pp.) wurden hinreichend Erfahrungen mit Implementationsprozessen von Care und Case Managementstrukturen auf der kommunalen Ebene gesammelt. Diese müssen nicht noch einmal wiederholt werden. Die Regelung kann dazu führen, dass sie nicht dem Erfolg der Erprobung der Modellkommunen dienen, sondern dass die Beteiligung von unerfahrenen Kommunen zum Beweis für die Untauglichkeit des Ansatzes genutzt wird, da in einer Anlaufphase mit Start bei Null nicht alle Kommunen sofort in der Lage sein werden, die Ziele der Stärkung der kommunalen Handlungsebene zu erreichen. Soweit durch die Vorschrift, was der Begründung entnommen werden könnte, ein Förderprogramm für kommunale Beratungsstrukturen angestoßen werden soll, entspricht dies nicht dem Erprobungscharkter der Modellkommunen. Sollte die Förderung tatsächlich gewollt sein, ist die Zahl der Modelkomunen zu verdoppeln und die Evaluation entsprechend den Vorerfahrungen getrennt vorzunehmen.

7. Die Befürchtung, dass durch die Modellkommunen Doppelstrukturen von kommunaler und sozialversicherungsgestützter Beratung geschaffen werden, ist nur in Regionen mit durch die Pflegekassen flächendeckend ortsnah vorgehaltenen Angeboten von Bedeutung. Dies ist (bedauerlicherweise) in der Regel nicht der Fall. Aber auch dort gibt der vorliegende Gesetzentwurf durch die Möglichkeit der

Beauftragung "Dritter" die Gelegenheit zur (weiteren) Durchführung durch diese Pflegekasse(n). Soweit dieses Problem bei der Überführung des Modellansatzes in den Regelbetrieb noch gesehen wird, sollte zur Vermeidung von Doppelstrukturen in Regionen, in denen die Pflegekasse, die mindestens ein Drittel der Versicherten erreicht und nachweislich eine substantielle Pflegeberatung flächendeckend aufgebaut hat, dieser eine opt-out-Möglichkeit in Verbindung mit einer Kooperationsverpflichtung eingeräumt werden.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0204(8)
2x gel. Verbände zur öAnhörung
am 17.10.2016_PSGIII
11.10.2016

Deutscher Landkreistag • Lennéstraße 11 • 10785 Berlin
Deutscher Städtetag • Hausvogteiplatz 1 • 10117 Berlin

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit
Herrn Vorsitzenden Dr. Edgar Franke, MdB

Per Mail:
gesundheitsausschuss@bundestag.de
ma01.pa14@bundestag.de

Bearbeitet von

Dr. Irene Vorholz/DLT
Tel.: 030 / 590097-341
Fax: 030 / 590097-440
E-Mail: irene.vorholz@landkreistag.de

Dr. Uda Bastians/DST
Tel.: 030 / 37711-420
Fax: 030 / 37711-409
E-Mail: uda.bastians@staedtetag.de

Az: 431-01/1.4

Datum: 11.10.2016

Öffentliche Anhörung am 17.10.2016 zu den Vorlagen

a) Gesetzentwurf der Bundesregierung
Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Gesetze (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III) (BT-Drs. 18/9518)
sowie Stellungnahme des Bundesrates (BR-Drs. 410/16 (Beschluss))
und Änderungsanträge der Fraktionen CDU/CSU und SPD (Ausschussdrucksache 18(14)0206.1)

b) Antrag der Fraktion DIE LINKE.
Pflege teilhabeorientiert und wohnortnah gestalten (BT-Drs. 18/8725)

c) Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
Pflege vor Ort gestalten – Bessere Bedingungen für eine nutzerorientierte Versorgung schaffen (BT-Drs. 18/9668)

Sehr geehrter Herr Dr. Franke,

für die Einladung zur o. g. Anhörung sagen wir herzlichen Dank. Gerne nehmen wir vorab wie folgt schriftlich Stellung.

<u>Zusammenfassung:</u>

- **Die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im SGB XII ist dringend notwendig, damit das Sozialhilferecht und das bereits geänderte Pflegeversicherungsrecht harmonisiert werden. Dies gelingt aber nur zum Teil. Zugleich führt das mit großem zeitlichem Abstand zum Zweiten Pflegestärkungsgesetz nachlaufende Dritte Pflegestärkungsgesetz zu einer solchen zeitlichen Enge vor dem Inkrafttreten am 1.1.2017, dass eine geordnete Vorbereitung und Umsetzung kaum möglich ist. Es bedarf entsprechender Übergangsregelungen.**
- **Der Entwurf des Dritten Pflegestärkungsgesetzes führt zu deutlichen Mehrbelastungen in der Sozialhilfe, die im Finanztableau nicht ausgewiesen sind. Zum einen werden mehr Menschen die Leistungen der Sozialhilfe in Anspruch nehmen, als im**

Entwurf angenommen. Zum andern sind die beim Zweiten Pflegestärkungsgesetz bereits behaupteten und vorliegend gegengerechneten Entlastungen nicht nachvollziehbar. Die Mehrbelastungen müssen den Sozialhilfeträgern vollständig ausgeglichen werden.

- **Die Schnittstellen zwischen Pflege und Behinderung sind nicht streitfrei geklärt. Der diesbezügliche Vorschlag des Bundesrats, der auf den Zeitpunkt des Eintritts einer Behinderung abstellt, wird unterstützt.**
- **Der Entwurf des Dritten Pflegestärkungsgesetzes hält an der derzeitigen Diskriminierung pflegebedürftiger Menschen in Behinderteneinrichtungen nicht nur fest, sondern weitet sie sogar noch aus. Die Diskriminierung sollte aufgehoben werden. Den pflegeversicherten Betroffenen müssen die vollen Leistungen der Pflegeversicherung zustehen.**
- **Die Regelungen zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege betreffen nur marginale Bereiche und bleiben weit hinter den Erwartungen der kommunalen Spitzenverbände und den auch in der Fachwelt geäußerten Erfordernissen zurück. Die Ausgestaltung der Modellvorhaben zur kommunalen Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen erweckt den Eindruck, als seien sie nicht wirklich gewollt. Der Änderungsvorschlag des Bundesrates sollte aufgegriffen werden.**

Zu a)
Gesetzentwurf der Bundesregierung eines Dritten Pflegestärkungsgesetzes (PSG III) sowie Stellungnahme des Bundesrates und Änderungsanträge der Fraktionen CDU/CSU und SPD

<u>Grundsätzliche Anmerkungen:</u>

Einheitlicher Pflegebedürftigkeitsbegriff erforderlich

Wir begrüßen den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff, der auch Menschen mit kognitiven Einschränkungen einbezieht. Die kommunalen Spitzenverbände haben die Erarbeitung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs konstruktiv unterstützt. Sie haben in beiden Beiräten beim BMG aktiv mitgewirkt und stets darauf hingewiesen, dass der einheitliche Lebenssachverhalt der Pflegebedürftigkeit in den beiden Leistungsgesetzen, die sich mit der Abdeckung dieses Lebensrisikos befassen – SGB XI und SGB XII –, einheitlich geregelt sein muss. Daher war zu kritisieren, dass der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) lediglich im Recht der Pflegeversicherung nach dem SGB XI eingeführt wurde, obschon das ergänzende Leistungssystem des SGB XII für die bedarfsdeckende Versorgung zwingend mit dem Recht der Pflegeversicherung im Einklang stehen muss. Unser Petitum war und ist, im SGB XII denselben Pflegebedürftigkeitsbegriff einzuführen wie im SGB XI – dies erfolgt nun allerdings nicht ganz, wie auszuführen sein wird.

Keine ausreichende Vorbereitungszeit

Durch das sehr späte Gesetzgebungsverfahren zum Dritten Pflegestärkungsgesetz (PSG III) sehen wir erhebliche Schwierigkeiten auf die Kommunen zukommen. Da der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff im SGB XII parallel zum SGB XI zum 1.1.2017 in Kraft treten soll, verbleibt nach dem voraussichtlichen Abschluss des Gesetzgebungsverfahrens kurz vor Weihnachten 2016 keine ausreichende Zeit, um die Änderungen im SGB XII vorzubereiten. Angesichts des sehr langen Zeitraumes, der der Pflegeversicherung für die notwendigen Vorbereitungen zur reibungslosen Einführung des neuen Begriffs eingeräumt wurde, befremdet dies sehr. Es ist nicht akzeptabel, dass ein Gesetz, das erhebliche finanzielle und administrative Auswirkungen auf die Kommunen hat, in einem solchen Verfahren durchgezogen wird.

Ungeklärte Schnittstelle Pflege – Behinderung

Ein zentrales Anliegen muss es sein, die Schnittstelle zwischen der teilhabeorientierten Pflege und der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung klar und eindeutig zu gestalten. Dabei steht außer Frage, dass das System der Pflegeversicherung, das mit den Beiträgen der Versicherten das Lebensrisiko der Pflegebedürftigkeit zum Teil absichern soll, Vorrang haben muss vor den Leistungen der steuerfinanzierten Eingliederungshilfe. Diese grundlegende Erwartung wird im vorliegenden Gesetzentwurf, der im Zusammenhang mit dem ebenfalls im Gesetzgebungsverfahren befindlichen Bundesteilhabegesetz gesehen werden muss, ebenso wenig erfüllt wie die Forderung nach einer klaren Abgrenzung von teilhabeorientierter Pflege und Eingliederungshilfe.

Die bestehende Diskriminierung von pflegebedürftigen Menschen in Einrichtungen der Behindertenhilfe wird mit dem Regierungsentwurf des PSG III fortgeschrieben und zudem auch noch ausgeweitet. Dies ist weder mit dem Verbot der Diskriminierung nach dem Grundgesetz noch mit der UN-Behindertenrechtskonvention in Einklang zu bringen. Pflegeversicherte Menschen mit Behinderungen dürfen nicht von Leistungen der Pflegeversicherung ausgeschlossen werden, nur weil sie in einem Umfeld leben, das auf ihre Bedürfnisse ausgerichtet ist.

Beträchtliche Mehrbelastungen der Sozialhilfe

Hinzu kommt, dass die Kostenauswirkungen des Entwurfs für die Träger der Sozialhilfe stark unterschätzt werden. Bereits zum PSG II hat das Institut für Sozialforschung und die Gesellschaftspolitik (ISG) Mehrkosten von bis zu 1 Mrd. € jährlich errechnet; andere Schätzungen liegen noch deutlich höher. Der Entwurf hält dagegen eine Entlastung in Höhe von 330 Mio. €, abschmelzend auf 230 Mio. €, fest. Auch die Annahmen des Bundes für die Belastungen nach dem PSG III in Höhe von 202 Mio. € im Einführungsjahr und 184 Mio. € jährlich in den Folgejahren sind nicht überzeugend. Es werden deutlich höhere Mehrausgaben erwartet, als im Entwurf ausgewiesen werden.

Zunächst ist davon auszugehen, dass der leistungsberechtigte Personenkreis durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff nicht unerheblich ausgeweitet wird. Zugleich werden die Ausgaben der Hilfe zur Pflege insbesondere für Menschen, die bisher nicht pflegeversichert sind, werden durch die neuen Leistungen bei Pflegebedürftigkeit erheblich ansteigen. Durch die Ausweitung des Anwendungsbereichs von § 43a SGB XI auch auf ambulant betreute Wohngemeinschaften werden zusätzliche Lasten von der Pflegeversicherung auf die Eingliederungshilfe verschoben. Auch wird der erhebliche Erfüllungsaufwand für die Verwaltung (neue Software, Schulungen, neue Leistungsbescheide für alle Berechtigten etc.) nicht ausreichend abgebildet. Wir lehnen die Mehrbelastungen in der Sozialhilfe nachdrücklich ab.

Unzureichende Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege

Schließlich sollte durch das PSG III die Rolle der Kommunen für eine bessere Pflegeinfrastruktur vor Ort gestärkt werden. Nach wie vor fehlt den Kommunen die für die Steuerung der Pflegeinfrastruktur notwendige gesetzliche Unterstützung, um regulierend in Situationen der Unter- oder Überversorgung eingreifen zu können. In der Bund-Länder-AG zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege waren einige Maßnahmen verabredet worden. Angesichts des Wissensvorsprungs der kommunalen Ebene gegenüber den Pflegekassen über die Pflegestruktur vor Ort halten wir eine stärkere kommunale Pflegeplanung für erforderlich. Ebenso sinnvoll wäre eine stärkere Einbindung der Kommunen in die Beratungsstrukturen. Dies – in Verbindung mit der Anpassung der Sozialräume an die Bedürfnisse einer alternden Gesellschaft – könnte zu einem deutlichen Schub in der Verbesserung der Situation pflegebedürftiger Menschen führen. Auch der Grundsatz „ambulant vor stationär“ könnte so gestärkt wer-

den. In dem PSG III-Entwurf werden dagegen die in der Bund-Länder-AG ohnehin schon abgeschwächten Ansätze weiter zurückgefahren. Insbesondere die überbürokratisierten Vorschläge zu einer modellhaften Beratung durch die Kommunen nach den Vorstellungen des GKV-Spitzenverbandes, der das Modell bekanntlich ablehnt, zeigen dies deutlich. Wir bekräftigen stattdessen den Änderungsvorschlag des Bundesrats zu §§ 123 f. SGB XI-E, der den Belangen der Praxis besser Rechnung trägt.

Im Einzelnen:

Zu Artikel 1, Änderungen des SGB XI

§ 7c SGB XI-E, Pflegestützpunkte

In § 7c SGB XI-E sollte für die Schaffung neuer Pflegestützpunkte eine Anschubfinanzierung ergänzt werden, wie sie bei der Einführung der gesetzlichen Regelung zu den Pflegestützpunkten vorgesehen war. Dies halten wir aus Gründen der Gleichbehandlung sowie zur Unterstützung der erfolgreichen Umsetzung vor Ort für angezeigt.

Zugleich sollte klargestellt werden, dass es keine Beschränkung auf nur einen Pflegestützpunkt im Zuständigkeitsbereich eines Landkreises/einer Stadt gibt, sondern dass auch mehrere Pflegestützpunkte eingerichtet werden können. Dies würde den Belangen der Pflegebedürftigen nach einer wohnortnahen Beratung insbesondere in Flächenlandkreisen stärker Rechnung tragen.

Sofern in der Begründung (wie auch mehrfach sonst im Entwurf) der umgangssprachliche Begriff „kommunalen Stellen“ verwendet wird, sollte richtig gestellt werden, dass dies die kommunalen Gebietskörperschaften bzw. genauer: die Landkreise und kreisfreien Städte als örtliche Träger der Sozialhilfe sind.

§ 8a SGB XI-E, Sektorenübergreifende Landespflegeausschüsse

Bei der nun gesetzlich vorgesehenen Bildung von sektorenübergreifenden Landespflegeausschüssen fehlt die Beteiligung der örtlichen Sozialhilfeträger (Landkreise und kreisfreie Städte). Diese verfügen über umfangreiche Kenntnisse der örtlichen Pflegeinfrastruktur. Ihre Beteiligung sollte ergänzt werden.

§ 13 SGB XI-E i.V.m. § 63b Abs. 1 SGB XII-E, Verhältnis von Pflege und Eingliederungshilfe

Das heutige Gleichrangverhältnis von Eingliederungshilfe und Pflege stellt die Praxis vor große Schwierigkeiten. Dies will der Entwurf in weiten Teilen zu Lasten der Eingliederungshilfe lösen, indem diese für vorrangig erklärt wird. Dies ist nachdrücklich abzulehnen. Es bedarf einer vorrangigen und in diesem Punkt vollständigen Verantwortung der Pflegekasse. Dies liegt schon in der Struktur der Pflegeversicherung als beitragsfinanziertes Versicherungssystem begründet, dessen Versicherte einen Anspruch auf die Versicherungsleistungen haben.

Die Abgrenzungsnorm des § 13 Abs. 3 SGB XI-E sieht – dem widersprechend – außerhalb des häuslichen Umfelds einen Vorrang der Eingliederungshilfe vor den Leistungen der Pflegeversicherung vor. Bei Leistungserbringung im häuslichen Umfeld wird zwar ein Vorrang der Pflegeleistungen festgeschrieben, allerdings nur, wenn nicht die Eingliederungshilfe im Vordergrund steht. Dieses offene Tatbestandsmerkmal in der Rückausnahme wird zu vielfältigen Abgrenzungsschwierigkeiten führen, da stets umstritten sein wird, wann die Eingliederungshilfe bei gleichzeitiger Pflegebedürftigkeit im Sinne des neuen teilhabeorientierten Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Vordergrund steht. Insbesondere kann es nicht sein, dass die Ent-

scheidung hierzu (allein) der Pflegekasse obliegen soll; eine Entscheidung zu Lasten der Eingliederungshilfe lässt sich leicht treffen. Da es um Zuständigkeitsregelungen geht und diese als Schutzvorschriften für den Bürger ausgestaltet sind, muss dieser aus dem Gesetz entnehmen können, wer für ihn zuständig ist.

Hinzu kommt, dass unklar ist, was ein „häusliches Umfeld“ ist. Gehören ambulant betreute Wohngemeinschaften dazu? Diese Fragestellung zieht sich durch alle einzelnen Leistungstatbestände, die im Zusammenhang mit der Häuslichkeit stehen.

Nachdrücklich zu kritisieren ist, wie ausgeführt, zudem, dass die Diskriminierung pflegebedürftiger Menschen in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe beibehalten werden soll. Sofern behinderte Menschen pflegebedürftig sind, müssen ihnen die vollen Leistungen der Pflegeversicherung zustehen.

§ 37 Abs. 8 SGB XI-E, Beratungsbesuche

Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI sind von der Pflegekasse zu vergüten. In § 37 Abs. 8 SGB XI-E ist vorgesehen, dass auch Kommunen, die die erforderliche pflegefachliche Kompetenz aufweisen, solche Beratungsbesuche durchführen können. Im Gegensatz zu allen anderen Stellen, die diese Besuche durchführen, soll den Kommunen hierfür jedoch keine entsprechende Vergütung zugestanden werden.

Hintergrund des Anliegens, diese Beratungsbesuche auch kommunal durchführen zu können, ist gerade die Verbesserung der Beratung durch ein breiteres Beratungsspektrum, als es von reinen Pflegefachkräften geboten werden kann. Damit wäre auch ein zeitlich und qualitativ verbessertes Angebot möglich. Dass sich die Pflegekassen trotz der grundsätzlichen Vergütungspflicht gegenüber allen anderen Beratungsstellen bei den Kommunen umsonst bedienen können sollen, ist abzulehnen.

§ 43a SGB XI-E, Inhalt der Leistung

Die Ausweitung der pflegebedürftige behinderte Menschen benachteiligenden Regelung des § 43a SGB XI ist nachdrücklich abzulehnen. Bereits die heutige Regelung diskriminiert die versicherten Betroffenen, wenn sie in Einrichtungen der Behindertenhilfe leben. Zur Vermeidung von Wiederholungen verweisen wir auf unsere obigen Ausführungen (s. grundsätzliche Anmerkungen). Diese Diskriminierung erweitert § 43a SGB XI-E nun noch auf den Bereich der ambulant betreuten Wohngemeinschaften. Dies verstößt nicht nur gegen die UN-Behindertenrechtskonvention, sondern auch gegen die Gleichheitsgrundsätze des Art. 3 GG. Es ist nicht ersichtlich, warum den Betroffenen, die pflegeversichert sind, geringere Leistungen der Pflegeversicherung zustehen sollen als nicht behinderten Versicherten.

§§ 123, 124 SGB XI-E, Modellvorhaben zur kommunalen Beratung

Der Bundesrat hat bereits im Gesetzgebungsverfahren zum PSG II einen Regelungsvorschlag zu dem gemeinsamen von Bund, Ländern und kommunalen Spitzenverbänden verabredeten Modellprojekt zur kommunalen Beratung vorgelegt. Dieser Vorschlag hätte bereits damals aufgegriffen werden können; er setzt die Empfehlungen der Bund-Länder-AG zur Stärkung der Rolle der Kommunen um.

Die im PSG III-Entwurf vorgesehene Regelung der Bundesregierung legt dagegen den Schluss nahe, dass das Modellprojekt nicht gewollt ist. Vorgesehen ist ein überkomplexes System. Die zwingende Übernahme der Pflegekurse nach § 45 SGB XI erscheint unnötig, die Vielzahl der im Gesetz vorgesehenen zwingenden Beratungsgegenstände übertrieben. Diese umfangreichen Vorgaben stehen zudem in Kontrast zu dem eng eingegrenzten Beratungsfel-

dern der Pflegeversicherung. Als gesetzliche Vorgaben engen sie jedweden eigenen Gestaltungsspielraum ein. Es ist aber gerade der Sinn von Modellvorhaben, unterschiedliche Ausgestaltungsmöglichkeiten auszuprobieren.

Besonders fragwürdig ist § 123 Abs. 4 SGB XI-E. Danach beschließt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen (ohne die Kommunen auch nur anzuhören) Empfehlungen über die konkreten Voraussetzungen, Ziele, Inhalte und Durchführung des Modellvorhabens. Da sich der Spitzenverband wiederholt kritisch zu dem Modellvorhaben geäußert hat, ist mit weiteren Einschränkungen und unrealistischen Vorgaben zu rechnen. Solcher zentraler Empfehlungen bedarf es nicht, sie behindern die örtliche Umsetzung vielmehr. Daher wäre auch eine gemeinsame Vereinbarung des GKV-Spitzenverbandes mit den kommunalen Spitzenverbänden auf Bundesebene nicht hilfreich. Sie würde vielmehr den Pflegekassen sogar eine Veto-Position einräumen, Zeit kosten und wiederum die Handlungsspielräume für die Modelle vor Ort einschränken. Die Vorgaben für die Voraussetzungen und die Inhalte der Modellvorhaben sollten ausschließlich vom Bundesgesetzgeber im SGB XI und sodann von den Ländern bei der Zulassung der Modellvorhaben normiert werden.

Abzulehnen ist des Weiteren, dass die einzelne Modellkommune „gemeinsam und einheitlich“ mit den Landesverbänden der Pflegekassen eine Vereinbarung nach § 123 Abs. 5 SGB XI-E schließen soll. Kommunale Modelle müssen nach den konkreten Gegebenheiten und den unterschiedlichen Erfordernissen im Landkreis und der Stadt ausgestaltet werden können. Sie müssen daher zwangsläufig örtlich unterschiedlich sein dürfen. Eine „einheitliche“ Vereinbarung mit einer Vereinigung auf Landesebene läuft dem zuwider und verhindert die Berücksichtigung der örtlichen Unterschiede.

Schließlich ist abzulehnen, dass die Evaluation der Modellvorhaben nach § 124 Abs. 3 SGB XI-E dem GKV-Spitzenverband übertragen werden soll und für die Einbeziehung der Länder lediglich ein Benehmen vorgesehen ist – eine Einbeziehung der kommunalen Spitzenverbände ist nicht einmal vorgesehen. Es bedarf dringend einer neutralen Stelle ohne eigene Interessen. Die Evaluation sollte vom BMG ausgeschrieben und an unabhängige Wissenschaftler vergeben werden.

Der Bundesrat hat in seiner Stellungnahme zum Regierungsentwurf den Änderungsantrag 27 zu §§ 123, 124 SGB XI-E eingebracht, der als Kompromissvorschlag einen für die kommunale Praxis noch gangbaren Weg vorsieht. Er wird von uns unterstützt und sollte vollständig übernommen werden. Weitere Abstriche würden an der Sinnhaftigkeit der Modellvorhaben zweifeln lassen.

Zu Artikel 2, Änderungen des SGB XII

§ 61a SGB XII-E, Begriff der Pflegebedürftigkeit

Zur Vermeidung von Verwerfungen sowie von neuen Ungerechtigkeiten sollte im SGB XII derselbe Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt werden, wie er im SGB XI bereits normiert worden ist. Nach § 14 SGB XI i.d.F. ab 1.1.2017 muss die Pflegebedürftigkeit auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate bestehen. Eine solche Einschränkung findet sich in § 61a SGB XII-E nicht. Damit sind auch Leistungen zu gewähren, wenn die Pflegebedürftigkeit voraussichtlich weniger als sechs Monate beträgt, während dies im SGB XI nicht der Fall ist.

Richtig ist, dass unterhalb des Pflegegrades 1 keine Pflegebedürftigkeit besteht. Die Situation ist hier anders als bei der vormaligen Pflegestufe 1. Da diese erst bei erheblicher Pflegebedürftigkeit einsetzte, wurde ein geringerer Bedarf über die Pflegestufe 0 aufgefangen. Der Pflegegrad 1 setzt dagegen bereits bei einem deutlich geringen Ausmaß an Pflegebedürftig-

keit ein, so dass unterhalb dessen kein Bedarf an Hilfe zur Pflege bestehen kann. Ein etwaiger Bedarf ist über den Lebensunterhalt oder ggf. andere Regelungen zu decken.

§ 63 SGB XII-E, Begleitung in der letzten Lebensphase

Wir geben zu bedenken, dass die explizite Erwähnung der zweifellos wichtigen Begleitung in der letzten Lebensphase als Bestandteil der Hilfe zur Pflege die bestehenden und ungelösten Abgrenzungsprobleme zur häuslichen Krankenpflege und den Hospizdiensten verschärft. Die Leistungen des SGB XII sollten den Leistungen der Pflegekasse entsprechen.

§ 64 SGB XII-E, Vorrang häuslicher Pflege

Hier verweisen wir auf das zu § 13 SGB XI-E Gesagte.

§ 64b SGB XII-E, Häusliche Pflegehilfe

Bisher werden die angemessenen Kosten für eine Pflegehilfe durch die Träger übernommen. Die nun vorgesehene Formulierung legt nahe, dass stattdessen eine Sachleistung gewählt werden muss. Dies ist vermutlich nicht gewollt und sollte sprachlich korrigiert werden.

§ 64d SGB XII-E, Pflegehilfsmittel

In § 64d SGB XII-E ist der Verzicht auf eine ärztliche Verordnung vorgesehen, ohne dass (wie im SGB XI) eine Überprüfung mit dem MDK erfolgt. Es sollte daher vorgesehen werden, dass jedenfalls die Empfehlung des MDK zu dem Pflegehilfsmittel vorliegen muss.

Darüber hinaus wirft die vorgesehene leihweise Überlassung der Hilfsmittel Schwierigkeiten auf. Während die Pflegekassen entsprechende Verträge mit Sanitätshäusern etc. geschlossen haben, ist dies angesichts des kleineren Berechtigtenkreises in der Sozialhilfe weder geübte Praxis noch verwaltungsökonomisch sinnvoll. Zur Lösung dieses Problems könnte eine Verpflichtung beitragen, den Trägern der Sozialhilfe einen Zugang zu den Verträgen der Pflegekassen einzuräumen.

§ 65 SGB XII-E, Stationäre Pflege

Ausweislich der Regelung ist ein Zugang zur stationären Pflege erst ab Pflegegrad 2 möglich. Dies führt zu erheblichen Problemen für den Personenkreis, der dieses Kriterium nicht erfüllt. Dies sind Personen, die bereits in entsprechenden Einrichtungen leben bzw. unterstützt werden. Hier bedarf es einer Bestandsschutzregelung.

§ 70 SGB XII-E, Hilfe zur Weiterführung des Haushalts

Es fehlt in der Neuregelung die Einschränkung, dass die dort vorgesehenen Leistungen nicht bei Personen geleistet werden, deren Bedarfe zur Weiterführung des Haushalts bereits gedeckt sind. Hierzu gehören Personen, die häusliche Pflegehilfe erhalten, ebenso Personen, die Pflegegeld beziehen. Eine doppelte Bedarfsdeckung muss ausgeschlossen sein.

Wünschenswert wäre auch eine Klärung des Verhältnisses der Leistungen nach § 70 SGB XII zu den Leistungen nach § 27b Abs. 3 SGB XII erfolgt. Die Rechtsgrundlagen der sog. Haushaltshilfe sind dermaßen vielfältig, dass eine Klarstellung der Verhältnisse der Regelungen im SGB XII, SGB XI und im zukünftigen Bundesteilhabegesetz notwendig erscheint.

§ 98 Abs. 5 SGB XII

In der Rechtsprechung ist die Anwendung der Regelung auf ambulant betreute Wohngemeinschaften umstritten. Eine Klarstellung wäre wünschenswert.

§ 137 SGB XII-E, Überleitung der Pflegegrade zum 1.1.2017

Die Übergangsregelung sieht lediglich eine schematische Überleitung der bisherigen Pflegestufe in einen neuen Bedarfsgrad vor. Etwaige Feststellungen zur eingeschränkten Alltagskompetenz, die in dem Überleitungsrecht des Pflegeversicherung von Bedeutung sind, bleiben unerwähnt. Somit wird auch nicht die in der Praxis noch offene Frage gelöst, wie Personen einzustufen sind, die in der bisherigen Pflegestufe 0 sind, aber eingeschränkt alltagskompetent sind. Hier bedarf es angesichts der Lücke im PSG II einer Regelung.

Es fehlt insbesondere auch eine Regelung zu den bereits bewilligten Leistungen vor Inkrafttreten des PSG III. Es ist ausgeschlossen, zum 1.1.2017 allen bisherigen Leistungsberechtigten die Leistungen nach dem dann geltenden Rechtsgrundlagen zu bewilligen. Es muss eine Bestandsschutzregelung ähnlich den Bestandsschutzregelungen im SGB XI geben, die im PSG II vorgesehen sind. Die vom Bundesrat hierzu vorgesehen Änderungsvorschläge werden von uns daher unterstützt.

<u>Zu den Änderungen des SGB V</u>

§ 37 SGB V-E, Häusliche Krankenpflege

Der von den Fraktionen CDU/CSU und SPD eingebrachte Änderungsantrag 25 befasst sich mit den Leistungen der Behandlungspflege in stationären Einrichtungen im Sinne des § 43a SGB XI und schlägt eine Änderung des § 37 SGB V vor. Beabsichtigt ist, dass Versicherte in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe nur dann Leistungen der Behandlungspflege erhalten, wenn der Bedarf an Behandlungspflege eine ständige Überwachung und Versorgung durch eine qualifizierte Pflegefachkraft erfordert. Damit soll eine Rechtsprechung des Bundessozialgerichts aufgegriffen werden, wonach vollstationäre Einrichtungen der Behindertenhilfe grundsätzlich einfachste Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege zu erbringen haben, ohne dass Leistungen der Behandlungspflege nach dem SGB XI in Anspruch genommen werden können.

Die Hürde für die Inanspruchnahme von Behandlungspflege wird durch die vorgeschlagene Neuregelung deutlich zu hoch angesetzt. Das BSG spricht nur von solchen Maßnahmen, für die es keine besonderen medizinischen Sachkunde oder medizinischer Fertigkeiten bedarf und die daher von jedem erwachsenen Haushaltsangehörigen auch ausgeführt werden könnten. Die im Änderungsantrag vorgesehene Anforderung, dass die Behandlungspflege eine ständige Überwachung durch eine qualifizierte Pflegefachkraft erfordert, geht deutlich darüber hinaus und sollte zurückgeführt werden.

Zu b)
Antrag der Fraktion DIE LINKE. „Pflege teilhabeorientiert und wohnortnah gestalten“

Der Antrag hält eingangs fest, dass Kommunen auf Planung und Ausgestaltung von qualifizierter Pflege kaum noch Einfluss nehmen können, kritisiert die ungeklärten Schnittstellen zwischen den Leistungen der Pflegeversicherung, der Hilfe zur Pflege und der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen und beschreibt die Schwierigkeiten der kommunalen Infrastruktur insbesondere im ländlichen Raum. Dies ist alles zutreffend und entspricht unseren Einschätzungen.

Nicht ganz erschließt sich der Vorschlag nach einer solidarischen Ausgestaltung der finanziellen Ausstattung der Kommunen und der Pflegeversicherung in II.3 des Antrags. Die Finanzausstattung der Kommunen erfolgt über Steuern sowie über Zuweisungen der Länder und Erstattungen des Bundes, während die Pflegeversicherung über Versicherungsbeiträge finanziert wird. Dies sind unterschiedliche Finanzierungssysteme. Wird die Pflegeversicherung, wie unter II.3b) des Antrags vorgesehen, zu einer Vollversicherung ausgestaltet, bedarf es keiner Leistungen der Hilfe zur Pflege mehr, so dass die Kommunen nicht mehr einbezogen wären.

Zu c)
Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Pflege vor Ort gestalten – Bessere Bedingungen für eine nutzerorientierte Versorgung schaffen“

Der Antrag greift eine Reihe unserer Positionen für eine stärkere Rolle der Kommunen in der Pflege auf. Er beschreibt zutreffend die unzureichende Einbeziehung der Kommunen im gesamten Pflegekontext und erhebt konkrete Forderungen. Hervorzuheben ist die Stärkung der Steuerungs- und Planungskompetenz der Kommunen für die regionale Pflegestruktur in II.2 des Antrags. Diese wäre für die Versorgung im Sozialraum, die den Belangen von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen Rechnung trägt, von großer Bedeutung.

Auch die Schaffung von Beratungs- und Vernetzungsstrukturen vor Ort in kommunaler Verantwortung in II.1 des Antrags ist richtig. Sofern die Begründung zu diesem Punkt ausführt, dass die 60 Modellprojekte zur kommunalen Beratung darin aufgehen würden, verstehen wir den Vorschlag so, dass er flächendeckend vorgesehen ist. Zu klären wäre dann die Finanzierung der neuen Aufgabe. Der vorgesehene Förderfonds unter Beteiligung der Pflegeversicherung wäre als ein Instrument der Regelfinanzierung nicht praktikabel. Er wäre eine neue Mischfinanzierung und ewig streitbefangen.

Zu hinterfragen ist der Vorschlag in II.6 des Antrags, den sog. Mehrkostenvorbehalt nach § 13 SGB XII aufzuheben. Dieser ist zentraler Bestandteil des SGB XII und für die Praxis wichtig. Andernfalls würde der Sozialhilfeträger sämtliche Kosten jeglicher Leistung übernehmen müssen. Dies würde dem Gebot, öffentliche Leistungen wirtschaftlich und sparsam einzusetzen, widersprechen.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Irene Vorholz
Beigeordnete des Deutschen Landkreistages

Stefan Hahn
Beigeordneter des Deutschen Städtetages

Hochschule Fulda
University of Applied Sciences

FACHBEREICH
PFLEGE UND
GESUNDHEIT

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0204(9)
gel. ESV zur öAnhörung am 17.10.
2016_PSGIII
11.10.2016

Hochschule Fulda · Postfach 2254 · D-36012 Fulda

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit
Der Vorsitzende
Prof. Dr. Edgar Franke, MdB
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Prof. Dr. Stefan Greß
Versorgungsforschung und
Gesundheitsökonomie
Leipziger Str. 123
D-36037 Fulda

stefan.gress@pg.hs-fulda.de

Sekretariat
06 61/96 40-600

Durchwahl
06 61/96 40-6380

Telefax
06 61/96 40-649

Fulda, 11. Oktober 2016

Öffentliche Anhörung des Ausschusses für Gesundheit zum Pflegestärkungsgesetz III am 17. Oktober 2016

Sehr geehrter Herr Vorsitzender,

ich danke Ihnen für die Einladung zur Teilnahme an der oben genannten Anhörung und die Gelegenheit zur Abgabe der beigefügten schriftlichen Stellungnahme.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Stefan Greß

Zertifikat seit 2006
audit familiengerechte
hochschule

Stellungnahme zum Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III) vom 05.09.2016 – BT-Drucksache 18-9518 samt Änderungsanträgen und zu den Anträgen

Fraktion DIE LINKE: Pflege teilhabeorientiert und wohnortnah gestalten (BT-Drucksache 18/8725 vom 08.06.2016).

Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: Pflege vor Ort gestalten – Bessere Bedingungen für eine nutzerorientierte Versorgung schaffen (BT-Drucksache 18/9668 vom 21.09.2016)

Hiermit nehme ich zu dem genannten Gesetzentwurf und zu den genannten Anträgen folgendermaßen Stellung:

1. **Finanzielle Auswirkungen für die Kommunen**. Es ist grundsätzlich zu begrüßen, dass die Neufassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des neuen Begutachtungsinstruments mit dem vorliegenden Gesetzentwurf nunmehr auch in der Hilfe zur Pflege (SGB XII) verankert wird. In diesem Zusammenhang sollten jedoch die Bedenken des Bundesrats (Bundesratsdrucksache 410/1/16 vom 15.09.2016) ernst genommen werden. Zum einen ist durch die kurzfristige Umsetzung des Gesetzes mit erheblichen Umsetzungsproblemen bei den Trägern der Sozialhilfe zu rechnen. Zum anderen sind finanziellen Folgen für die Sozialhilfeträger im Saldo nicht überzeugend kalkuliert. Einerseits geht die Bundesregierung von Belastungen für die Sozialhilfeträger durch das PSG III in der Größenordnung von 200 Mio. Euro im Jahr 2017 und rund 182 Mio. Euro in den Folgejahren aus. Dem stellt die Bundesregierung Entlastungen durch die Maßnahmen des PSG II in der Größenordnung von 330 Mio. Euro – nach Auslaufen der Übergangsregelungen mittelfristig 220 Mio. Euro – gegenüber. Diese kalkulierten Entlastungseffekte sind zumindest von einiger Unsicherheit behaftet und von der Bundesregierung nicht belegt.
2. **Schnittstelle zur Eingliederungshilfe**. Im allgemeinen Teil der Gesetzesbegründung geht die Bundesregierung auf die Schnittstellenprobleme zwischen Leistungen der Hilfe zur Pflege und Leistungen der Eingliederungshilfe ein. Der vorliegende Gesetzentwurf löst diese Schnittstellenprobleme jedoch nicht. Exemplarisch hierfür ist die Neufassung des § 43a SGB XI zu sehen. Danach übernehmen die Pflegekassen zukünftig 15 Prozent der jeweils vereinbarten Vergütung – im Einzelfall maximal 266 Euro pro Kalendermonat. Die Differenz geht im Regelfall zu Lasten der Träger der Eingliederungshilfe. Die Normierung in § 43a SGB XI – deren Rechtswirkung nach der Gesetzesbegründung der

Bundesregierung durch die Neufassung aufrechterhalten werden soll – steht aus guten Gründen in der Kritik und wird zum Teil auch als Verstoß gegen Art. 3 Abs. 3 Satz 2 Grundgesetz und die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) angesehen. Die Regelung ist zwar vom Bundessozialgericht – noch vor Inkrafttreten der UN-BRK – als verfassungsgemäß angesehen worden. Es spricht jedoch manches dafür, dass dies heute im Lichte der weiteren rechtlichen und sozialen Entwicklung anders zu beurteilen ist. Die sachgerechte Finanzierung dieses Ausgabenpostens durch die Pflegeversicherung würde gleichzeitig die Ungleichbehandlung behinderter Menschen beenden und die Träger der Eingliederungshilfe entlasten (vgl. Fuchs et al. 2015 – Inklusion in NRW weiterentwickeln).

3. **Stärkung der kommunalen Steuerungsverantwortung**. Ein weiterer Schwerpunkt des PSG III liegt nach der Gesetzesbegründung in der Stärkung der kommunalen Steuerungs- und Beratungskompetenz für die regionale Pflegestruktur. Grundsätzlich ist diese Initiative der Bundesregierung zu begrüßen, weil Planung, Steuerung und Vernetzung von Pflegeinfrastruktur vor allem auf regionaler – mithin kommunaler Ebene – erfolgen kann. Das machen die beiden Anträge der Opposition sehr gut deutlich. Auch die Steuerung durch die Vertragspartner funktioniert in diesem Zusammenhang nur sehr eingeschränkt – hier seien nur beispielhaft die völlig unzureichenden Vorgaben zur Personalausstattung in stationären Pflegeeinrichtungen genannt (vgl. Greß/Stegmüller 2016).
    a. Die Stärkung einer kommunalen Steuerungskompetenz in diesem Bereich ist jedoch außerordentlich voraussetzungsvoll. Dazu bedarf es einerseits klarer rechtlicher Kompetenzen und andererseits einer hinreichenden finanziellen Ausstattung. Beides ist im vorliegenden Gesetzentwurf nicht zu erkennen. Der Entwurf räumt den Kommunen lediglich ein Initiativrecht zur Gründung und Evaluation von Beratungsangeboten ein. Selbst hier ist die Finanzierung dieser Beratungsangebote nicht klar geregelt. Es dürfte daher zu andauernden Auseinandersetzungen über den von den Kommunen und den Pflegekassen zu leistenden Finanzierunganteil kommen. Dies ist aus Perspektive der Pflegekassen auch durchaus nachvollziehbar, weil kommunale Aufgaben der Daseinsvorsorge zumindest teilweise durch Beitragsmittel finanziert werden müssten. Sachgerechter wäre es daher, diese neuen Aufgaben der Kommunen durch Steuermittel zu finanzieren.

b. Zudem ist die vorgesehene Beteiligung der Kommunen bei der Planung der sektorübergreifenden Planung der Pflegeinfrastruktur im Rahmen der von den Ländern optional einzurichtenden regionalen Pflegeausschüsse allenfalls ein erster Schritt auf dem Weg zu mehr Steuerungsverantwortung für die Kommunen. Die Bundesregierung räumt in der Gesetzesbegründung (S. 64) selbst ein, dass die Empfehlungen dieser Ausschüsse nicht verbindlich sind und reinen Empfehlungscharakter haben. Echte Steuerungsverantwortung werden die Kommunen nicht ausüben können, solange der Sicherstellungsauftrag für die pflegerische Versorgung bei den Pflegekassen verbleibt.

4. **Verlängerung der Modellklausel in den Berufsgesetzen**. In den Änderungsanträgen 29 bis 32 zum PSG III beantragt die Bundesregierung Änderungen in den Berufsgesetzen für Logopäden, Ergotherapeut/innen, Physiotherapeut/innen und Hebammen. Auf der Grundlage eines Evaluationsberichts des Bundesministeriums für Gesundheit (BT-Drucksache 18/9400 vom 19.08.2016) soll die so genannten Modellklausel um fünf Jahre verlängert werden. Außerdem sollen die durchführenden Hochschulen die Möglichkeit erhalten, mit Zustimmung der zuständigen Behörde eine modularisierte und kompetenzorientierte Gestaltung des schriftlichen und mündlichen Teils der staatlichen Prüfung durchzuführen. Zudem werden die Hochschulen zu einer umfassenden Evaluation der Modellstudiengänge verpflichtet.

   a. Die Verlängerung der Modellklausel um weitere fünf Jahre lässt sich aus dem genannten Evaluationsbericht nicht ableiten. Die Erfahrungen mit den Modellstudiengängen von klinischen Kooperationspartnern, Hochschulen und Studierenden sind durchweg positiv. Eine Verlängerung der Modellphase schafft große Unsicherheit bei allen Beteiligten und torpediert das Ziel, attraktive Bildungsangebote in einem von Fachkräftemangel gekennzeichneten Bereich zur Verfügung zu stellen. Es ist daher die Überführung in einen Regelstudiengang unter der Federführung der Hochschulen analog zu den Regelungen im Entwurf des Pflegeberufereformgesetzes (BT-Drucksache 18/7823 vom 08.03.2016) nach dem ursprünglich geplanten Ende der Modellphase zum 31.12.2017 zu fordern.

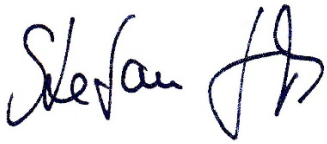
   b. Die modularisierte und kompetenzorientierte Gestaltung von Prüfungen gehört in die Kernkompetenz wissenschaftlicher Hochschulen. Es sollte daher ausschließlich der Entscheidungskompetenz der Hochschulen überlassen werden,

ob solche Prüfungen angemessen und sachgerecht sind. Auch hier ist eine Anpassung an die Reglungen im Entwurf des Pflegeberufereformgesetzes zu fordern.

c. Für den Fall einer Verlängerung der Modellklausel sollten die gegenwärtigen Regelungen in den Berufsgesetzen flexibilisiert werden, um die Studienbedingungen für die Studierenden zu verbessen. Wichtig wäre in diesem Zusammenhang insbesondere die Flexibilisierung der Ausbildungsdauer von derzeit drei Jahren auf einen Korridor von mindesten drei und maximal vier Jahren.

d. Die Modellstudiengänge sind hinreichend evaluiert. Die vorgesehene zusätzliche Evaluierungspflicht würde zudem die Hochschulen – und damit die Etats der Bundesländer – mit erheblichen Kosten belasten. Eine Refinanzierung dieser Kosten ist jedoch in den vorliegenden Gesetzentwürfen nicht vorgesehen.

Fulda, den 11. Oktober 2016



Prof. Dr. Stefan Greß

Inhaber der Professur für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie

Fachbereich Pflege und Gesundheit

Hochschule Fulda