

Stellungnahme zum Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (BT Drs. 18/5926)

Prof. Dr. Georg Cremer
Generalsekretär
Vorstand für Sozial- und Fachpolitik

Postfach 4 20, 79004 Freiburg
Karlsruhe 40, 79104 Freiburg
Telefon-Zentrale 0761 200-0

Ihre Ansprechpartnerin:
Dr. Elisabeth Fix
Telefon-Durchwahl 030 28 44 47-46
Telefax 030 28 44 47-55
elisabeth.fix@caritas.de

Ihre Ansprechpartnerin:
Karin Bumann
Telefon-Durchwahl 0761 200 366
karin.bumann@caritas.de

Datum 24.09.2015

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0131(8)
gel VB zur öAnhörung am 30.09.
15_PSGII
28.09.2015

Vorbemerkung

Der Deutsche Caritasverband gibt seine Stellungnahme zu den zentralen Änderungen des SGB XI gemeinsam mit den Verbänden der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) ab. Als Deutscher Caritasverband nehmen wir zu folgenden Themen separat Stellung:

- Beratung (§§ 7-7c)
- Dynamisierung (§ 30)
- Beitragssatz (§ 55)
- Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (§ 43a)
- Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf (Artikel 7)

A. Zusammenfassung

Paradigmenwechsel durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff

wieder herzustellen. Prävention und Die Caritas begrüßt, dass mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des Neuen Begutachtungsinstruments der notwendige Paradigmenwechsel in der Pflegeversicherung endlich eingeleitet wird. Damit wird die seit 20 Jahren bestehende systemisch bedingte Ungleichbehandlung von somatisch und kognitiv beeinträchtigten Menschen aufgehoben. Pflegerische Betreuungsmaßnahmen werden als neue gleichrangige Leistung ins SGB XI eingeführt und stehen künftig allen pflegebedürftigen Menschen zur Verfügung. Die alte defizitorientierte Sichtweise auf Pflege wird abgelöst durch ein neues Verständnis von Pflege, das den Blick auf die noch bestehenden Fähigkeiten und Res-

sources lenkt, um die Selbständigkeit der Person zu erhalten oder Rehabilitation rücken somit in den Vordergrund. Die Caritas bittet, den Begriff der „körperbezogenen Pflegemaßnahmen“, der den bisherigen, veralteten Begriff der Grundpflege ersetzen soll, dringend pflegewissenschaftlich zu überprüfen. Um zu vermeiden, dass durch diesen Begriff die Dichotomie zwischen somatischer Pflege und Betreuung, die durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff überwunden wird, leistungsrechtlich wieder eingeführt wird, schlagen wir vor, Art und Umfang der Leistungen in § 4 mit „pflegerischen Maßnahmen i.S. des § 14 Absatz 2 und Hilfen zur Haushaltsführung“ zu ersetzen.

Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Die Caritas begrüßt, dass das Gutachten den Antragstellern künftig automatisch übersandt wird. Dies entspricht einer langjährigen Forderung. Die Caritas setzt sich zudem dafür ein, dass pflegebedürftige Menschen, die nach verkürzten Fristen begutachtet werden, wie z.B. nach Krankenhausaufenthalt nicht nur vorläufig, sondern in einen konkreten Pflegegrad eingestuft werden. Diese Einstufung kann ggf. auch befristet werden.

Umsetzung des neuen Pflegebegriffs in den leistungsrechtlichen Regelungen

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

Die Caritas bewertet positiv, dass auch der Pflegegrad 1 zum Zweck der Erhaltung und Wiederherstellung der Selbständigkeit und der Vermeidung schwererer Pflegebedürftigkeit leistungsrechtlich ausgestaltet wird.

Schnittstelle zur häuslichen Krankenpflege klar regeln

Die leistungsrechtlichen Folgen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs werden im SGB V nicht ausgeführt. Mit PSG II, insbesondere mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, dürfen keine Leistungsverschiebungen zwischen der sozialen Pflegeversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung verbunden sein und die Ansprüche der Versicherten auf Leistungen nach dem SGB V müssen dementsprechend unberührt bleiben. Das muss explizit auch für die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V gelten. In § 37 Absatz 2 SGB V muss daher wiederaufgenommen werden, dass der Anspruch auf häusliche Krankenpflege auf für krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen gelten soll, die bereits der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14 und 15 des Elften Buches berücksichtigt wurden. Bei §

36 SGB XI ist klarzustellen, dass die körperbezogenen Pflegemaßnahmen nicht dazu gehören, soweit diese im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V zu leisten sind.

Weiterentwicklung der Pflegeberatung nach § 37 Absatz 3

Die Caritas unterstützt das Anliegen des Gesetzentwurfs, den Beratungspflichteinsatz nach § 37 Abs. 3 mit einer neuen Qualität zu versehen durch die Verabschiedung von Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche durch die Vertragsparteien nach § 113. Dieses Ziel wird mit der vorgeschlagenen Neuregelung alleine jedoch in keinster Weise erreicht. Es bedarf zudem einer entsprechend höheren, angemessenen Vergütung. Eine qualitätsgesicherte Beratung ist mit 23 Euro bzw. 33 Euro nicht möglich.

Verhinderungs- und Kurzzeitpflege vollständig harmonisieren

Versicherte können 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 Caritas bittet zu prüfen, ob die maximale Inanspruchnahme der Verhinderungspflege von sechs auf acht Wochen verlängert werden kann. Ausdrücklich begrüßt wird hingegen die Neuregelung zur Fortgewährung des Pflegegelds bei Kurzzeit- und Verhinderungspflege im Sinne einer Anpassung der durch das PSG I flexibilisierten Höchstbezugsdauern. Die Caritas bittet allerdings zu prüfen, ob das Pflegegeld nicht in voller statt in halber Höhe fortgewährt werden kann. Des Weiteren plädieren wir dafür, die Vorpflegezeiten bei der Verhinderungspflege abzuschaffen und gesetzliche Klarstellungen zur stundenweisen Inanspruchnahme der Verhinderungspflege vorzunehmen.

Fahrtkosten in der Tagespflege refinanzieren

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

Praxisprobleme bei den ambulant betreuten Wohngruppen beseitigen

Die Caritas setzt sich dafür ein, dass auch Menschen, die in ambulant betreuten Wohngruppen leben, uneingeschränkten Zugang zur Tages- und Nachtpflege haben. Das Argument des Missbrauchs der Regelungen zu § 38a darf nicht dazu führen, dass Menschen in Wohngruppen anders behandelt werden als Menschen, die in ihrer angestammten Häuslichkeit leben. Die Caritas sieht bei drei weiteren Praxisproblemen, die zur Ablehnung der Zahlung des pauschalen Zuschlags für die Präsenzkraft geführt haben, gesetzgeberischen Handlungsbedarf: 1. Es muss klargestellt werden, dass von einer gemeinsamen Wohnung auch dann ausgegangen werden muss, wenn die Privaträume über einen eigenen Sanitärbereich verfügen. 2. Als Beauftragung der Präsenzkraft muss auch gelten, wenn die Bewohner/innen der ambulanten Wohn-

gruppe einen Pflegedienst beauftragen, der dann wiederum die Präsenzkraft gestellt. 3. Der Begriff der „anbieterverantworteten ambulant betreuten Wohngruppe“ ist zu streichen.

Qualität der Angebote zur Unterstützung im Alltag ohne Preisdumping sicherstellen

Die Caritas begrüßt die Systematisierung der Regelungen zu den Angeboten der Unterstützung im Alltag, die in § 45a vorgenommen wird, wenngleich sie die Differenzierung zwischen Entlastungs- und Betreuungsangeboten, die schon durch das PSG I erfolgt ist, nach wie vor für schwierig erachtet. In der Gesetzesbegründung sollte klargestellt werden, dass gewerbliche Angebote in diesem Bereich sozialversicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnisse vorzuhalten haben und nachweislich mindestens Mindestlohn zu bezahlen haben. Bei der Umsetzung der Regelungen für diese Angebote in den Länderverordnungen hat sich gezeigt, dass die Länder bestrebt sind, Preisobergrenzen sowohl für die Entlastungs- und Betreuungsangebote als auch für die Angebote der zugelassenen Pflegedienste festzulegen. Einen solchen Eingriff in den Wettbewerb halten wir für nicht sachgerecht. Gänzlich ordnungspolitisch verfehlt ist eine solche Regelung für die ambulanten Pflegedienste, denn der Entlastungsbetrag nach § 45b kann auch für dessen Regelleistungen eingesetzt werden.

Entlastungsbetrag als jährliches Budget ausgestalten

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

Sollte der Gesetzgeber bei dem monatlichen Entlastungsbetrag nach § 45b bleiben, fordert die Caritas eine Klarstellung, dass die Inanspruchnahme des 40prozentigen Umwandlungsbetrags

der Pflegesachleistung nicht erst möglich ist, wenn der Betrag nach § 45b Absatz 1 ausgeschöpft ist.

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

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

Eigener Rechtsanspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung/ Vergütungszuschlag vollstationären Pflegeeinrichtungen ohne Einzelnachweisführung

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

Benachteiligung der unteren Pflegegrade in der vollstationären Pflege

Es erfolgt eine Neustaffelung der Leistungsbeträge. Pflegegrad 2 werden 770 Euro monatlich zugemessen, Pflegegrad 3 1262 Euro, Pflegegrad 4 1775 Euro und Pflegegrad 5 2005 Euro. Kritisch anzumerken ist, dass es bei den Leistungssätzen im Pflegegrad 2 und 3 zu Absenkungen kommt, die vor allem beim Pflegegrad 2 erheblich sind. In der Gesetzesbegründung findet

sich kein Hinweis, nach welchen Grundsätzen die Festsetzung der Leistungshöhe für den Pflegegrad 2 vorgenommen wurde. Die Spreizung der Leistungshöhen zwischen den Pflegegraden wird mit der EViS-Studie begründet, aus den Aufwandsrelationen der EViS-Studie sind diese aber nicht ableitbar. Bei einem Vergleich der Leistungen zwischen der ambulanten und der vollstationären Sachleistung ist zudem zu bedenken, dass die medizinische Behandlungspflege im vollstationären Bereich in den Pflegesatz einberechnet wird und damit über den Eigenanteil vom Bewohner allein zu tragen ist. Betrachtet man den Leistungssatz im Pflegegrad 2 zusammen mit dem einrichtungsindividuellen Eigenanteil, der heute für Personen im künftigen Pflegegrad deutlich unter dem künftigen Eigenanteil liegt, wird es Menschen in Pflegegrad 2 künftig deutlich erschwert, in die vollstationäre Pflegeeinrichtung einzuziehen. Die Caritas hält es zudem für geboten, den seit 20 Jahren im SGB XI vorzufindenden Grundsatz der „Heimbedürftigkeit“ aufzuheben, der mit den Neuregelungen der Absenkung der Leistungssätze auf 80 Prozent im PSG II sogar nochmals verstärkt wird.

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

Bei pflegebedürftigen Menschen, die Leistungen nach § 43 SGB XI erhalten und in einer vollstationären Pflegeeinrichtung leben, bezieht sich der Besitzstandsschutz nicht auf die regelmäßig wiederkehrenden Leistungen nach § 43 SGB XI, sondern auf den bis zum 31.12.2016 bezahlten Eigenanteil bei den pflegebedingten Aufwendungen. Dies ist im Gesamtkonzept der geplanten einrichtungseinheitlichen Eigenanteile zu sehen, dennoch wirft die Regelung verschiedene Fragen auf. Die Höhe des Besitzstandsschutzes wird durch die Differenz des bisherigen Eigenanteils und des neuen einrichtungseinheitlichen Eigenanteils im ersten Monat nach der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs bestimmt. Es muss hier klargestellt werden, dass temporäre Schwankungen des Eigenanteils, etwa durch Abwesenheitstage, bei der Bemessung des Besitzstandsschutzes außer Betracht bleiben.

Einrichtungseinheitliche Eigenanteile

Für die Pflegegrade 2 bis 5 sind in den Pflegesatzverhandlungen erstmals so genannte einrichtungseinheitliche Eigenanteile zum 01.01.2017 zu vereinbaren. Die einrichtungseinheitlichen Eigenanteile werden, so der Gesetzgeber in seiner Begründung, ausgehend von dem jeweiligen prospektiven Versorgungsaufwand abzüglich der Summe des Leistungsbetrages nach § 43 ermittelt. Mit der Umstellung auf die einrichtungseinheitlichen Eigenanteile soll erreicht werden, dass der von den Pflegebedürftigen bzw. vom zuständigen Sozialhilfeträger zu tragende Eigenanteil nicht mehr mit der Schwere der Pflegebedürftigkeit steigt. Grundsätzlich begrüßt die Caritas die Absicht, eine Mehrbelastung der höheren Pflegegrade zu verhindern.

Durch die einrichtungseinheitlichen Eigenanteile werden die Kosten für die Versorgung der Bewohner mit hohen Pflegegraden einrichtungsindividuell auf die Bewohner in niedrigen Pflegegraden verschoben. Das widerspricht dem Kostenverursachungsprinzip und stellt eine Ungleichbehandlung von Pflegebedürftigen im Pflegegrad 2 in der vollstationären Pflege dar.

Gemäß § 84 Absatz 2 Satz 1 SGB XI muss die Vergütung stationärer Pflegeleistungen leistungsgerecht sein. Die Frage der Leistungsgerechtigkeit stellt sich sowohl aus der Sicht der Pflegeeinrichtung als auch der Sicht der pflegebedürftigen Menschen. Unserer Auffassung nach widerspricht der einrichtungseinheitliche Eigenanteil diesem Grundsatz, sowohl aus der Perspektive der Pflegebedürftigen als auch der Einrichtungen.

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

Monitoring der Überleitung

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

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

Geplante Verbesserungen für Menschen mit einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz müssen auch zu verbesserten Personalschlüsseln in den vollstationären Pflegeeinrichtungen führen und dürfen nicht zu Lasten der anderen Bewohner umgesetzt werden.

Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz erhalten durch den doppelten Stufensprung verbesserte Leistungen der Pflegeversicherung erhalten sollen. Das geplante Umrechnungsverfahren sieht eine budgetgleiche Umstellung bei gleichbleibender Gesamtpersonalmenge vor. Dies bedeutet, dass die Verbesserungen für Menschen mit erheblich einge-

schränkter Alltagskompetenz zu Lasten der Bewohner ohne eingeschränkte Alltagskompetenz gehen. Diese kann nicht im Sinne des Pflegestärkungsgesetzes sein. Um bei der Umstellung für Bewohner ohne eingeschränkte Alltagskompetenz das Niveau der pflegerischen Versorgung zu erhalten, müssen die dem doppeltem Stufensprung entsprechenden höheren Pflegeaufwendungen für Bewohner mit eingeschränkter Alltagskompetenz auch im Umrechnungsverfahren für die Pflegesätze berücksichtigt werden. Das in § 92e SGB XI beschriebene Umrechnungsverfahren ist dahingehend anzupassen.

Bestandsschutzregelung der Personalausstattung bei alternativer Überleitung einführen

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

Die Caritas fordert die Bundesregierung auf, für die alternative Überleitung eine Übergangsregelung aufzunehmen, mit der die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens vorhandene Personalausstattung für mindestens sechs Monate unter Bestandsschutz gestellt wird.

Vereinfachtes Pflegesatzverfahren für die Übergangszeit nach der Systemumstellung

Wie sich die nachrückende Bewohnerstruktur ab 2017 entwickeln wird, hängt von vielen Faktoren ab und kann derzeit nicht prognostiziert werden. Eigenanteil und Pflegevergütung werden für die Vereinbarungslaufzeit festgelegt. Verändert sich die Bewohnerstruktur während dieser Laufzeit, so ermöglicht die vereinbarte Pflegevergütung die Abdeckung der pflegegradabhängigen Pflegeaufwendungen gegebenenfalls nicht mehr. Dies wird dem im SGB XI verankertem Grundsatz der leistungsgerechten Vergütung nicht gerecht und birgt für die Einrichtungen nicht steuerbare, erhebliche Risiken. Das SGB XI muss es daher Einrichtungen ermöglichen, bei erheblichen Veränderungen der Bewohnerstruktur während des Vereinbarungszeitraums die Pflegevergütung diesbezüglich anzupassen. § 85 SGB XI sollte daher um ein vereinfachtes Pflegesatzverfahren für die Übergangszeit nach der Systemumstellung ergänzt werden.

Die alternativen Übergangsregelungen für die Pflegesätze reichen nicht aus

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

- Anhebung der vollstationären Sachleistungsbeträge, die zusammen mit der zu § 43 vorgeschlagenen Staffelung verhindert, dass vollstationäre Pflege nur noch von den höhe-

ren Pflegegraden in Anspruch genommen wird; notfalls durch Umverteilung der sonstigen Mehrausgaben

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

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

Nach Auffassung der Caritas muss die Spreizung der übergeleiteten teilstationären Pflegesätze mit der Spreizung der teilstationären Leistungsbeträge übereinstimmen. Die Überleitung der Pflegesätze muss an die Abstufungen der Sachleistungsbeträge angepasst werden.

Qualitätsausschuss zu einer demokratisch legitimierten Selbstverwaltung weiterentwickeln

Kernstück der Neuregelungen zur Qualitätssicherung ist der neu eingeführte Qualitätsausschuss nach § 113b SGB XI. Er stellt gewissermaßen einen „Zwitter“ zwischen der Schiedsstelle Qualitätssicherung nach § 113b alt und neuen Strukturen der Selbstverwaltung zur Qualitätssicherung dar. Hinsichtlich seiner Zusammensetzung fehlt es nach wie vor an klaren Kriterien, aus denen sich ableiten lässt, welche Vereinigung der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene als Mitglied in der neuen Selbstverwaltungsstruktur legitimiert ist. Der neue Qualitätsausschuss erfüllt die Funktion der Konfliktlösung, indem, ähnlich wie beim erweiterten Bewertungsausschuss, ein unparteiischer Vorsitzender und zwei weitere unparteiische Mitglieder hinzugezogen werden können. Diese sind jedoch keine permanenten Mitglieder, sodass es an einer permanenten Ergänzung der Selbstverwaltungspartner durch eine unparteiische Person fehlt. Der Gesetzentwurf nimmt mit dem vorgestellten Modell zwar Kurs auf eine neue Selbstverwaltungsstruktur, bleibt aber auf halber Strecke stecken. Die Caritas hat ein weitergehendes klares Modell für eine neue Selbstverwaltung entwickelt, das sich am Modell des Gemeinsamen Bundesausschusses im SGB V, allerdings in deutlich schlankerer Form, anlehnt und die benannten Strukturdefizite vermeidet. Gegenüber der jetzt in § 113b geschaffenen Struktur eines „Zwitters“ zwischen Schiedsstelle und neuer Selbstverwaltungsstruktur entstünde mit einem Qualitätsausschuss nach Caritas -Modell eine Selbstverwaltungsstruktur mit eingebautem Konfliktlösungsmechanismus, da der unabhängige Vorsitzende und zwei weitere unparteiische Mitglieder ständige Mitglieder dieser Struktur wären und nicht bei Bedarf hinzuziehende Schiedspersonen. Aufgrund der Rolle des unabhängigen Vorsitzenden könnten Patt-

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

Indikatorengestütztes Verfahren zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität

Die BAGW begrüßt, dass die verbindliche Verankerung eines indikatorengestützten Verfahrens zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität in § 113 SGB XI des Gesetzentwurfs nochmals eine Aufwertung erfahren hat. Die in der Caritas kooperierenden Verbände hatten seinerzeit das von BMG und BMFSFJ durchgeführte und in § 113b Absatz 4 Satz 1 Ziffer 4 als Grundlage für das indikatorengestützte Verfahren erwähnte Projekt „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ angeregt. Mit der Fokussierung der Qualitätssicherung weg von der Struktur- und Prozessqualität hin zur Ergebnisqualität verfolgt der Gesetzgeber einen Pfad, den die Caritas forciert hat.

Inhaltliche Aufgaben des im Gesetzentwurf vorgesehenen Qualitätsausschusses ist nicht die Erstellung von Richtlinien nach §§ 113, 113a oder 115a, sondern die wissenschaftliche Begleitung von Instrumenten der Qualitätsprüfung im stationären und ambulanten Bereich, die auf der Grundlage des Indikatorenmodells erfolgen sollen und auch Module für die Befragung von Pflegebedürftigen als ergänzende Informationsquelle zur Bewertung der Lebensqualität darstellen. Das wird von der Caritas ausdrücklich begrüßt. Dabei kann auf wissenschaftlich breit erprobte Projekte zur indikatorengestützten Erfassung von Ergebnisqualität der Diözesan-Caritasverbände Köln (EQisA) und Münster (EQMS) zurückgegriffen werden. Für die in § 113b Absatz 4 Nummer 4 geforderten Module zur Befragung der Lebensqualität in stationären Pflegeeinrichtungen liegt aus dem Projekt „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ ein wissenschaftliches Inventar vor,

das im Projekt des Diözesan-Caritasverbandes Münster EQMS weiter erprobt wurde. In die Gesetzesbegründung sollte aufgenommen werden, dass auf dieses Instrument konkret zurückgegriffen werden soll.

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

Qualitätsprüfungen

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

B. Besonderer Teil der separaten einzelverbandlichen Stellungnahme des Deutschen Caritasverbandes

§ 7 neu: Aufklärung, Auskunft

Gesetzentwurf

Im Entwurf wird der Begriff Beratung durch Auskunft ersetzt. Die Regelungen zur Beratung werden in die Vorschrift des § 7a-neu überführt.

Die Pflegekasse ist verpflichtet, Antragsteller unverzüglich über ihren Anspruch auf kostenlose Beratung, den nächstgelegenen Pflegestützpunkt, sowie über eine Vergleichsliste zu Leistungen und Vergütungen zugelassener Pflegeeinrichtungen zu informieren. Inhaltlich neu ist, dass die Leistungs- und Preisvergleichsliste auch Angaben zu Art, Inhalt und Kosten der niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebote (künftig Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a SGB XI) enthalten muss. Pflegekassen müssen auch Auskunft über Leistungen und Kosten der integrierten Versorgung geben und diese Angaben im Internet veröffentlichen. Antragsteller erhalten die Liste nur noch auf Anforderung.

Leistungs- und Preisvergleichslisten werden von den Landesverbänden der Pflegekassen erstellt, quartalsweise aktualisiert und zukünftig auf deren Internetseite veröffentlicht. Das gilt auch für die veröffentlichten Ergebnisse der Qualitätsprüfungen nach § 115 Absatz 1a und Informationen zur Versorgung in vollstationären Einrichtungen nach § 115 Absatz 1b.

Bewertung

Der Begriff „Beratung“ soll nach den neuen Regelungen dem § 7a vorbehalten sein. Aufklärung und Auskunft sind jedoch begrifflich unscharf und inhaltlich schwer von Beratung zu trennen. Auch Personen, die noch keinen Antrag auf Leistungen gestellt haben oder deren Unterstützungsbedarf unterhalb der Anspruchsgrenze liegt, haben oft einen hohen Beratungsbedarf. Bisher haben Versicherte nach § 7 Abs. 2 SGB XI schon vor Antragstellung einen Anspruch auf Beratung. Durch die Überführung der Beratungspflicht in § 7 a ist zukünftig die Beratung Personen vorbehalten, die bereits Leistungen beziehen. Damit wird der bisherige Beratungsanspruch eingeschränkt. Eine frühzeitige Beratung kann Hilfe und Pflegebedürftigkeit vermeiden helfen oder verzögern. Es muss kritisch hinterfragt werden, ob Auskunft und Aufklärung dafür ausreichend sind. Mitarbeiter der Pflegekassen, die keine Ausbildung zum Pflegeberater haben, sollten zumindest in der Lage sein, Versicherten umfassend und verständlich zu komplexen Sachverhalten Auskunft zu geben.

Die Ausweitung der Aufklärung und Auskunftspflicht durch die Pflegekassen wird begrüßt. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen wissen oft nicht, wo sie sich beraten lassen können und welche Unterstützungsangebote es in ihrer Nähe gibt. Mit der Veröffentlichung im Internet erhalten sie einen neuen Zugangsweg zu diesen Informationen. Die Möglichkeit, sich auf diesem Weg über regional verfügbare Unterstützungsangebote zu informieren und Preise und Leistungen zu vergleichen, erhöht die Transparenz und stärkt die (Wahl)Rechte der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen.

Aufklärung und Auskunft sollten frühzeitig erfolgen, um Belastungen, die durch die Pflegesituation entstehen, vorzubeugen oder abzumildern. Beratung wird erfahrungsgemäß erst spät in Anspruch genommen. Daher sollten alle Versicherten von ihrer Pflegekasse regelmäßig auf die Informationen im Internet aufmerksam gemacht werden und nicht erst bei Antragstellung.

Der nächstgelegene Pflegestützpunkt ist oft nicht wohnortnah. Das hat zur Folge, dass die Inanspruchnahme der Beratung für die Ratsuchenden mit einem relativ hohen Aufwand verbunden ist und häufig nicht in Anspruch genommen wird. Es gibt aber vielfach Beratungsstellen in anderer Trägerschaft, die gut erreichbar sind und diese Aufgabe auch erfüllen. Daher sollte die Pflegekasse nicht nur auf den nächstgelegenen Pflegestützpunkt sondern auch auf andere Beratungsstellen hinweisen.

Lösungsvorschlag

In § 7 Absatz 2 Satz 1 wird vor den Wörtern „zu informieren“ das Wort „umfassend“ eingefügt.

In § 7 Absatz 2 Satz 4 werden nach den Wörtern „den nächstgelegenen Pflegestützpunkt nach § 7c“ die Wörter „und sonstige Beratungsstellen“ eingefügt.

In § 7 Absatz 2 wird nach Satz 5 folgender Satz 6 eingefügt „Alle Versicherten sind in regelmäßigen Abständen auf die Veröffentlichungen im Internet nach Absatz 2 Satz 5 und Absatz 3 Satz 2 hinzuweisen“.

§ 7a neu: Pflegeberatung

Gesetzentwurf

Die Pflegekasse soll Anspruchsberechtigten noch vor der erstmaligen Beratung unverzüglich eine/n zuständige/n Pflegeberater/in oder eine sonstige Beratungsstelle benennen. Inhalte und Vorgaben zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung werden in einer Pflegeberatungsrichtlinie verbindlich festgelegt. Die Richtlinie wird vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen unter Beteiligung von MDK, Verbänden und anderer auf Bundesebene tätiger Parteien bis zum 31.7.2018 erlassen. Neu im Vergleich zum Referentenentwurf ist, dass an den Richtlinien auch die Länder zu beteiligen sind. Näheres dazu ist in § 17 in einem neuen Absatz 1a geregelt. Die Parteien nach § 17 Absatz 1a sollen auch an den Empfehlungen zur Anzahl, Qualifikation und Fortbildung der Pflegeberater beteiligt werden.

Die Aufgaben der Pflegeberatung werden dahingehend erweitert, dass bei der Feststellung des Hilfebedarfs nicht nur das MDK-Gutachten, sondern auch die Ergebnisse der Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 berücksichtigt werden. Die Einbeziehung der Ergebnisse der Pflegeberatungsbesuche setzt die Einwilligung des Pflegebedürftigen voraus. Maßgeblich für den Versorgungsplan sind die Vorgaben der Pflegeberatungsrichtlinie.

Auf Wunsch des Anspruchsberechtigten kann die Pflegeberatung zukünftig auch gegenüber seinen Angehörigen, Lebenspartnern oder weiteren Personen in seiner Abwesenheit oder unter

deren Einbeziehung erfolgen. Es wird klargestellt, dass Leistungsanträge auch bei dem/der zuständigen Pflegeberater/in gestellt werden können.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird in § 7a Absatz 9 neu verpflichtet, dem BMG erstmalig zum 30.6.2020 einen Erfahrungsbericht zur Weiterentwicklung der Beratungstätigkeit und der Beratungsstrukturen sowie zu Ergebnissen und Wirkungen der Beratung in der eigenen Häuslichkeit vorzulegen.

Die Regelung, dass Pflegekassen sich an der Finanzierung und Organisation von Beratungsaufgaben anderer Träger beteiligen können, wird von § 7 Absatz 4 in § 7a Absatz 8 neu überführt. Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung infolge des Wegfalls der Pflegeberatung in § 7. Die Landesverbände der Pflegekassen vereinbaren nach dem neuen Absatz 7 zudem gemeinsam und einheitlich mit dem Verband der privaten Krankenversicherung, den nach Landesrecht bestimmten Stellen für die wohnortnahe Betreuung im Rahmen der Altenhilfe und den Trägern der Sozialhilfe sowie mit den kommunalen Spitzenverbänden auf Landesebene Rahmenverträge über die Zusammenarbeit bei der Beratung. Präzisiert wurde im Gesetzentwurf, dass die Verbände der Träger weiterer nicht gewerblicher Beratungsstellen ein Anhörungsrecht erhalten. Dazu zählen insbesondere die Verbände der freien Wohlfahrtspflege, Verbraucherverbände und Verbände von Selbsthilfegruppen.

Bewertung

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass die Pflegekassen vor der erstmaligen Beratung unverzüglich feste Ansprechpartner für eine individuelle Beratung benennen. Dadurch wird der Weg zu einer ganzheitlichen Beratung aus einer Hand geebnet. Das entspricht dem Wunsch vieler Ratsuchenden und wird ausdrücklich begrüßt. Um eine umfassende und individuelle Beratung zu gewährleisten, müssen die benannten Pflegeberater/innen die nötige Unabhängigkeit mitbringen. Das gilt für alle Berater/innen, unabhängig davon ob sie bei einer Pflegekasse, der Kommune oder einem anderen Träger nach § 7a Absatz 8 neu angestellt sind. Begrüßt wird auch die Neuerung, wonach die Pflegeberatung auch gegenüber pflegenden Angehörigen und anderen nahestehenden Personen oder unter deren Einbeziehung erfolgen kann. Diese Regelung entspricht der Lebenswirklichkeit, denn häufig möchten pflegebedürftige Menschen die Beratung in Anwesenheit einer vertrauten Person in Anspruch nehmen, etwa weil die Angehörigen Fragen und Probleme besser artikulieren können als sie selbst. Vielen Angehörigen fällt es auch leichter über die Pflegesituation zu reden, wenn der Pflegebedürftige nicht anwesend ist. Zudem gehört es zum erklärten Ziel der Pflegeberatung, Angehörige zur Inanspruchnahme von Unterstützungs- und Entlastungsleistungen zu beraten.

Positiv zu bewerten ist, dass mit der Pflegeberatungsrichtlinie einheitliche und fundierte Vorgaben für die Beratung eingeführt werden. Der Beratungsbedarf kann jedoch sehr unterschiedlich und komplex sein. Die Vorgaben sollten den Berater/innen genügend Flexibilität ermöglichen, damit sie die Beratung auf die individuelle Situation des Pflegebedürftigen und seiner Angehörigen abstimmen können. Auch das Wunsch- und Wahlrecht der Ratsuchenden muss berücksichtigt werden. Sie sollten einer Beratung nicht nur zustimmen, sondern sie auf Wunsch auch vorzeitig beenden können. In der Gesetzesbegründung (S. 93) wird darauf hingewiesen, dass eine umfassende Information und Beratung der Versicherten - möglichst durch eine Person o-

der Stelle ihres Vertrauens – eine wichtige Voraussetzung für eine bedürfnisorientierte Unterstützung, Pflege und Betreuung ist. Dem ist zuzustimmen. Da nicht davon ausgegangen werden kann, dass der/die von der Pflegekasse benannte Pflegeberater/in zwangsläufig eine Vertrauensperson für den Ratsuchenden ist, sollte auch ein Beraterwechsel möglich sein.

Aufgabe der Pflegeberatung ist es insbesondere, den Hilfebedarf zu ermitteln, einen individuellen Versorgungsplan zu erstellen, die Umsetzung in die Wege zu leiten, zu überwachen und ggf. anzupassen und bei „komplexen Fallgestaltungen den Hilfeprozess auszuwerten und zu dokumentieren“.

Pflegeberater werden verpflichtet, regelmäßig zu überprüfen, ob die Ergebnisse von Pflegeberatungseinsätzen in der eigenen Häuslichkeit Anhaltspunkte für weiteren Hilfe- und Unterstützungsbedarf ergeben, sofern der Pflegebedürftige bzw. seine gesetzliche Vertretung dem zustimmt. Auch das Gutachten und die Rehabilitationsempfehlung sind in die Beratung einzubeziehen, sofern die Pflegebedürftigen diese aushändigen, wie es in der Gesetzesbegründung heißt. Ist ein weiterer Hilfe- und Unterstützungsbedarf erkennbar, sollen die Pflegeberater auf Wunsch des Versicherten Beratung anbieten und auf die Genehmigung für notwendig erachtete Maßnahmen hinwirken. Diese Unterstützung wird grundsätzlich begrüßt. Berücksichtigt werden sollte jedoch, dass die Pflegeberatung nach neuem Recht ein umfassendes Fallmanagement beinhaltet. Erfahrungsgemäß zögern Pflegebedürftige bzw. ihre Angehörigen länger, bis sie überhaupt Beratung in Anspruch nehmen. Nicht selten möchten sie sich nur einen Rat holen. Daher wäre es im Sinne der Selbstbestimmung der Betroffenen zu begrüßen, wenn vor Beginn des Pflegeberatungsprozesses ihr grundlegendes Einverständnis für eine umfassende Beratung im Sinne eines Fallmanagements eingeholt wird. Damit würde es sich auch erübrigen, bei einzelnen Schritten, wie z.B. vor Einbeziehung der Ergebnisse von Pflegeberatungseinsätzen, eine Zustimmung einzuholen.

Bei der Berichtspflicht zur Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach dem neuen Absatz 9 Nummer 2 mit dem Ziel, Erkenntnisse und Hinweise zur Wirkung der Beratungsbesuche zu gewinnen ist kritisch zu hinterfragen, welche Messkriterien dafür herangezogen werden sollen. Werden z. B. Hinweise und Empfehlungen aus einem Beratungsbesuch nicht in die Praxis umgesetzt, ist dies nicht zwangsläufig ein Indiz für eine unzureichende Wirkung der Beratung. Im Sinne des Wunsch- und Wahlrechts liegt die Verantwortung für die Umsetzung vor allem im Ermessen der Ratsuchenden. Grundsätzlich kann die Beratung nur empfehlenden Charakter haben. Autonomie und Wahlfreiheit des Pflegebedürftigen müssen an oberster Stelle stehen.

Entgegen der Regelung des § 37 Absatz 5 SGB XI neu soll die Regelung des § 7a SGBXI neu gemäß Artikel 8 Absatz 1 des Gesetzentwurfs bereits am 1. Januar 2016 in Kraft treten. Gleichzeitig sollen die Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungseinsätze gemäß § 37 Absatz 5 SGB XI neu erst bis zum 1.1.2018 beschlossen werden. Aus Sicht des Deutschen Caritasverbands erscheint es jedoch ohne entsprechende Vorgaben zur Qualitätssicherung nicht zielführend, dass die Ergebnisse der Beratungsbesuche in der Pflegeberatung zu nutzen sind. Er schlägt daher vor, die Regelung des § 7a Absatz 1 Satz 2 Nr. 1 SGBXI neu zeitgleich mit den Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche in Kraft treten zu lassen.

Positiv bewertet wird, dass mit dem neuen Absatz 7 eine Zusammenarbeit der Pflegekassen mit den nach Landesrecht bestimmten Stellen der Altenhilfe und den Sozialhilfeträgern sowie mit den kommunalen Spitzenverbänden bei der Beratung durch das Schließen von Rahmenverträgen vorgesehen wird. Der Deutsche Caritasverband hofft, dass in einem weiteren Gesetzgebungsverfahren noch weitergehende Vorschläge für eine stärkere Integration der Kommunen insbesondere in die Pflegeberatung, aber auch in die Pflegeinfrastrukturplanung erfolgen.

Lösungsvorschlag

In § 7a Absatz 1 wird nach Satz 1 folgender Satz 2 eingefügt „Auf Wunsch des Anspruchsberechtigten kann die Pflegeberatung vorzeitig beendet oder ein anderer zuständiger Pflegeberater benannt werden“.

In § 7a Absatz 1 Satz 3 werden hinter dem Halbsatz „Aufgabe der Pflegeberatung ist es insbesondere,“ die Wörter „im Einvernehmen mit der nach Satz 1 anspruchsberechtigten Person“ eingefügt und werden in Ziffer 1. die Wörter „wenn die nach Satz 1 anspruchsberechtigte Person zustimmt“ gestrichen.

In § 7a Absatz 1 Satz 2 (Satz 3) Nummer 1 sollen nach den Worten „nach § 37 Absatz 3“ die Worte „ab Inkrafttreten der Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche“ eingefügt werden.

Redaktioneller Hinweis zu § 7a Absatz 3 Satz 4: „Die Qualifikationsanforderungen nach Satz 2 müssen spätestens zum 30. Juni 2011 erfüllt sein.“ Dieses Datum ist zu aktualisieren.

§ 7b neu: Beratungsgutscheine

Gesetzentwurf

Die Pflegekasse ist nicht nur nach Eingang eines erstmaligen Antrags auf Leistungen, sondern auch nach Eingang anderer Anträge verpflichtet, entweder einen Beratungstermin zu nennen oder einen Beratungsgutschein auszustellen.

Bewertung

Die Neuerung umfasst z. B. Anträge auf Neueinstufung, zum Wechsel von Geld- zu Sachleistungen oder Kombinationsleistungen, zur Inanspruchnahme gepoolter Leistungen oder in Krisensituationen zur kurzfristigen Sicherstellung der Pflege durch berufstätige Angehörige. Den Neuerungen ist uneingeschränkt zuzustimmen.

Gegenwärtig entscheidet die Pflegekasse, ob sie selbst Beratung anbietet oder einen Beratungsgutschein ausstellt. Nach Ansicht des Deutschen Caritasverbandes soll der Versicherte im Rahmen seines Wunsch- und Wahlrechts selbst entscheiden können, ob er die Beratung durch die Pflegekasse oder aber einen Beratungsgutschein in Anspruch nehmen will. Auf diese Weise hätte der Ratsuchende eine bessere Möglichkeit, eine Person oder Beratungsstelle sei-

nes Vertrauens selbst auszuwählen. Auf die Bedeutung der Beratung durch eine Vertrauensperson wurde bereits in der Begründung zu § 7a neu hingewiesen.

Lösungsvorschlag

In § 7b Absatz 1 Satz 1 werden vor dem Wort „entweder“ die Wörter „auf seinen Wunsch“ eingefügt.

§ 7c neu: Pflegestützpunkte

Gesetzentwurf

§ 92 c wird aufgehoben. Die Vorschriften des ehemaligen § 92 c Absatz 1 bis 4 und 7 bis 9 betreffen die Beratung in und durch Pflegestützpunkte und werden aufgrund des engen Sachzusammenhangs unverändert in die Vorschrift des § 7c - neu - überführt. Die Regelungen des ehemaligen § 92 c Absatz 5 und 6 betreffen die Anschubfinanzierung von Pflegestützpunkten. Die Regelungen waren befristet gültig und sind mittlerweile ausgelaufen.

Bewertung

Die Aufhebung von § 92 c und die Zusammenführung in § 7c-neu dient der Übersichtlichkeit und wird begrüßt.

Bei der Standortwahl der Pflegestützpunkte sollen bestehende Beratungsstrukturen zwingend berücksichtigt werden. Dafür hat sich der Deutsche Caritasverband bereits 2008 im Zusammenhang mit der Einführung der Pflegestützpunkte im Pflegeweiterentwicklungsgesetz eingesetzt. In vielen Regionen sind Pflegestützpunkte für ein großes Einzugsgebiet zuständig. Die Erreichbarkeit ist eingeschränkt. Das wirkt sich erschwerend auf die Inanspruchnahme der Beratung aus. Ein aufsuchender Ansatz, den Beratungsstellen der Wohlfahrtsverbände schon seit Jahren leisten, ist von entscheidender Bedeutung, vor allem im ländlichen Raum, wo Pflegebedürftige sonst weite Wege zurücklegen müssten.

Lösungsvorschlag

In § 7c Absatz 1 wird nach Satz 1 folgender Satz 2 eingefügt: "Bestehende Beratungsstrukturen anderer Träger sind zu berücksichtigen".

§ 30 Dynamisierung, Verordnungsermächtigung

Gesetzentwurf

Der Prüfauftrag der Bundesregierung auf Notwendigkeit und Höhe einer Anpassung der Leistungen der Pflegeversicherung wird vom Jahr 2017 auf das Jahr 2020 verschoben.

Bewertung

Nach dem PSG I wäre die nächste Prüfung zur Anpassung der Höhe der Leistungssätze in der Pflegeversicherung turnusgemäß im Jahr 2017 erfolgt. Da das Jahr 2017 das Jahr der Umstel-

lung auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff ist und die Leistungssätze in diesem Jahr von den heutigen Pflegestufen in die neuen Pflegegrade überführt werden müssen, ist es sachgerecht, die Prüfung der Leistungsanpassung nicht in diesem Jahr durchzuführen. Die Leistungssätze des Pflegegelds nach § 37 sowie der Pflegesachleistung nach § 36 entsprechen zwar den heutigen Leistungssätzen, indem die Leistungen nach den §§ 36 und 37 jeweils mit den Leistungssätzen nach § 123 zusammengeführt werden. Gleichviel werden die heute nach § 45a SGB XI Anspruchsberechtigten aber nicht nur einen Pflegegrad, sondern aufgrund des doppelten Stufensprungs zwei Pflegegrade höher eingestuft werden und somit von den neuen Leistungssätzen profitieren. Die Gesetzesbegründung weist aus, dass mit den neuen Leistungssätzen im vollstationären Bereich insbesondere die Pflegebedürftigen in den höheren Pflegegraden vor finanzieller Überforderung geschützt werden sollen. Diese Wirkung tritt im Kontext der einrichtungsindividuell vom Pflegegrad unabhängigen Eigenanteile tatsächlich ein. Die Gesetzesbegründung erwähnt aber gleichzeitig nicht, dass die Pflegebedürftigen in den Pflegegraden 2 und 3, deren Leistungssätze gegenüber den heutigen Pflegestufen abgesenkt werden, von den neuen Leistungssätzen nicht profitieren werden. Insbesondere in Pflegegrad 2 steigt auch der Eigenanteil, sodass diese Gruppe von der Systemumstellung benachteiligt sein wird, sofern sie nicht vom Besitzstandsschutz profitieren kann, wie z.B. beim Wechsel aus der eigenen Häuslichkeit in die stationäre Pflegeeinrichtung. Als Fazit schlagen wir vor, die erneute Überprüfung der Leistungsanpassung um 1 Jahr auf das Jahr 2019 vorzuziehen.

Der Deutsche Caritasverband konstatiert und kritisiert – wie schon in vielen vorausgegangenen Stellungnahmen zu Pflegereformen –, dass der Gesetzgeber weiterhin keinen Regelmechanismus für eine Dynamisierung einführt. Auch die Regelung, dass eine Dynamisierung mit Verweis auf gesamtwirtschaftliche Rahmenbedingungen ausgesetzt werden kann, bleibt bestehen. Der Deutsche Caritasverband setzt sich erneut dafür ein, § 30 der Überschrift entsprechend als wirkliche Dynamisierung und nicht als Prüfung der bloßen Leistungsanpassung auszugestalten. Dabei soll die Dynamisierung aus unserer Sicht grundsätzlich an die Bruttolohnentwicklung anknüpfen, da die Kosten der Pflege überwiegend durch die Lohnkosten bestimmt werden. Die Dynamisierung soll jährlich erfolgen.

Lösungsvorschlag

In § 30 Absatz 1 werden Satz 1 und 2 SGB XI wie folgt neu formuliert:

„Die Bundesregierung dynamisiert jährlich, erneut im Jahr 2019, die Leistungen der Pflegeversicherung. Als Orientierungswert für die Anpassungsnotwendigkeiten dient die Bruttolohnentwicklung im gleichen Zeitraum.“

§ 30 Absatz 1 Satz 3 SGB XI wird gestrichen.

Da sich der Deutsche Caritasverband dafür einsetzt, dass die Vergütungen für die Beratungseinsätze nach § 37 Absatz 3 von den Vertragspartnern nach § 89 SGB XI festzusetzen sind, ist die Regelung in § 30 Absatz 2, wonach die Bundesregierung ermächtigt wird, die Vergütung durch Rechtsverordnung festzusetzen, ersatzlos zu streichen.

§ 55 neu Beitragssatz, Beitragsbemessung

Gesetzentwurf

Der Beitragssatz wird zum 1.1.2017 bundeseinheitlich um 0,2 Prozentsatzpunkte angehoben.

Bewertung

Die Anhebung des Beitragssatzes um 0,2 Prozentsatzpunkte führt laut den Ausführungen im Gesetzentwurf zu Mehreinnahmen in Höhe von rund 2,5 Mrd. Euro. Bis 2020 steigen die Mehreinnahmen voraussichtlich auf 2,7 Mrd. Euro. Dem stehen jedoch im Jahr 2017 Mehrausgaben in Höhe von 3,7 Milliarden Euro und in den Folgejahren Mehrausgaben von 2,4 bis 2,5 Mrd. Euro jährlich gegenüber. Hinzu kommen einmalige Überleitkosten von 3,6 Mrd. Euro sowie einmalige Bestandsschutzkosten in Höhe von 0,8 Mrd. Euro für einen Zeitraum von vier Jahren, d. h., die einmaligen Überleitkosten betragen insgesamt 4,4 Mrd. Euro. Angesichts dieser einmaligen Kosten, aber auch mit Blick auf die Zukunft scheinen die 2,5 Mrd. Euro Mehreinnahmen eher knapp kalkuliert. Wir gehen davon aus, dass in den kommenden drei Jahren eine weitere Beitragssatzsteigerung unausweichlich sein wird. Eine gute Pflege muss in einer älter werdenden Gesellschaft solide gegenfinanziert werden.

Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (§ 43a)

Der Gesetzentwurf zum PSG II sieht keine Änderungen des § 43a SGB XI vor. Hier sieht der Deutsche Caritasverband jedoch dringenden Handlungsbedarf. Das SGB XI und das System der Eingliederungshilfe sind spätestens im Zuge des geplanten Bundesteilhabegesetzes so zu harmonisieren, dass Menschen mit Behinderung unabhängig von ihrer Wohnform die Leistungen erhalten können, auf die sie nach dem SGB XI einen Anspruch haben. Wenn die Unterscheidung zwischen ambulanten und stationären Leistungen in der Eingliederungshilfe aufgehoben wird, muss die ambulante Pflege nach SGB XI auch in Wohneinrichtungen erbracht werden können, die nach heutiger Terminologie als stationäre Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe bezeichnet werden.

Dennoch sollte die Option erhalten bleiben, dass in den - nach heutiger Begrifflichkeit - als stationär bezeichneten Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe weiterhin das Modul Pflege neben allen anderen Leistungen zur Teilhabe nach dem heutigen § 55 SGB XII durch das Fachpersonal der Wohneinrichtung erbracht wird. Die Pflegehandlung und die Handlungen der Assistenz, Unterstützung und Begleitung werden im Alltag der Menschen mit Behinderung nur in wenigen speziellen Handlungen vollkommen getrennt voneinander vollzogen. Daher sollten beide Leistungen aus einer Hand erbracht und in den Alltag integriert werden. Das gilt grundsätzlich, aber besonders bei einer Teilhabe- und Unterstützungsleistung, die wir demnächst zwar nicht mehr stationär nennen, die aber dennoch besonders umfassend sein und den gesamten Alltag abdecken muss. Darum ist aus fachlichen Gründen diese Einbettung der Pflegeleistung in die Leistungen der Eingliederungshilfe vorzuziehen.

In diesem Setting der Leistungserbringung aus einer Hand kann das Fachpersonal, wie bisher, aus Pflegefachkräften, Heilerziehungspflegern und anderen Assistenzkräften zusammengesetzt sein. Die Pflegeversicherung soll dem Leistungsträger der Eingliederungshilfe für diese Pflegeleistung auch weiterhin einen Zuschuss bezahlen. Da die Menschen mit Behinderung grundsätzlich alle pflegeversichert sind und somit Beiträge wie alle anderen Versicherten bezahlen, muss dieser Zuschuss allerdings angepasst sein an die Leistungssätze der ambulanten Sachleistung. Der Betrag sollte nach Pflegestufen oder den künftigen Pflegegraden gestaffelt werden. Es werden Beträge vorgeschlagen, die wenig unter den Sachleistungsbeträgen für die ambulanten Pflegeleistungen liegen.

In diesem Modell sind alle Maßnahmen und Verfahren aus Leistungs-, Prüf- und Qualitätsvereinbarung mit dem Leistungsträger der Eingliederungshilfe oder nach dem Bundesteilhabegesetz zu vereinbaren.

§ 87a Höherstufungsanträge

Problem

Wir weisen aber auf ein bestehendes Problem in der Praxis der Höherstufungsanträge hin: Häufig gewährt die Pflegekasse die beantragten Leistungen der Höherstufung rückwirkend für einen Zeitraum, der vor der Antragsstellung liegt. Die stationären Pflegeeinrichtungen haben dann das Problem, dass sie gemäß § 9 Abs. 2 Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz das erhöhte Entgelt erst ab Antragstellung berechnen dürfen. Die BSG-Rechtsprechung hat geurteilt, dass die Sozialhilfeträger aber an den Entscheid der Pflegekasse gebunden sind. Die Sozialhilfeträger legen das Urteil jetzt so aus, dass sie zwar die erhöhte Pflegestufe ab Gewährung durch die Pflegekasse anerkennen, andererseits aber erst ab dem Antragszeitpunkt das erhöhte Entgelt zahlen und nicht rückwirkend.

Lösungsvorschlag

Wir schlagen vor, dass bei Höherstufungen durch die Pflegekassen die Entscheidung über die Pflegestufe für den Sozialhilfeträger frühestens zum Antragszeitpunkt verbindlich greift. Alternativ käme eine Änderung der Regelung im WBG in Betracht, dass erhöhte Entgelte ab Gewährung durch die Pflegekasse verlangt werden können. Wegen des Rückwirkungsverbots wäre dies allerdings bedenklich. Wir bitten, diese Problematik zu prüfen.

Artikel 7: Änderung des Pflegezeitgesetzes

Gesetzentwurf

In § 7 Absatz 3 Nummer 2 des Pflegezeitgesetzes werden die Wörter „Schwägerinnen und Schwäger“ durch die Formulierung „Ehegatten der Geschwister und Geschwister der Ehegatten, Lebenspartner der Geschwister und Geschwister der Lebenspartner“ ersetzt. Mit dieser Formulierung soll der anspruchsberechtigte Personenkreis klarer erkennbar werden.

Bewertung

In seiner Stellungnahme zum Gesetzentwurf zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf vom 17.11.2014 hat der Deutsche Caritasverband dafür plädiert, den Kreis der nahen Angehö-

rigen um andere Verwandte ersten Grades, wie Nichten und Neffen, und Cousins und Cousinen sowie Onkel und Tanten zu erweitern. Darüber hinaus gibt es keinen sachlichen Grund, warum neben verwandtschaftsbezogenen Angehörigen nicht auch Zugehörige wie Freunde oder Nachbarn in den Kreis der Anspruchsberechtigten einbezogen werden können. Oft sind es Freunde und Nachbarn, die pflegebedürftige Menschen unterstützen und eng begleiten. Diesen Personenkreis mit einzubeziehen entspräche genau der gesetzgeberischen Zielsetzung, häusliche Pflege zu erleichtern und den Unterstützerkreis von Pflegenden weit zu fassen. Der Gesetzgeber sollte diese Möglichkeit prüfen.

Mit dem ersten Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und mit dem nun vorliegenden Entwurf für ein Zweites Pflegestärkungsgesetz wird der Entlastung pflegender Angehöriger ein hoher Stellenwert beigemessen. Im Hinblick auf die Entlastung und Unterstützung erwerbstätiger pflegender Angehöriger sieht der Deutsche Caritasverband weiteren Nachbesserungsbedarf im Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf und regt in diesem Zusammenhang an, insbesondere folgende Punkte zu prüfen:

- Die Höchstdauer von insgesamt 24 Monaten für die Inanspruchnahme von Familienpflegezeit und Pflegezeit sollte voll ausgeschöpft werden können, um pflegenden Angehörigen ein Höchstmaß an Flexibilität zu gewährleisten. Daher soll es nicht nur möglich sein, eine Verlängerung der Familienpflegezeit bis zur Höchstdauer zu beantragen, sondern es soll auch die Möglichkeit geben, eine weitere Phase der Familienpflegezeit in Anspruch zu nehmen, z.B. im Anschluss an die Pflegezeit oder nach Unterbrechung aufgrund von vollständiger Rückkehr an den Arbeitsplatz.
- Im Gesetz soll klar geregelt sein, dass die bis zu dreimonatige Sterbebegleitung nicht auf die Höchstdauer der Pflegezeit oder Familienpflegezeit angerechnet wird, denn in der Praxis wird es nicht selten Konstellationen geben, wonach der/die Pflegenden die Gesamtdauer von Pflegezeit und Familienpflegezeit ausgeschöpft hat und der nahe Angehörige danach oder zu einem viel späteren Zeitpunkt in die Phase des Sterbens eintritt.

Freiburg/ Berlin, den 24.09.2015

Deutscher Caritasverband
Vorstandsbereich Sozial- und Fachpolitik

Prof. Dr. Georg Cremer
Generalsekretär

Kontakt

Dr. Elisabeth Fix, Referentin für Rehabilitation, Alten- und Gesundheitspolitik,
Deutscher Caritasverband, Berliner Büro, Tel. 030 284447-46; elisabeth.fix@Caritas.de

Deutscher
Caritasverband e.V.

Karin Bumann, Leiterin des Referats Alter, Pflege, Behinderung,
Deutscher Caritasverband, Tel. 0761 200 366; karin.bumann@Caritas.de

Caroline von Kries, Leiterin Arbeitsstelle Sozialrecht,
Deutscher Caritasverband, Tel. 0761 200 224; caroline.von.kries@Caritas.de

**Stellungnahme
der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW)
zum
Gesetzentwurf für ein Zweites Gesetz zur Stärkung
der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften
(Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II)**

Die BAGFW bedankt sich für die Möglichkeit, zum o.g. Gesetz Stellung nehmen zu können. Wir nehmen insbesondere zu folgenden Themen Stellung:

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

Zu 1. Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff

§ 2 neu:

Selbstbestimmung

Gesetzentwurf

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

Bewertung

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

§ 4 neu: Art und Umfang der Leistungen

Gesetzentwurf

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

Bewertung

Der Begriff der „Grundpflege“, der 1967 durch den Krankenhausökonom Siegfried Eichhorn als Gegensatz zur „Behandlungspflege“ als Übersetzung aus englischsprachigen Arbeiten eingeführt wurde, entspricht einer Dichotomie, der aus dem ganzheitlichen Verständnis von Pflege in pflegewissenschaftlicher Betrachtung schon seit vielen Jahren widersprochen wird. Der Begriff der Grundpflege entbehrt zudem einer Legaldefinition. Daher begrüßt die BAGFW, dass dieser Begriff als Leistungsart mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs aus dem SGB XI entfernt wird. Die Ersetzung des Begriffs der Grundpflege durch „körperbezogene Pflegemaßnahmen“ greift jedoch zu kurz, denn „nursing“ umfasst nicht nur körperbezogene Pflegetätigkeiten, sondern auch Motivierung, Aktivierung, Kommunikation und Sinnfindung. Des Weiteren kann sich der Begriff der „körperbezogenen Pflegemaßnahmen“ auch auf die sogenannten. behandlungspflegerischen Maßnahmen erstrecken, welche dem Grundsatz nach zu den Aufgaben der Krankenversicherung gehören und im SGB V geregelt sind. Daher ist dieser Begriff nicht hinreichend trennscharf und auch pflegfachlich nicht zu begründen. Die BAGFW schlägt vor, das Adjektiv „körperbezogen“ entfallen zu lassen und für die „körperbezogenen Pflegemaßnahmen“ und die „pflegerischen Betreuungsmaßnahmen“ gemeinsam den Begriff der „pflegerischen Maßnahmen gemäß § 14 Absatz 2“ zu verwenden. Pflegerische Maßnahmen umfassen in einem ganzheitlichen Pflegeverständnis nicht nur die somatischen Verrichtungen, sondern auch Betreuung. Mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff soll der somatische, auf körperliche Verrichtungen bezogene enge Pflegebegriff überwunden werden. Daher sollten keine neuen, künstlichen Dichotomien zwischen körperbezogenen Maßnahmen und Betreuungsmaßnahmen geschaffen werden.

Lösungsvorschlag

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

§ 14 neu: Begriff der Pflegebedürftigkeit

Gesetzentwurf

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

Bewertung

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

Durch das neue Begutachtungsinstrument (NBA) lässt sich die Beeinträchtigung der Selbstständigkeit bzw. das Ausmaß, in welchem eine Fähigkeit noch vorhanden ist, künftig wesentlich genauer erheben. Die Module mit ihren Unterkategorien ermöglichen Aussagen zum Grad der Selbstständigkeit bei Aktivitäten und in Bezug auf Fähigkeiten, die bisher kaum oder nur unzureichend darstellbar waren. Besonders hervorzuheben sind die Module 2, 3, 5 und 6. Sie erfassen die kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten (Modul 2). Die Erfassung der örtlichen, zeitlichen Orientierung, der Fähigkeit im Alltag Handlungen in der richtigen Reihenfolge auszuführen sowie Risiken und Gefahren, wie z.B. Barrieren am Boden zu erkennen, wird in diesem Differenzierungsgrad im heutigen Begutachtungssystem und auch in der Versorgungspraxis nicht erhoben. Diese Erkenntnisse sind jedoch wesentlich, um den Unterstützungsbedarf zu ermitteln, aber auch Fähigkeiten durch gezielte pflegerische Interventionen wiederzuerlangen. Ähnliches gilt auch für die Erfassung von Verhaltensweisen, die Ausdruck psychischer Problemlagen sind (Modul 3), wie z.B. Autoaggressionen, lautes Rufen, Schreien, Klagen, Ängstlichkeit, depressive Stimmungslagen oder sozial unangemessenes Verhalten. Auch diese Beeinträchtigungen werden im heutigen Begutachtungssystem nur sehr unzureichend, im NBA hingegen sehr differenziert, erfasst und können im Rahmen des individuellen Pflegeprozesses genutzt werden, um zur Überwindung von psychischen Problemen zu motivieren, emotional zu unterstützen und um Deutungs- und Orientierungshilfen im

Alltag zu geben. In Modul 5 wird die Selbständigkeit in Bezug auf die Krankheitsbewältigung erfasst. Was sich auf den ersten Blick wie der uns bekannte Katalog behandlungspflegerischer Maßnahmen liest, ist in Wirklichkeit ein Instrument, um zu erfassen, inwiefern ein pflegebedürftiger Mensch noch selbst seine Medikamente einnehmen, Blutzucker oder Blutdruck messen kann etc. Im Unterschied zum heutigen Begutachtungssystem soll aber nicht nur eruiert werden, in welchem Umfang der pflegebedürftige Mensch der Unterstützung bei diesen pflegerischen Maßnahmen bedarf, sondern wie er durch Motivation, Anleitung, Beratung und Edukation befähigt werden kann sich selbst zu versorgen. Auch die Fähigkeiten zur Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte (Modul 6) werden heute nur zu einem kleinen Ausschnitt erfasst, nämlich bezüglich der allgemeinen Beaufsichtigung und Betreuung. Im Unterschied dazu wird im NBA gezielt erhoben, welche Fähigkeiten zur Gestaltung des Tagesablaufs vorhanden sind, ob sich jemand selbst mit sich beschäftigen und ob er mit Personen in seinem näheren und weiteren Umfeld Kontakte pflegen kann. Diese Informationen sind erforderlich, um eine den individuellen Gewohnheiten und Bedürfnissen adäquate Pflege und Teilhabe planen zu können. Das NBA leistet somit aufgrund seiner umfassenden und differenzierten Erhebung der relevanten somatischen, kognitiven, kommunikativen, psycho-sozialen Fähigkeiten und Kompetenzen zur Krankheitsbewältigung einen wichtigen Beitrag zur Erfassung von Potenzialen und Ressourcen, die notwendig sind, um einen möglichst hohen Grad an Selbständigkeit zu bewahren und wiederzugewinnen. Dem neuen Begutachtungsassessment ist somit auch ein präventiver und rehabilitativer Charakter inhärent. Die in Absatz 2 des § 14 beschriebenen Module und deren Ausprägungen entsprechen vollumfänglich der Beschreibung der Module aus dem Abschlussbericht der Drs. Wingenfeld, Büscher und Gansweid zu Hauptphase 1 zum Neuen Begutachtungsassessment zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit vom 25. März 2008.

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

Wir hatten in unserer Stellungnahme zum Referentenentwurf angeregt, den Begriff der „Fähigkeitsstörungen“ in § 14 Absatz 1 zu überdenken, denn der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff umfasst nicht nur Beeinträchtigungen der Selbständigkeit, sondern in den Modulen 2 und 3 auch Beeinträchtigungen in den Fähigkeiten. Der Begriff der „Fähigkeitsstörung“ entstammt jedoch der ICDH und ist daher veraltet. Der Begriff der Fähigkeitsstörung sollte durch den Begriff „Beeinträchtigung der Fähigkeiten“ ersetzt werden. Der Gesetzgeber ist diesem Vorschlag der BAGFW gefolgt, was wir begrüßen.

§ 15 neu:

Ermittlung des Grads der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument i.V. mit § 17 Absatz 1 Richtlinien der Pflegekassen i.V. § 13 Absatz 2 und i.V. Artikel 4 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch - Häusliche Krankenpflege

Gesetzentwurf

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

Die Erfassung des Pflegegrads erfolgt in einem mehrschrittigen Verfahren, das in den Anlagen 1 und 2 zu § 15 Absatz 2 SGB XI neu beschrieben wird.

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

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlässt im Rahmen der Vorziehrefahrung zum Präventionsgesetz nach § 17 Absatz 1 SGB XI neu unter Beteiligung des MDS Richtlinien zur pflegefachlichen Konkretisierung der Inhalte des Begutachtungsinstruments, insbesondere zu den in den Modulen enthaltenen Aktivitäten und Fähigkeiten, zur Einschätzung ihrer Ausprägung in den entsprechenden Kategorien und zur Höhe der Einzelpunktwerte sowie zum Verfahren der Feststellung von Pflegebedürftigkeit nach § 18. Bei der Erstellung der Richtlinien sind die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Sozialhilfeträger und die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene durch die Möglichkeit zur Stellungnahme zu beteiligen, aber nicht mehr die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege auf Bundesebene. Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung über die Richtlinie einzubeziehen. Die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen wirken nach Maßgabe der Verordnung nach § 118 Absatz 2 beratend mit.

Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbständigkeit und ihrer Fähigkeitsstörungen mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt. Um den Besonderheiten von

Pflegebedürftigkeit bei Kleinkindern (0 – 18 Monate) gerecht zu werden, wurde die Einstufung in Pflegegraden für diese Gruppe verändert. Pflegegrad 2 wird erreicht bei einem Gesamtpunktwert zwischen 12,5 bis unter 27 Punkten, Pflegegrad 3 bei 27 bis unter 47,5 Punkten, Pflegegrad 4 bei 47,5 bis unter 70 Punkten, und Pflegegrad 5 bei 70 bis 100 Punkten.

Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz, insbesondere mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, sollen keine Leistungsverschiebungen zwischen der sozialen Pflegeversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung verbunden sein. Das betrifft insbesondere die häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V. § 13 Absatz 2 wird deshalb um die krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen, soweit diese im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V zu leisten sind, ergänzt. In § 15 Absatz 5 wird klargestellt, dass bei der Begutachtung auch solche Kriterien zu berücksichtigen sind, die zu einem Hilfsbedarf führen, für den Leistungen des SGB V vorgesehen sind. Die dazu korrespondierende Regelung in § 37 Absatz 2 Satz 1 SGB V soll gestrichen werden. Diese und weitere rechtstechnische Änderungen im SGB V, die sich aus den neuen Begrifflichkeiten im SGB XI ergeben werden in Artikel 4 des Gesetzes ausgeführt.

Bewertung

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

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

Ausdrücklich positiv hervorzuheben ist, dass der Gesetzentwurf die Schwellenwerte bei Pflegegrad 1 und 2 gegenüber den Empfehlungen der Beiratsberichte abgesenkt hat. So können Menschen mit Beeinträchtigungen Pflegegrad 1 bereits bei einem Gesamtpunktwert von 12,5 Punkten, statt der vom Expertenbeirat noch vorgesehenen Schwelle von 15 Punkten erreichen. Pflegegrad 2 beginnt bereits ab einem Gesamtpunktwert von 27 Punkten statt der vom Expertenbeirat vorgesehenen Schwelle 30 Punkte. Pflegegrad 3 wird bereits mit 47,5 Punkten statt der vorgesehenen 50 Punkte erreicht.

Der Expertenbeirat empfahl bei der Begutachtung der Kinder bis 18 Monate, diesen einen Pflegegrad zwischen 2 und 3 (bei 30 Punkten) pauschal zuzuordnen. Die hier vorgeschlagene Regelung ordnet den Kindern generell einen Pflegegrad höher als die Erwachsenen zu. Dies halten wir für sachgerecht.

Ein Stellungnahmerecht bei den Begutachtungs-Richtlinien haben nach den Änderungen im Kabinettsentwurf gegenüber der bisherigen gesetzlichen Regelung neu die Verbände der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene und nicht mehr die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege aus Bundesebene. Dies verkürzt die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege unzulässiger Weise auf ihre Rolle als Leistungserbringerverbände. Die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege sehen sich jedoch in gleicher Weise als Vertreterinnen der Interessen von hilfebedürftigen Menschen und haben ihr Mandat als stellungnahmeberechtigte Verbände bei den Richtlinien der Pflegekassen nach § 17 auch stets in dieser Funktion wahrgenommen. Daher sind die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege auf der Bundesebene explizit in § 17 Absatz 1 als Stellungnahme berechtigte Verbände aufzunehmen.

Schnittstelle Häusliche zur Krankenpflege im SGB V

Die leistungsrechtlichen Folgen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs werden im SGB V nicht ausgeführt. Mit dem PSG II, insbesondere mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, sollen keine Leistungsverchiebungen zwischen der sozialen Pflegeversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung verbunden sein. Die Ansprüche der Versicherten auf Leistungen nach dem SGB V bleiben dementsprechend unberührt. Das soll insbesondere - wie schon bisher geregelt - für die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V gelten. § 13 Absatz 2 wird dahingehend ergänzt, dass dies auch unverändert für die krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen gelten soll, die im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V zu leisten sind. Daneben wird in § 15 Absatz 5 die gegenwärtige Regelung aus § 15 Absatz 3 Satz 2 und 3 fortgesetzt. Diese stellt klar, dass bei der Begutachtung auch solche Kriterien zu berücksichtigen sind, die zu einem Hilfsbedarf führen, für die Leistungen des SGB V vorgesehen sind. Hier werden auch wieder explizit die sogenannten krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen benannt. Mit diesen beiden Regelungen greift der Gesetzgeber auch eine Kritik der in der BAGFW kooperierenden Verbände am Referentenentwurf auf. Beide Regelungen sind sachgerecht und deshalb zu begrüßen.

Leider wurde nun mit dem Gesetzentwurf die korrespondierende Regelung in § 37 SGB V gestrichen. Diese ersatzlose Streichung ist nicht nachvollziehbar. Um den Leistungsanspruch des Versicherten im SGB V zu statuieren und abzusichern ist die im Referentenentwurf formulierte Regelung wieder aufzunehmen.

Lösungsvorschlag

§ 37 Absatz 2 Satz 1 2. Halbsatz SGB V aus dem Referentenentwurf muss erhalten bleiben und ist folgt zu fassen:

„der Anspruch umfasst krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen auch in den in § 14 Absatz 2 Nummer 1 und 4 des Elften Buches genannten Bereichen sowie bei Hilfen bei der Haushaltsführung, in denen dieser Hilfsbedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14 und 15 des Elften Buches zu berücksichtigen ist“.

§ 17 Absatz 1 Satz 2 ist wie folgt zu formulieren:

„Er hat dabei die Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege auf Bundesebene, die Bundesverbände privater Alten- und Pflegeheime, die Verbände der privaten Dienste, den Verband der privaten Pflegeversicherung e.V., die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene und die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene zu beteiligen.“

§ 18 neu:

Verfahren zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit

Gesetzentwurf

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

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

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

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

Bewertung

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

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

Eine erhebliche bürokratische Entlastung der Versicherten stellt auch die vorgeschlagene Vereinfachung des Antragsverfahrens für Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel dar. Im Gesetzestext sollte lediglich klargestellt werden, dass sich die Entscheidung des Leistungsträgers auf die Bewilligung der empfohlenen Hilfs- und Pflegehilfsmittel bezieht. Gleichzeitig weisen wir darauf hin, dass es dem MDK-Gutachter in der Regel aufgrund des begrenzten Zeitrahmens der Begutachtung nicht möglich sein dürfte, den Bedarf an Hilfsmitteln nach § 33 SGB V und an Pflegehilfsmitteln nach § 40 SGB XI umfassend oder gar abschließend zu ermitteln und festzustellen. Es ist daher im Gesetz klarzustellen, dass der Antragsteller jederzeit auch nach der Begutachtung weitere Anträge auf Hilfsmittel oder Pflegehilfsmittel stellen kann.

Die BAGFW hat sich stets dafür eingesetzt, dass auch die Module 7 und 8 bei der Feststellung des Verfahrens zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit Berücksichtigung finden. Auch wenn die Erhebung von Aktivitäten im Rahmen dieser beiden Module für die Feststellung des Pflegegrades pflegewissenschaftlich nicht erforderlich ist, wäre es notwendig, die Hilfebedarfe in den Bereichen Haushaltsführung und außerhäusliche Aktivitäten zu ermitteln. Wir unterstützen daher nachdrücklich, dass die Module 7 und 8 in § 18 als neuer Absatz 5a eingefügt wurden. Wichtig ist auch, dass die außerhäuslichen Aktivitäten auch erfasst werden, wenn Menschen in einer Einrichtung leben. Gegenüber dem Beiratsbericht wurde bei den außerhäuslichen Aktivitäten ergänzt, dass diese sich auch auf den Besuch von Tagesbetreuungsangeboten beziehen können. Dies ist ebenso positiv zu bewerten wie die ausdrückliche Nennung der Wäschepflege im Bereich der Haushaltsführung in Nummer 2 des Absatzes 5a.

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

1. Bei verkürzten Fristvorgaben, z. B. beim Aufenthalt des Versicherten im Krankenhaus, muss das Gutachten nur die Feststellung beinhalten, ob Pflegebedürftigkeit i.S. der §§ 14 und 15 vorliegt. In der Regel wird hier bisher die vorläufige Pflegestufe 1 bzw. künftig Pflegegrad 2 ausgesprochen, Diese Einstufung entspricht häufig nicht dem tatsächlichen Hilfebedarf der Versicherten, insbesondere bei einer Entlassung aus dem Krankenhaus oder aus einer stationären Rehabilitationseinrichtung. Diese Regelung führt in der Praxis zu vielfältigen Problemen, sowohl für den Versicherten und seine Angehörigen als auch für die Einrichtungen und Dienste. Zur Stärkung der Rechte pflegebedürftiger Menschen sollte auch bei einem verkürzten Verfahren der tatsächliche Pflege-/Hilfebedarf des Versicherten ermittelt werden, und die Pflegebedürftigen eine konkrete Zuordnung in einen Pflegegrad entsprechend ihres Pflege-/Hilfebedarfs erhalten. Dies kann nach § 33 Absatz 1 SGB XI ggf.

auch auf einen kürzeren Zeitraum befristet werden, beispielsweise für die Dauer eines anschließenden Kurzzeitpflegeaufenthalts.

2. Für die Ungleichbehandlung von Antragstellern in stationären Einrichtungen gegenüber Antragstellern im ambulanten Bereich nach § 18 Absatz 3b Satz 2 SGB XI besteht kein sachlicher Grund. Auch der Antragsteller, der sich in einer stationären Einrichtung befindet, sollte 70 Euro für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung erhalten, falls der Gesetzgeber überhaupt an dieser Regelung festhalten will. Für das Jahr 2017 wird die Regelung im Gesetzentwurf bereits aufgehoben. Die BAGFW setzt sich für eine endgültige Streichung ein.

Lösungsvorschlag

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

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

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

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

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

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

§ 18c neu:

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

Gesetzentwurf

Die Neuregelung sieht die Einrichtung einer Begleitgremiums durch das BMG im Benehmen mit dem BMAS und dem BMFSFJ vor, welches die Vorbereitung der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14, 15 und 18 pflegefachlich und wissenschaftlich unterstützen soll. Aufgabe des Beirats soll, neben der Klärung fachlicher Fragen, auch ausdrücklich die Unterstützung des Spitzenverbands der Pflegekassen, der Medizinische Dienste und der Vereinigungen der

Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene bei der Umstellung auf das neue System sein.

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

Bewertung

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

Für den vollstationären Bereich ist aus Sicht der BAGFW die genaue Betrachtung der Bemessungsgrundlagen, insbesondere die der Personalrichtwerte und der Verteilung in den Pflegegraden, für den Umstellungszeitraum in ein Monitoringverfahren einzubinden. Die Aufgaben dieses Begleitgremiums sollen aus Sicht der BAGFW um die konkrete fachliche Beratung zu diesem Themenbereich ergänzt werden.

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

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

§ 28 neu: Leistungsarten, Grundsätze

Gesetzentwurf

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

Bewertung

Die Änderungen sind überwiegend sachgerecht. Unklar ist, warum Ziffer 12a „Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags“ gesondert aufgezählt wird. Es

handelt sich hierbei nicht um eine Leistungsart, sondern lediglich um eine Form, wie die Leistungsarten in Kombination miteinander in Anspruch genommen werden können.

Lösungsvorschlag

Streichung von Ziffer 12a.

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

§ 28a neu:

Leistungen bei Pflegegrad 1

Gesetzentwurf

Pflegegrad 1 wird nach dem vorliegenden Gesetzentwurf mit anderen, geringeren Leistungen belegt als die übrigen Pflegegrade. Pflegegrad 1 umfasst die Leistungen der Pflegeberatung nach den §§ 7a und 7b, die Beratung in der Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3, die zusätzlichen Leistungen in ambulant betreuten Wohngruppen gemäß § 38a, die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln gemäß § 40 Absatz 1 bis 3 und 5, finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfeldes gemäß § 40 Absatz 4, die zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 43b und Zugang zu Pflegekursen für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen gemäß § 45. Zudem können Personen im Pflegegrad 1 den Entlastungsbetrag gemäß § 45b Absatz 1 Satz 1 in Höhe von 125 Euro monatlich erhalten, um sich auf der Basis der Kostenerstattung Leistungen der Tages- und Nachtpflege, der Kurzzeitpflege sowie Leistungen der ambulanten Pflegedienste im Sinne des § 36 sowie Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a Absatz 1 und 2 in Anspruch zu nehmen. Wenn Pflegebedürftige im Pflegegrad 1 vollstationäre Pflegeleistungen wählen, gewährt ihnen die Pflegeversicherung nach § 28a Absatz 3 einen Zuschuss in Höhe von 125 Euro.

Bewertung

Die beiden Expertenbeiräte haben empfohlen auch den Pflegegrad 1 mit Leistungen zu hinterlegen. Vorgesehen werden sollen Leistungen, die häufige Bedarfslagen des PG 1 adressieren oder der Vermeidung schwerer Pflegebedürftigkeit dienen. Die Be-

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

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

§ 36 neu:

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

Gesetzentwurf

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

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

Bewertung

Korrespondierend zu § 4 Absatz 1 Satz 1 SGB XI neu wird das Wort „Grundpflege“ durch „körperbezogene Pflegemaßnahmen“ und die Wörter „hauswirtschaftliche Versorgung“ durch die Begriffe „Hilfen bei der Haushaltsführung“ ersetzt. Als neue regelhafte Leistung wird Betreuung als „pflegerische Betreuungsmaßnahmen“ ins SGB XI

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

Ausdrücklich positiv zu bewerten ist, dass die Leistungen der häuslichen Betreuung nach § 124 SGB XI in die Pflegesachleistungen nach § 36 integriert wurden. Dies entspricht den Empfehlungen des Expertenbeirats. Die pflegerischen Betreuungsmaßnahmen umfassen dabei die Leistungen, die bisher in § 124 Absatz 2 beschrieben wurden, nämlich Unterstützung von Aktivitäten im häuslichen Umfeld, die dem Zweck der Kommunikation und der Aufrechterhaltung der sozialen Kontakte dienen und Unterstützung bei der Gestaltung des Alltags. Die Beeinträchtigungen, auf die sich diese Hilfen und Unterstützungsleistungen beziehen, liegen primär im Bereich des Moduls 6 Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte. Die Begründung zu § 36 weist ausdrücklich darauf hin, dass es darüber hinaus im Bereich der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen noch ein Spektrum an psycho-sozialer Unterstützung gibt, das unter Bezugnahme auf die Analysen von Wingenfeld & Gansweid (Analysen für die Entwicklung von Empfehlungen zur leistungsrechtlichen Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs; Abschlussbericht April 2013, S. 35) auch die folgenden Hilfen umfasst:

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

Der Gesetzgeber nimmt keine Abgrenzung zwischen den Leistungen der Eingliederungshilfe und der Pflegeversicherung vor, sondern führt statt dessen in der Begründung aus: "Soweit der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff auch in das SGB XII und andere Gesetze eingeführt wird, wird der Begriff der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen zur Klärung von Schnittstellen näher zu definieren sein. Ob hierfür ein detaillierter, offener Leistungskatalog erforderlich ist, wo derartige Regelungen verortet werden, und welche Regelungen zur Leistungskonkurrenz erfolgen, wird noch festgelegt."

Die leistungsrechtlichen Auswirkungen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes werden im SGB V nicht ausgeführt. Um leistungsrechtliche Abgrenzungsprobleme zu vermeiden, ist in § 36 weiterhin auf die Schnittstelle zum SGB V hinzuweisen. Es ist klarzustellen, dass die körperbezogenen Pflegemaßnahmen sich auf die Pflegemaßnahmen bei den in § 14 genannten Bereichen beziehen, die krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen jedoch nicht dazu gehören, soweit diese im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 des Fünften Buches zu leisten sind.

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

Lösungsvorschlag

Um Abgrenzungsprobleme zur Häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V zu vermeiden, ist in §36 Absatz 1 folgender Satz 3 aufzunehmen

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

§ 37 neu:

Pflegegeld i.V. mit der Aufhebung von § 123

Gesetzentwurf

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

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

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

Ferner erhöht sich die Vergütung für den Beratungseinsatz, die nach Pflegegraden gestaffelt ist, um jeweils 1 Euro. Der Gesetzgeber beabsichtigt jedoch auch eine Verbesserung der Qualitätssicherung. So sollen die Empfehlungen der Beratungsbesuche, die bisher gemeinsam durch den Spitzenverband der Pflegekassen, den Verband der PKV und die Vereinigungen der Träger der ambulanten Pflegeeinrich-

tungen beschlossen werden sollten, künftig von den Vertragsparteien nach § 113 gemäß § 113b beschlossen werden. Hierfür wird als Frist für den Beschluss der 1.1.2018 festgelegt. In § 37 Absatz 5 Satz 2 SGB XI neu wird zudem vorgesehen, dass der Beschluss auf Verlangen des BMG oder einer der Vertragsparteien nach § 113 neu zu treffen ist, wenn eine der Vertragsparteien im Einvernehmen mit dem BMG zum Beschluss neuer Empfehlungen aufruft.

Bewertung

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

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

Die Pflege in den Privathaushalten geht teilweise mit großen Belastungen einher. Nicht selten fehlt es an Wissen über Pflegetechniken, Entlastungsmöglichkeiten und Sozialleistungsansprüche. Für die Unterstützung pflegender Angehöriger sowie die Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der familialen Pflege kommt bestehenden Beratungs- und Schulungsangeboten eine zentrale Rolle zu. Die Beratung nach § 37 Absatz 3 SGB XI dient der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege, der regelmäßigen Hilfestellung und der praktischen pflegefachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden und der Stabilisierung des Pflegesettings. Vor diesem Hintergrund begrüßen die in der BAGFW kooperierenden Verbände, dass zukünftig auch Pflegesachleistungsbezieher halbjährlich einmal einen Beratungsbesuch in Anspruch nehmen können. Dies ermöglicht pflegebedürftigen Menschen und ihren pflegenden Angehörigen auch ohne Pflegegeldbezug den Beratungseinsatz in Anspruch zu nehmen. Wir halten es des Weiteren für erforderlich, dass alle pflegebedürftigen Menschen in der häuslichen Pflege die Beratung auch häufiger abrufen können als dies in § 37 Absatz 3 Satz. 1 SGB XI vorgesehen ist.

Die BAGFW unterstützt das Anliegen des Gesetzentwurfs, den Beratungspflichteinsatz mit einer neuen Qualität zu versehen. Dieses Ziel wird mit den vorgeschlagenen Neuregelungen jedoch in keinster Weise erreicht. Zunächst ist die Erhöhung der Vergütung des Pflegepflichtesatzes um 1 Euro zwar zu begrüßen, sie reicht aber bei weitem nicht aus, um die notwendige Qualität zu gewährleisten. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Beratung mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs qualitativ einer Weiterentwicklung bedarf, da nicht nur zu Fragen in Bezug auf die körperlichen Einschränkungen beraten werden muss, sondern vor allem auch zu Fragen, welche die kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten und den Umgang mit psychischen Problemlagen und Verhaltensweisen betreffen. Ein solcher Beratungseinsatz ist in dem bisherigen, zunehmend engeren Zeitkorsett, nicht zu leisten. Er bedarf zudem einer entsprechend höheren, angemessenen Vergütung. Die Vergütungen der Einsätze sind so zu gestalten, dass sie auch aus wirtschaftlicher Sicht eine umfangreiche, individuelle und qualitätsgesicherte Beratung zulassen. Dies ist mit 23 bzw. 33 Euro nicht möglich. Eine qualitätsgesicherte Beratung erfordert nach unserer Einschätzung sicherlich den doppelten Betrag. Die Verbände der BAGFW hatten sich in den letzten Jahren bereits dafür eingesetzt, die Vergütungen nicht ge-

setzung festzuschreiben, sondern zukünftig in den Grundsätzen für die Vergütungsregelung nach § 89 SGB XI zu vereinbaren. Auf dem Wege der Verhandlung können sie so an die allgemeine Lohnentwicklung angepasst werden und sind zudem schiedsstellenfähig.

Die Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche können aus Sicht der BAGFW durchaus von den Vertragsparteien nach § 113 beschlossen werden. Neben den bereits im Gesetzentwurf beschriebenen Inhalten sollten nach Auffassung der BAGFW die Empfehlungen auch Kriterien für eine angemessene Vergütung beschreiben; § 37 Absatz 4 ist entsprechend zu erweitern.

Lösungsvorschlag

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

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

Die Vergütung für den Pflegepflichteneinsatz ist in den Verträgen nach § 89 SGB XI zu regeln.

In § 89 Absatz 1 Satz 1 sind nach den Wörtern „der Leistungen der häuslichen Pflegehilfe“ die Wörter „und die Vergütung für die Beratung nach § 37 Absatz 3 Satz 4“ einzufügen.

§ 38 neu:

Kombination von Geldleistung und Sachleistung

Gesetzentwurf

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

Bewertung

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

Lösungsvorschlag

Streichung von Satz 3.

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

Gesetzentwurf

Der pauschale Zuschlag für die Präsenzkraft wird von gegenwärtig 205 Euro monatlich auf 214 Euro monatlich erhöht. In Absatz 1 Nr. 4 wird der Klammerzusatz „anbieterverantwortete ambulant betreute Wohngruppe“ eingefügt. Des Weiteren regelt der

Gesetzentwurf, dass Leistungen der Tages- und Nachtpflege nur dann gleichzeitig mit dem Wohngruppenzuschlag in Anspruch genommen werden können, wenn durch eine Prüfung des MDK gegenüber der Pflegekasse nachgewiesen wird, dass die Pflege ohne teilstationäre Pflege nicht sichergestellt werden kann. Die Regelung gilt auch für Privatversicherte.

Bewertung

Die BAGFW begrüßt die erneute Erhöhung des Wohngruppenzuschlags nachdrücklich. Abgelehnt wird hingegen die Neuregelung zur gleichzeitigen Inanspruchnahme von Tagespflege und der Leistung nach § 38a. Hintergrund der Regelung dürften bekannt gewordene Fälle sein, nach denen vollstationäre Einrichtungen in ambulante Wohngruppen umgewandelt wurden und die Pflege u.a. durch ein Angebot der Tagespflege im selben Haus sichergestellt wurde. Die BAGFW lehnt eine solche missbräuchliche Umwandlung von Wohn- und Pflegeformen grundsätzlich ab. Das Argument des Missbrauchs kann jedoch nicht dazu führen, dass Menschen, die in ambulant betreuten Wohngruppen eingezogen sind und somit eine neue Häuslichkeit gewählt haben, anders behandelt werden als Menschen, die in ihrer angestammten Häuslichkeit leben und gepflegt werden. Der freie Zugang zur Tages- und Nachtpflege muss entsprechend dem Wunsch- und Wahlrecht, das allen Versicherten zusteht, uneingeschränkt auch pflegebedürftigen Menschen in ambulant betreuten Wohngruppen zur Verfügung stehen. Für die geplante Neuregelung gibt es auch keinen Sachgrund, denn der Leistungsbetrag nach § 38a Absatz 1 ist zweckgebunden für die Finanzierung der Präsenzkraft nach § 38a Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 einzusetzen. Die Präsenzkraft wiederum soll und darf ausdrücklich nicht pflegen, sondern soll unabhängig von der individuellen pflegerischen Versorgung (!) allgemeine organisatorische, verwaltende, betreuende oder das Gemeinschaftsleben fördernde Tätigkeiten verrichten. Wenn die Präsenzkraft pflegerische Tätigkeiten verrichtet, darf die Pflegekasse die Leistung nach § 38a nicht auszahlen. Fazit ist, dass es keine Schnittmenge zwischen pflegerischen Leistungen und der Leistung nach § 38a gibt. Daher gibt es auch keinen Grund für eine Prüfung, ob durch das Leben und die Aktivitäten in der ambulant betreuten Wohngruppe die Pflegeleistung abgedeckt ist. Daraus folgt, dass es auch keinen Grund gibt, zu prüfen, ob die pflegerische Versorgung durch teilstationäre Leistungen abgedeckt ist oder nicht. Völlig sachfremd ist zudem die Prüfung dieses Sachverhalts durch den MDK. Aus den genannten Gründen ist § 38a Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 letzter Satz ersatzlos zu streichen. Der Begriff „anbieterverantwortete ambulant betreute Wohngruppe“ ist in den heimrechtlichen Regelungen der Länder unterschiedlich belegt – sofern er dort aufgegriffen und definiert wird. Der geplante Einschub führt in der Praxis nicht zu mehr Klarheit, sondern erhöht die Interpretationsvielfalt und führt dadurch zu sehr restriktiven Leistungsgenehmigungen. Dies kann nicht im Sinne der Versicherten sein. Deshalb ist der Klammerzusatz „anbieterverantwortete ambulant betreute Wohngruppe“ wieder zu streichen.

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

1. Manche Krankenkassen verweisen darauf, dass es sich nicht um eine gemeinsame Wohnung handelt, wenn die Bewohner der ambulanten Wohngruppen in ihrem Privatraum über einen eigenen Sanitärbereich verfügen. Die Zahlung des Wohngruppenzuschlags wird in diesem Fall verweigert. Im Ge-

setz ist nicht näher definiert, wann es sich um eine „gemeinsame Wohnung“ handelt. Das leistungsrechtliche Rundschreiben der Pflegekassen führt hierzu aus, dass „von einer gemeinsamen Wohnung ausgegangen werden kann, wenn der Sanitärbereich, die Küche und – wenn vorhanden – der Aufenthaltsraum einer abgeschlossenen Wohneinheit von allen Bewohnern jederzeit allein oder gemeinsam genutzt werden kann“. Des Weiteren ist dort nachzulesen, dass es ein „Indiz gegen eine gemeinsame Wohnung sein kann, wenn die Privaträume der Bewohner über vollausgestattete Sanitärbereiche“ verfügen. Das Leistungsrechtliche Rundschreiben lässt hier zahlreiche Interpretationsspielräume offen: Was ist ein „vollausgestatteter“ Sanitärbereich, z.B. wenn das Zimmer jedes Bewohners über ein eigenes WC verfügt? Was bedeutet „jederzeit allein oder gemeinsam“ nutzbar mit Blick auf den Sanitärbereich? Wenn ambulante Wohngruppen eine Alternative zur stationären Versorgung darstellen sollen, muss es auch möglich sein, dass sie ihren Bewohnern separat zu nutzende Sanitärbereiche anbieten. Aufgrund der Unklarheiten in der Praxis bitten die in der BAGFW zusammengeschlossenen Verbände den Gesetzgeber, dies in der Begründung klarzustellen.

2. Wenn die Mieter einer ambulanten Wohngruppe einen Pflegedienst beauftragen, eine Präsenzkraft zu stellen, wird ihnen der Wohngruppenzuschlag verweigert mit Verweis darauf, dass mit Beauftragung eines Dienstes der Wortlaut des Gesetzes nicht erfüllt sei, wonach die Bewohner der Wohngruppe eine Person beauftragen müssen.
3. Die Formulierung „Anbieter der Wohngruppe“ nach § 38a Absatz 1 Nummer 4 ist missverständlich und führt zur Ablehnung der Zahlung des Wohngruppenzuschlags. Der Anbieter einer Wohngruppe kann nur der Vermieter sein, nicht ein Pflegedienst. In Nummer 4 wird jedoch der Nachweis gefordert, dass der „Anbieter der Wohngruppe“ keine Leistungen erbringt, welche den Umfang einer vollstationären Pflege annehmen. Der Pflegedienst ist jedoch selbst nur Gast in der Wohngruppe und erbringt – von außen kommend – die von den Bewohnern der ambulanten Wohngruppe beauftragten Pflegesachleistungen. Da er nur ambulant tätig wird und nach Durchführung der pflegerischen Leistungen die ambulante Wohngruppe wieder verlässt, ist bereits deutlich, dass er keine Leistungen im Umfang der vollstationären Pflege erbringt. Der Nachweis, dass keine vollstationäre Pflege erbracht wird, erübrigt sich somit qua Leistungsform. Die in Nummer 4 vorgenommene Negativdefinition, dass eine vollstationäre Pflege nicht vorliegt, „wenn eine aktive Einbindung der eigenen Ressourcen und des sozialen Umfelds“ der Bewohner gegeben ist, erachten wir als problematisch. Auch in der vollstationären Pflege ist die aktive Einbringung der pflegenden Angehörigen erforderlich. Sozialraumorientierung ist ebenfalls eine Schlüsselkategorie der vollstationären Pflege. Insgesamt hält die BAGFW Nummer 4 für verfehlt. Nummer 4 ist daher zu streichen.

Lösungsvorschlag

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

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

Klammerzusatzes „anbieterverantwortete ambulant betreute Wohngruppe“ zu streichen.

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

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

Gesetzentwurf

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

Bewertung

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

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

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

Lösungsvorschlag

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

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

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

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

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

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

Gesetzentwurf

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

Bewertung

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

Lösungsvorschlag

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

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

stellung sein; die Einrichtung kann dementsprechend auf einen örtlichen „Beförderer“ verweisen, der diese Leistung erbringt.

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

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

§ 43 neu:

Inhalt der Leistung bei vollstationärer Pflege

Gesetzentwurf

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

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

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

Bewertung

Die BAGFW lehnt die Schlechterstellung der Pflegegrade 2 und 3 gegenüber den referentiellen Pflegestufen 1 und 2 ab.

Zur Neufestsetzung und Neustaffelung der Leistungsbeträge werden keine substantiellen inhaltlichen Erläuterungen in der Gesetzesbegründung gemacht. Es wird lediglich ausgeführt, dass die vollstationären Leistungsbeträge so gestaffelt sind, dass sie zusammen mit dem einrichtungseinheitlichen Eigenanteil nach § 84 im Durchschnitt den in der vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen beauftragten Studie der Universität Bremen zur Erfassung von Versorgungsaufwänden in stationären Einrichtungen (**EViS**) festgestellten Aufwandsrelationen entsprechen.

Unabhängig von den Limitierungen der EViS-Studie geht dieser Ansatz ins Leere, da er die Aufwandsrelationen der EViS-Studie nur scheinbar nachvollzieht. Im Ergebnis werden die Aufwandsrelationen der EViS-Studie zu keinem Zeitpunkt in irgendeiner Einrichtung erreicht. Das liegt an der Verquickung mit dem einrichtungseinheitlichen Eigenanteil. Erstens ist der Eigenanteil als variable und veränderliche Größe zur Festschreibung einer Relation ungeeignet. Der Eigenanteil ist von der konkreten Kosten- und Belegungsstruktur einer Einrichtung abhängig, daher bei allen Einrichtungen

unterschiedlich hoch und verändert sich ferner mit den Kosten und der Belegung im Laufe der Zeit. Zweitens setzt das BMG nach Rückmeldungen der Leistungserbringer mit 580 EUR einen deutlich zu niedrigen durchschnittlich zu erwartende Eigenanteil an, was die Aufwandsrelation weiter verzerrt. Drittens ist der einrichtungseinheitliche Eigenanteil so konzipiert, dass die niedrigen Pflegegrade hierüber einen höheren Anteil an den Gesamtkosten einer Einrichtung übernehmen als die hohen Pflegegrade. Der Eigenanteil zusammen mit dem Leistungsbetrag spiegelt daher gerade nicht den durchschnittlichen Versorgungsaufwand des einzelnen Pflegegrades wieder. Er ist somit auch aus diesem Grund als Bezugspunkt für eine Aufwandsrelation ungeeignet.

Zudem kann die EViS-Studie die erhebliche Absenkung des Leistungsbetrages für den Pflegegrad 2 auf eine Höhe von 770 Euro gegenüber der jetzigen Referenzpflegestufe 1 und den Empfehlungen des Expertenbeirates in Höhe von 1064 Euro nicht zu erklären. Im Zusammenspiel mit den einrichtungseinheitlichen Eigenanteilen müssen die Bewohner im künftigen Pflegegrad 2 gegenüber den bisherigen durchschnittlichen Eigenanteilen der Pflegestufe 1 von 350 Euro im Jahr 2014 eine weitaus höhere Zuzahlung leisten und werden doppelt benachteiligt. Damit wird für Personen, die in Pflegegrad 2 eingestuft sind, künftig deutlich erschwert, in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung einzuziehen.

Ergänzend dazu wird in der Begründung zu § 84 ausgeführt: „Mit diesem Prinzip soll es auf Grundlage der einrichtungseinheitlichen Eigenanteile gelingen, Steigerungen bei den Eigenanteilen in den oberen Pflegegraden entgegenzuwirken.“ Aus Sicht der BAGFW muss dem Problem steigender Eigenanteile aber mit der entsprechenden Anhebung der regelmäßig wiederkehrenden Leistungsbeträge der Pflegeversicherung begegnet werden, und zwar unter Berücksichtigung der dauerhaften Sicherung der Realwertkonstanz.

Für das Jahr 2020 ist zwar eine Dynamisierungsoption vorgesehen, jedoch keine grundlegende Neufestsetzung der Leistungsbeträge in § 43 SGB XI. Dies ist nicht ausreichend. Es bedarf stattdessen eines jährlichen Monitorings der Auswirkungen der Neufestsetzung der Leistungsbeträge in § 43 SGB XI und ggf. einer jährlichen Korrektur der Leistungssätze nach § 43 SGB XI, mindestens für den Übergangszeitraum der nächsten drei Jahre ab dem Jahr 2017.

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

Des Weiteren ist problematisch, pflegebedürftige Menschen, die nur Pflegegrad 1 erreichen, grundsätzlich von Leistungen der vollstationären Pflege auszuschließen. Dies stellt eine nicht zu rechtfertigende Einschränkung des Wunsch- und Wahlrechts dar. Auch bei Menschen, die einen geringen Bedarf an pflegerischen Leistungen haben, kann Pflege in vollstationären Einrichtungen geboten sein, etwa wenn es ihnen an einem unterstützenden Umfeld zuhause gänzlich fehlt.

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

Lösungsvorschlag

Die Leistungshöhe für Pflegegrad 2 und 3 sind entsprechend der Empfehlungen des Expertenbeirats auszugestalten.

Die Leistungshöhen in den Pflegegraden 2 bis 5 sind in der Übergangszeit jährlich neu zu überprüfen und anzupassen.

Die Finanzverantwortung für die Behandlungspflege ist im SGB V zu verankern.

§ 43 Abs. 4 ist zu streichen.

§ 43b neu:

Fünfter Titel: Zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen

Gesetzentwurf

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

Bewertung

Erstmals erhalten Pflegebedürftige in stationären Einrichtungen einen individuellen Rechtsanspruch auf Maßnahmen der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung. Damit werden die stationären Einrichtungen verpflichtet, entsprechendes Personal einzustellen, für welches sie einen Vergütungszuschlag nach den Maßgaben der §§ 84 Absatz 8 und 85 Absatz 8 SGB XI neu erhalten können. Die BAGFW hatte sich stets dafür eingesetzt, dass der Vergütungszuschlag nach § 87b dem Inhalt nach erhalten bleibt. Das hat auch der Expertenbeirat gefordert. Die BAGFW begrüßt ausdrücklich, dass der bisherige Anspruch der Einrichtung auf Zahlung einer Vergütung durch die Pflegekasse nun durch einen individuellen Leistungsanspruch der pflegebedürftigen Menschen in den Einrichtungen ergänzt wird.

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

Artikel 3: Änderung des SGB III/ § 28a Versicherungspflichtverhältnis auf Antrag bei der Arbeitslosenversicherung

Artikel 5: Änderung des SGB VI- Rentenversicherung der Pflegepersonen/

Artikel 6: Absicherung der Pflegeperson in der Unfallversicherung

Gesetzentwurf

Anspruchsvoraussetzung für Leistungen der sozialen Sicherung der Pflegeperson soll anstatt der bisherigen Mindestpflegezeit von 14 Stunden nun eine Mindestpflegezeit von zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tagen in der Woche sein. Dies gilt für alle Pflegepersonen, die eine oder mehrere pflegebedürftige Personen der Pflegegrade 2, 3, 4 oder 5 pflegen. Es wird vermutet, dass die Pflege eines Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 weniger als zehn Stunden wöchentlich umfasst. Voraussetzung ist weiter, dass die Pflegeperson regelmäßig nicht mehr als dreißig Stunden wöchentlich erwerbstätig ist und keine Vollrente wegen Alters bezieht. Das Pflegeverständnis wurde an den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff angepasst und umfasst körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung.

Wegen des geringen Umfangs des Pflegebedarfs ist die Absicherung in der Arbeitslosenversicherung, die rentenrechtliche Absicherung und die Absicherung in der Unfallversicherung nicht für Pflegepersonen geplant, die einen Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 pflegen.

Bei der sogenannten Mehrfachpflege werden Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung und Arbeitslosenversicherung nur entrichtet, wenn die jeweilige Pflege Tätigkeit im Verhältnis zum Gesamtpflegeaufwand mindestens 30 Prozent umfasst (Mindestpflegeaufwand). Beträgt der prozentuale Anteil nicht mindestens 30 Prozent des Gesamtpflegeaufwands, erfragt der Medizinische Dienst der Krankenversicherung oder ein anderer von der Pflegekasse beauftragter unabhängiger Gutachter, ob die Pflegeperson weitere Pflegebedürftige pflegt. Hierbei muss der addierte Pflegeaufwand dann 30 % betragen, damit Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung oder Arbeitslosenversicherung von der Pflegeversicherung entrichtet werden.

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung oder ein anderer von der Pflegekasse beauftragter unabhängiger Gutachter ermitteln im Einzelfall ob die Pflegeperson eine oder mehrere pflegebedürftige Personen wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, pflegt.

Die in den §§ 19 und 44 festgelegten Definitionen gelten dann für den Versicherungsschutz in der Unfallversicherung den Anspruch auf die Entrichtung von Rentenversicherungsbeiträgen sowie für die neu eingeführte Versicherungspflicht von Pflegepersonen in der Arbeitsförderung. Letztere gilt unabhängig von der Inanspruchnahme einer Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz – für die gesamte Dauer der Pflege eines Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2. Bisher galt eine Beitragsbemessungsgrenze von bis zu 400 € im Monat, bis zu der eine nicht erwerbsmäßige Pflege als geringfügig galt und somit Versicherungsfreiheit bestand. Diese Regelung soll nun aufgrund der geplanten Änderungen in § 44 Absatz 1 SGB XI in § 5 Absatz 2 SGB VI aufgehoben werden. Begründet wird dies damit, dass künftig der

Umfang der Pfl egetätigkeit mindestens 30 Prozent des Gesamtpflegeaufwandes beziehungsweise 30 Prozent eines addierten Pflegeaufwandes betragen muss und dadurch gewährleistet ist, dass eine nur in geringem Umfang ausgeübte Pfl egetätigkeit nicht zur Beitragspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung führt.

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

Bewertung

Der Referentenentwurf sah vor, dass die soziale Pflegeversicherung für Pflegepersonen Beiträge zur sozialen Sicherung entrichtet, wenn diese regelmäßig an mindestens zwei Tagen in der Woche pflegt. Nach dem Gesetzentwurf soll die Pflege wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche erfolgen. Die Untergrenze von zehn Stunden pro Woche stellt eine praktikable Präzisierung der mit dem Referentenentwurf vorgesehenen unbestimmten Begriffs „regelmäßig an mindestens zwei Tagen in der Woche“ dar und entspricht damit unserer Forderung nach einer Definition, um unnötige Interpretationsversuche zu vermeiden und dadurch die Zugangsschwellen zu erhöhen.

Um auszuschließen, dass eine nur in sehr geringem Umfang ausgeübte Pfl egetätigkeit einer Pflegeperson bereits den Zugang zu den Leistungen der Sicherung der Pflegeperson nach § 44 SGB XI eröffnet, wird widerlegbar vermutet, dass der erforderliche Umfang der nicht erwerbsmäßigen Pflege für den Pflegegrad 1 weniger als zehn Stunden wöchentlich beträgt und ein darüber hinaus gehender Umfang der nicht erwerbsmäßigen Pflege erst ab Pflegegrad 2 einsetzt. Zum einen teilen wir die Vermutung nicht, dass die Pflege eines Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 weniger als zehn Stunden wöchentlich umfasst. Zum anderen ist weiterhin nicht nachvollziehbar, warum nicht auch die Pflegepersonen von pflegebedürftigen Menschen mit Pflegegrad 1 einen Zugang zu einem Versicherungsschutz erhalten sollen. Nach Auffassung der in der BAGFW kooperierenden Verbände müssen die Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen allen Pflegepersonen offenstehen, um die familiäre Pflegebereitschaft zu stärken.

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

Die Anpassung des Pflegeverständnisses an den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff ist folgerichtig.

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

Die gegenwärtige Regelung beinhaltet eine Stafflung des Prozentsatzes der Bezugsgröße nach der Pflegezeit der Pflegepersonen. Auch die neue Regelung sieht wiederum eine Staffelung innerhalb des jeweiligen Pflegegrades vor. Die Staffelung differenziert den Leistungsanspruch danach, ob nur Pflegegeld bezogen wird oder auch Kombinationspflege oder Pflegesachleistung im vollen Umfang.

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

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

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

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

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

Den Zielsetzungen des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes entsprechend wird die soziale Sicherung von Pflegepersonen verbessert. Die in der BAGFW kooperierenden Verbände begrüßen, dass zukünftig in der Arbeitslosenversicherung eine Versicherungspflicht – unabhängig von der Inanspruchnahme einer Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz – für die gesamte Dauer der Pflege eines Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 gilt. Mit dieser Neuregelung wird der Versicherungsschutz für den Fall der Arbeitslosigkeit im Anschluss an eine Pflegeetätigkeit erheblich gestärkt. Außerdem werden die Betroffenen in das Leistungssystem der Arbeitsförderung einbezogen.

Lösungsvorschlag

Die Staffelung des Prozentsatzes der Bezugsgröße nach Inanspruchnahme der Leistungen Pflegegeld, Kombinationsleistung und Pflegesachleistung ist zu streichen. Die Einbeziehung der Pflegepersonen von pflegebedürftigen Menschen mit Pflegegrad 1 in die Regelungen für die Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen ist vorzunehmen.

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

§ 45 – neu: Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen

Gesetzentwurf

Die bisherige Sollvorschrift wird zu einer Verpflichtung der Pflegekassen weiterentwickelt, Pflegekurse nunmehr verpflichtend – entweder als Gruppen- oder als Einzelschulungen – durchzuführen, auf Wunsch der Pflegeperson und des Pflegebedürftigen auch in der häuslichen Umgebung. In diesem Fall muss eine Einwilligung des Pflegebedürftigen in Form einer Urkunde oder einer anderen zur dauerhaften Wiedergabe in Schriftzeichen geeigneten Weise abgegeben werden. Die Vorschrift des § 114a Absatz 3a gilt entsprechend.

Bewertung

Durch die Umwandlung der bisherigen Sollvorschrift in eine Verpflichtung der Pflegekassen soll der Bedeutung der Pflegekurse für Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pflegeetätigkeit interessierte Personen Rechnung getragen werden. Die in der Begründung angeführten Argumente werden von den in der BAGFW kooperierenden Verbänden unterstützt, dennoch halten wir die geplante Gesetzesänderung nicht für ausreichend, um die dort angeführten Ziele zu erreichen.

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

die Leistungsträger mit allen zugelassenen ambulanten Pflegediensten, welche die Leistungen gemäß den Qualitätsvorgaben erbringen, statuiert werden.

Sofern die/der Pflegebedürftige eine Anleitung in der Häuslichkeit anfragt und es in diesem Rahmen zu einem Betreten der Häuslichkeit kommt, bedarf es. nach Ansicht der BAGFW keiner gesonderten Einwilligung durch die/den Pflegebedürftige/n. In der Anfrage liegt u.E. nach eine konkludente Einwilligung vor, die Räumlichkeit betreten zu dürfen. Zudem handelt es sich bei dem Besuch zur Anleitung in der Häuslichkeit um einen anderen Besuchsgrund, als der in § 114a SGB XI normiert ist; denn dort geht es um die Durchführung der Qualitätsprüfung und mithin um einen von Dritten veranlassten Besuch in der Häuslichkeit. Vor diesem Hintergrund bedarf es u.E. nach nicht der Einwilligung in Textform oder in Form einer Urkunde), wie in § 114a Absatz 3a SGB XI vorgesehen, welcher entsprechend auch für § 45 SGB XI gelten soll. Satz 4 des § 45 SGB XI neu ist somit zu streichen.

Lösungsvorschlag:

Streichung von Satz 4.

§§ 140 – 143 Regelungen zur Rechtsanwendung im Übergangszeitraum, zur Überleitung in die Pflegegrade, zum Besitzstandsschutz für Leistungen der Pflegeversicherung sowie Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren im Rahmen der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes

§ 140: Anzuwendendes Recht und Überleitung in die Pflegegrade

Gesetzentwurf

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

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

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

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

Bewertung

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

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

Nach dieser Überleitungsregelung sollen viele bisherige Leistungsbezieher deutlich besser als heute gestellt werden. Des Weiteren soll dadurch erreicht werden, dass kein bisheriger Leistungsbezieher schlechter gestellt werden wird. Beides ist nach Auffassung der in der BAGFW kooperierenden Verbände sehr zu begrüßen. Die Vermeidung der Schlechterstellung der bisherigen Leistungsbezieher soll auch dadurch gewährleistet sein, dass sie auch bei einer Neubegutachtung einen Anspruch auf den im Rahmen der Überleitung erworbenen Pflegegrad haben, auch wenn das Ergebnis der Neubegutachtung keinen oder einen niedrigeren Pflegegrad zuweisen würde.

§ 141 Besitzstandsschutz und Übergangsrecht zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen

Gesetzentwurf

Bereits durch die Überleitungsregelung in § 140 soll gewährleistet werden, dass bei der Systemumstellung von dem Grundsatz auszugehen ist, dass kein Leistungsberechtigter, der vorher bereits Leistungen bezogen hat, nach der Umstellung betragsmäßig niedrigere Ansprüche erhält oder einen völligen Verlust von Ansprüchen erleidet. Da es aber evtl. nicht vorhersehbare Konstellationen geben kann, die dennoch eine Schlechterstellung zur Folge haben könnten, werden zusätzlich verschiedene Besitzstandsregelungen gesetzlich festgeschrieben.

Versicherte der sozialen Pflegeversicherung und der privaten Pflege-Pflichtversicherung sowie Pflegepersonen, die am 31.12.2016 Anspruch auf Leistun-

gen der Pflegeversicherung haben, erhalten Besitzstandsschutz auf die ihnen unmittelbar vor dem 01.01.2017 zustehenden, regelmäßig wiederkehrenden Leistungen nach den §§ 36, 37, 38, 38a, 40 Absatz 2, 41, 44a, 45b, 123 und 124 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung, wobei kurzfristige Unterbrechungen im Leistungsbezug den Besitzstandsschutz jeweils unberührt lassen.

Für den erhöhten Betrag von 208 € nach § 45b Absatz 1 Satz 2 SGB XI gibt es eigene Besitzstandsregelungen, da dies der einzige Leistungsbetrag ist, der nach dem neuen Recht nicht mehr gewährt wird. Für diese Leistung wird ein Besitzstandsschutz gewährt, wenn der Pflegebedürftige bei einer Gesamtbetrachtung des Gesamtwertes der von ihm regelmäßig bezogenen wiederkehrenden ambulanten Leistungen nach neuem Recht eine geringere Leistungshöhe erzielen würde als dies nach gegenwärtigem Recht der Fall ist. Stehen sich die Versicherten, die am 31. Dezember 2016 Anspruch auf den erhöhten Betrag nach § 45b haben ab dem 1. Januar 2017 trotz des sogenannten doppelten Stufensprungs in Bezug auf einen der ihnen nach den §§ 36, 37 oder 41 zustehenden Ansprüche nicht um mindestens jeweils 83 Euro monatlich besser, so erhalten sie Besitzstandsschutz auf die Differenz.

Lebt der Pflegebedürftige in einer Einrichtung der vollstationären Pflege und bezieht Leistungen nach § 43 SGB XI, dann bezieht sich sein Besitzstandsschutz nicht auf die regelmäßig wiederkehrenden Leistungen nach § 43 SGB XI, sondern auf den bis zum 31.12.2016 bezahlten Eigenanteil bei den pflegebedingten Aufwendungen. Ist bei Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 in der vollstationären Pflege der einrichtungseinheitliche Eigenanteil nach § 141 Absatz 3 oder nach § 84 Absatz 2 Satz 3 SGB XI im ersten Monat nach der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs höher als der jeweilige individuelle Eigenanteil im Vormonat, so ist zum Leistungsbetrag nach § 43 SGB XI von Amts wegen ein Zuschlag in Höhe der Differenz von der Pflegekasse an die Pflegeeinrichtung zu zahlen.

Auch die soziale Sicherung der Pflegepersonen soll nach dem Grundsatz erfolgen, dass aus der Umstellung auf das neue Recht keine Schlechterstellung resultiert. § 141 Absatz 4 sieht vor, dass die Zahlung der Rentenbeiträge nach altem Recht fortgeführt wird, sofern sich aus der Anwendung des neuen Rechts keine günstigeren Ansprüche für die Pflegeperson ergeben. Für Pflegepersonen, die am 31.12.2016 rentenversicherungspflichtig waren und Anspruch auf die Zahlung von Beiträgen zur gesetzlichen Rentenversicherung nach § 44 SGB XI in der bis zum 31.12.2016 geltenden Fassung hatten, besteht die Versicherungspflicht für die Dauer dieser Pflege-tätigkeit fort. Die beitragspflichtigen Einnahmen bestimmen sich auch nach den am 31.12.2016 geltenden Regelungen.

Bewertung

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

Die Beschränkung des Besitzstandsschutz auf regelmäßig wiederkehrende Leistungen bei häuslicher Pflege bewerten die in der BAGFW kooperierenden Verbände als sachgerecht, da – wie in der Begründung zu Absatz 1 ausgeführt – es bei den ein-

maligen Leistungen keines Besitzstandsschutzes bedarf, da die Leistungshöhen sich nicht verändern.

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

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

Die Höhe des Besitzstandsschutzes wird durch die Differenz des bisherigen Eigenanteils und des neuen einrichtungseinheitlichen Eigenanteils im ersten Monat nach der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs bestimmt. Es muss hier klargestellt werden, dass temporäre Schwankungen des Eigenanteils, etwa durch Abwesenheitstage, bei der Bemessung des Besitzstandsschutzes außer Betracht bleiben. Die tatsächlichen Pfegetage müssen unbeachtlich bleiben, ansonsten könnten insbesondere Einzüge in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung nach dem Monatsersten sowie mittel- oder längerfristige Abwesenheiten die Höhe der Zuschläge ohne sachlichen Grund maßgeblich beeinflussen. § 141 Absatz 3 ist entsprechend zu ergänzen.

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

- Der Besitzstandsschutz muss auch gelten bei einer Änderung der Einstufung in einen anderen Pflegegrad sowie
- bei einem Wechsel von einer Pflegeeinrichtung in eine andere Pflegeeinrichtung. Dies ist in der Gesetzesbegründung klarzustellen.
- Des Weiteren ist zu klären, wie der Besitzschutz angesichts der unterschiedlichen Besitzstandsschutzsystematiken bemessen wird, wenn jemand aus der häuslichen Pflege in die vollstationäre Pflege wechselt und umgekehrt.

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

Lösungsvorschlag

In §141 Absatz 3 ist nach Satz 1 folgender Satz einzufügen: "In der Vergleichsberechnung nach Satz 1 sind für beide Monate jeweils die vollen Pflegesätze und Leistungsbeträge zugrunde zulegen."

§ 142 Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren

Gesetzentwurf

Bei Versicherten, die nach §140 von einer Pflegestufe in einen Pflegegrad übergeleitet wurden, werden bis zum 01. 01 2019 keine Wiederholungsbegutachtungen nach § 18 Absatz 2 SGB XI durchgeführt, auch wenn vorher befristet eine Pflegestufe vergeben wurde. Durch die Überleitung in einen neuen Pflegegrad sind nach Empfehlungen der Medizinischen Dienste auf Grundlage des alten Begutachtungsverfahrens

nach § 33 Absatz 1 Satz 4 SGB XI bereits ausgesprochene Fristen als überholt zu betrachten und etwa daraufhin vorgesehene Wiederholungsbegutachtungen obsolet geworden. Von den Versicherten können aber weiterhin Änderungsanträge bei einer Veränderung der Situation, etwa bei Anstieg der Pflegebedürftigkeit, gestellt werden.

Nach § 18 Absatz 3 Satz 2 ist dem Antragsteller spätestens fünf Wochen nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse die Entscheidung der Pflegekasse schriftlich mitzuteilen. Diese Frist wird für den Zeitraum 01.01.2017 bis 31.12.2017 außer Kraft gesetzt (§ 142 Absatz 2). Abweichend davon ist denjenigen Antragstellern auf Leistungen der Pflegeversicherung, bei denen ein besonders dringlicher Entscheidungsbedarf vorliegt, spätestens fünf Wochen nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse die Entscheidung der Pflegekasse schriftlich mitzuteilen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird bundesweit einheitliche Kriterien für das Vorliegen und die Feststellung eines besonders dringlichen Entscheidungsbedarfs entwickeln. Hierüber ist dann auch in der nach § 18 Absatz 3b Satz 4 SGB XI durch die Pflegekassen und die Privaten Versicherungsunternehmen zu führenden Statistik zu berichten.

Bewertung

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

Da aufgrund der umfangreichen Überleitregelungen nicht erkennbar ist, warum es im Jahr 2017 zu einem erhöhten Begutachtungsaufkommen des MDK kommen sollte, erachten die in der BAGFW kooperierenden Verbände die Aufhebung der Frist in § 18 Absatz 3 Satz 2, wonach dem Antragsteller spätestens fünf Wochen nach Eingang des Antrags die Entscheidung der Pflegekasse mitzuteilen ist, durch § 142 Absatz 2, für nicht nachvollziehbar. Die Regelung ist ersatzlos zu streichen.

Sollte der Gesetzgeber, dennoch nicht auf diese Norm verzichten wollen, dann ist klarzustellen, dass es sich bei den Empfehlungen nach § 18 Absatz 3 bei den verkürzten Fristvorgaben nicht um ein Erstgutachten handelt, sondern dass hier nach der Empfehlung noch ein Erstgutachten erfolgen muss.

Bei der Entwicklung der bundesweit einheitlichen Kriterien für das Vorliegen und die Feststellung eines besonders dringlichen Entscheidungsbedarfs durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen dürfen Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen nicht ausgeschlossen werden. Hier ist in der Gesetzesbegründung zu streichen, dass eine solche Regelung vor allem für Antragsteller auf häusliche Pflegeleistungen Bedeutung hat.

Lösungsvorschlag

Streichung des § 142 Absatz 2.

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

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

Gesetzentwurf

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

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

Als Angebote zur Unterstützung im Alltag kommen insbesondere Betreuungsgruppen für an Demenz erkrankte Menschen, Helferinnen und Helferkreise zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger im häuslichen Bereich, die Tagesbetreuung in Kleingruppen oder Einzelbetreuung durch anerkannte Helferinnen oder Helfer in Betracht sowie Agenturen zur Vermittlung von Betreuungs- und Entlastungsleistungen, familienunterstützende Dienste, Alltagsbegleiter, Pflegebegleiter und Serviceangebote für haushaltsnahe Dienstleistungen. Damit fasst der Gesetzentwurf in § 45a Absatz 1 alle Typen von Angeboten zusammen, die bisher in den alten §§ 45c Absatz 3 und 3a aufgezählt sind.

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

Der Umwidmungsbetrag in Form einer Umwandlung der Pflegesachleistung nach § 36 in Höhe von 40% des Leistungsbetrags im jeweiligen Pflegegrad für die Inanspruchnahme niedrigschwelliger Betreuungs- und Entlastungsleistungen, der bisher in § 45b Absatz 3 SGB XI alt geregelt war, wird – bei entsprechender Anpassung in

Folge der Änderungen zum neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff – nun als Umwandlungsanspruch in § 45a Absatz 4 SGB XI neu geregelt.

Bewertung

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

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

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

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

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

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

Zum anderen haben in den letzten Monaten einzelne Bundesländer den Versuch gestartet, auch Preisobergrenzen für die Angebote nach § 45b Absatz 1 Satz 6 Nr. 3 alt festzulegen, ohne dass sie eine Regelungskompetenz hierfür besitzen. In der Geset-

zesbegründung ist klarzustellen, dass die Länder keine Regelungskompetenzen für die Festlegung von Preisen und Preisobergrenzen für die Leistungen der zugelassenen ambulanten Pflegedienste nach § 45b Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 neu (Leistungen der ambulanten Pflegedienste im Sinne des § 36, in den Pflegegraden 2 bis 5 jedoch nicht für die Leistung körperbezogener Pflegemaßnahmen) haben.

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

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

Der Umwidmungsbetrag in Form einer Umwandlung der Pflegesachleistung nach § 36 in Höhe von 40% des Leistungsbetrags im jeweiligen Pflegegrad für die Inanspruchnahme niedrighschwelliger Betreuungs- und Entlastungsleistungen, der bisher in § 45b Absatz 3 SGB XI alt geregelt war, wird – bei entsprechender Anpassung in Folge der Änderungen zum neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff – nun als Umwandlungsanspruch in § 45a Absatz 4 SGB XI neu geregelt. Diese Neuordnung ist für uns – unabhängig davon, dass wir sie inhaltlich weiterhin für fraglich halten – nicht nachvollziehbar. Unserer Auffassung nach beschreibt der neue § 45a die Angebote zur Entlastung im Alltag und die Verordnungsermächtigung, während der § 45b die Ansprüche der Versicherten beschreibt und deren Einsatzmöglichkeiten im Rahmen der Kostenerstattungsregelung. Sollte dieser Absatz weiterhin beibehalten werden, dann sollte er – wie bisher schon – in § 45b Absatz 3 verankert werden. Unabhängig davon, dass wir den Umwandlungsanspruch für entbehrlich halten, weisen wir auf einen redaktionellen Fehler in Satz 2 des Absatzes 4 hin. Es wird von der *jeweiligen Pflegestufe* statt von den Pflegegraden 2 bis 5 gesprochen.

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

Lösungsvorschlag

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

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

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

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

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

§ 45a Absatz 4 ist zu streichen und ggf. als § 45b Absatz 3 zu statuieren.

Falls an § 45a Absatz 4 festgehalten wird, sind in Satz 3 die Wörter „auf Antrag“ zu streichen.

§ 45b neu: Entlastungsbetrag

Gesetzentwurf

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

1. Leistungen der Tages- und Nachtpflege
2. Leistungen der Kurzzeitpflege
3. Leistungen der ambulanten Pflegedienste im Sinne des § 36, in den Pflegegraden 2 bis 5 jedoch nicht von Leistungen im Bereich der Selbstversorgung
4. Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a

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

Bewertung

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

Nach § 45b Absatz 1 Satz 3 Ziffer 3 SGB XI dient der Entlastungsbetrag „der Erstattung von Aufwendungen,“3. Leistungen der ambulanten Pflegedienste im Sinne des § 6, in den Pflegegraden 2 bis 5 jedoch nicht von Leistungen im Bereich der Selbstversorgung“. In § 28a Absatz 2 SGB XI erfolgt der Hinweis, dass Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 auch einen Anspruch auf Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI haben und die Leistungen der ambulanten Pflegedienste im Sinne des § 36 SGB XI erstattet erhalten.

Der Begründung auf Seite 130 ist zu entnehmen, dass die Herausnahme der Leistungen im Bereich der Selbstversorgung nur für die Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 2 bis 5 gilt, nicht aber für die des Pflegegrades 1. Im letzten Satz dieses Abschnittes wird darauf hingewiesen, dass die mit den ambulanten Pflegediensten für die Leistungserbringung nach § 36 vereinbarten Vergütungssätze dabei auch bei einer Leistungserbringung für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 die Obergrenze für die von den Versicherten hierfür zu entrichteten Vergütungen bilden. Wir gehen zwar davon aus, dass damit nur die Leistungen für körperbezogene Selbstversorgung gemeint sind, die Pflegebedürftige der Pflegestufe 1 im Rahmen der Kostenerstattung nach § 45b SGB XI erhalten, um hier Gleichbehandlung von Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 und 2-5 hinsichtlich der Kosten für die Leistungen für körperbezogene Selbstversorgung zu schaffen. Damit es nicht zu Missverständnissen in der Praxis kommt, bitten wir um eine entsprechende Klarstellung in der Gesetzesbegründung.

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

Der Entlastungsbetrag stellt für die BAGFW nur den Nukleus der eigentlich zu schaffenden Entlastungsleistung dar. Der Expertenbeirat hat in seinem Bericht vom 27. Juni 2013 angeregt, „ergänzend zu prüfen, ob auch weitere Sachleistungen, wie z.B. die die neue Entlastungsleistung, perspektivisch (auch hinsichtlich ihrer Leistungsvolumina) in die neue Entlastungsleistung integriert werden können.“ (S. 34). Diese Forderung hatte die BAGFW in den Beirat eingebracht. Dieser Entlastungsbetrag soll sich nach dem Konzept der BAGFW aus den Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42, der Verhinderungspflege nach § 39 und den Leistungen nach § 45b – in neuer Folge § 45b Absatz 1 Satz 3 Nummern 1-4 zusammensetzen. Wenn man für die Leistungen nach § 45b SGB XI einen monatlichen Betrag von jetzt 125 Euro einsetzt, stünden für ein solches Entlastungsbudget jeweils 1612 Euro für die Kurzzeit- und Verhinderungspflege plus 1500 Euro für die Leistungen nach § 45b SGB XI zur Verfügung. Insgesamt stünde ein kalenderjährlicher Betrag von 4724 Euro zur Verfügung, der beliebig für Verhinderungspflege, Kurzzeitpflege und § 45b-Leistungen, inklusive der Angebote zur Unterstützung im Alltag, verwendet werden könnte. Diese Lösung hat den Vorteil, dass die Mittel für Entlastungsleistungen, die nicht ausgeschöpft wurden, bedarfsentsprechend und bedarfsgerecht für andere Entlastungsleistungen eingesetzt werden können. Nach diesem Konzept gäbe es künftig Teilleistungen zum Ausgleich der eingeschränkten Selbständigkeit und Teilleistungen zur Entlastung des Pflegesettings. Wir fordern den Gesetzgeber auf, diesen Vorschlag im Lichte der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs nochmals intensiv zu prüfen.

Die BAGFW ist der Auffassung, dass der vom Gesetzgeber mit dem PSG I eingeschlagene Weg eines Umwandlungsanspruchs der ambulanten Pflegesachleistung für die Angebote zur Unterstützung im Alltag in Höhe von 40 Prozent des Leistungsbetrags im jeweiligen Pflegegrad für die Pflegebedürftigen, aber auch für die Leistungsträger, zu einem hohen bürokratischen Aufwand führt und die Unübersichtlichkeit der Leistungen im SGB XI nicht reduziert, sondern noch erhöht. Gerade Entlastungsangebote müssen jedoch nicht nur niedrigschwellig, sondern auch ganz flexibel und der Situation entsprechend spontan einsetzbar sein, z.B. wenn die Pflegepersonen eine Betreuung für einen kurzfristig notwendigen Arztbesuch oder eine stundenweise Auszeit für einen Kino- oder Friseurbesuch benötigen. Die Abrufung dieser Leistung wird also von Monat zu Monat variieren. Probleme entstehen nun dadurch, dass die Angebote zur Unterstützung im Alltag erst im Folgemonat der Leistungserbringung in Rechnung gestellt und frühestens dann im Wege der Kostenerstattung dem Betroffenen erstattet werden können, während die Pflegesachleistung am Ende des laufenden Monats abgerechnet wird. Diese Ungleichzeitigkeit erschwert die gegenseitige Anrechnung der beiden unterschiedlichen Leistungsarten. Versicherte verlieren hierdurch leicht den Überblick und können nur durch regelmäßige gezielte Nachfrage bei der Pflegekasse sicherstellen, dass sie ihr Budget im jeweiligen Monat nicht überschreiten und etwaige Fehlbeträge selbst ausgleichen müssen. Der Gesetzgeber hat dieses Problem ebenfalls gesehen und als Lösung vorgeschlagen, dass die Pflegekasse im Rahmen ihrer Beratungspflicht ihrerseits den Anspruchsberechtigten darüber informieren soll, in welchem Umfang der Sachleistungsbetrag jeweils verbraucht ist. Der Gesetzgeber hat des Weiteren vorgeschrieben, dass Versicherte, die Angebote zur Unterstützung im Alltag im Rahmen der neuen Umwandlungsregelung nutzen wollen, verpflichtet sind, den Beratungseinsatz nach § 37 Absatz 3 bzw. § 37 Absatz 8 SGB XI abzurufen. Aber auch dies hilft nur bedingt, da die Versicherten der Pflegegrade 2 und 3 beispielsweise nur

einmal halbjährlich Anspruch auf diesen Einsatz haben, u.U. jedoch monatlich oder einmal im Quartal entsprechenden Beratungsbedarf haben.

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

Die Pflegekassen vertreten gegenwärtig die Auffassung, dass eine Inanspruchnahme von maximal 40 v. H. des Pflegesachleistungsbetrages für niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsleistungen erst möglich ist, wenn der zur Verfügung stehende Leistungsbetrag nach § 45b Abs. 1 oder 1a SGB XI ausgeschöpft ist. (RS vom 19.12.2014 zu § 45b, S. 9) Diese Kopplung der beiden Rechtsansprüche ist nach Auffassung der BAGFW nicht haltbar. Wir bitten den Gesetzgeber, um eine entsprechende Klarstellung in der Gesetzesbegründung.

Lösungsvorschlag

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

Die Gesetzesbegründung zu § 45b Absatz 4 Satz 3 ist wie folgt zu fassen:
Die mit den ambulanten Pflegediensten für die Leistungserbringung nach § 36 vereinbarten Vergütungssätze für Leistungen der körperbezogenen Selbstversorgung bilden dabei auch bei einer Leistungserbringung für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 die Obergrenze für die von den Versicherten hierfür zu entrichtenden Vergütungen.

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

Gesetzentwurf

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

- der Auf- und Ausbau von Angeboten zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a,
- der Auf- und Ausbau und die Unterstützung von Gruppen ehrenamtlich tätiger sowie sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen und entsprechender ehrenamtlicher Strukturen sowie
- Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen, insbesondere für an Demenz erkrankte Pflegebedürftige so-

wie andere Gruppen von Pflegebedürftigen, deren Versorgung in besonderem Maße der strukturellen Weiterentwicklung bedarf.

Bewertung

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

Lösungsvorschlag

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

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

Zu 3. Leistungserbringungsrecht und Überleitung Pflegesätze stationär

§ 75 Absatz 3 Satz 4 und Satz 5 SGB XI

Personalrichtwerte in Rahmenverträgen und Neuverhandlung der Pflegesätze

Gesetzentwurf

Die Personalanzahlzahlen unterteilen sich mit Einführung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs künftig nach Pflegegraden. Der Verweis auf die Heimpersonalverordnung wird gestrichen.

Bewertung

Personalschlüssel werden mit Blick auf die Gegebenheiten vor Ort vom Gesetzgeber nicht vorgegeben. Die Vereinbarungspartner sollen stattdessen gem. § 75 SGB XI Landesrahmenvertragsverhandlungen führen oder aber in einer anderen Form (Pflegesatzkommission gem. § 86 SGB XI) Landesempfehlungen abgeben.

Die Personalsituation ist angespannt. Es liegen langjährige Forderungen zur Verbesserung der Personalsituation vor, die voraussichtlich hartnäckige und langwierige Verhandlungen nach sich ziehen werden.

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

In der Gesetzesbegründung wird darauf hingewiesen dass dabei u.a. auch die Erkenntnisse des Modellprojektes zur Erfassung von Versorgungsaufwänden in stationären Einrichtungen – zu berücksichtigen sind. Aus Sicht der BAGFW sind die Erkenntnisse aus dem, im Auftrag des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen, durchgeführten Modellprojektes zur Erfassung von Versorgungsaufwänden in stationären Einrichtungen nicht verwertbar. Es muss an dieser Stelle nochmals erwähnt werden, dass die Überprüfung des NBA in den Studien zum Versorgungsaufwand diesbezüglich im gegenwärtigen, defizitorientierten System durchgeführt wurde und nicht in einem neuen, auf Selbständigkeit und Ressourcenorientierung ausgerichteten System.

Ohne eine grundsätzliche Weichenstellung an der Bemessung der Personalausstattung werden die Probleme fortgeschrieben. Einrichtungsträger, die diese Fortschreibung nicht hinnehmen, werden voraussichtlich in den Verhandlungen zeitlich unter Druck geraten.

Der Gesetzgeber weicht für den Fall der Nichteinigung auf dem Verhandlungswege der Vorlage einer alternativen Überleitungsregelung für die Personalrichtwerte aus. Die in der BAGFW kooperierenden Verbände erachten es daher für unabdingbar, eine Überleitungsregelung für das Personal in den § 92d ff. aufzunehmen.

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

Pflegevergütung: Betreuung und Anpassung der Pflegesätze an Bedarfsgrade

Gesetzentwurf

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

Bewertung

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

§ 84 Absatz 2 Satz 3 SGB XI:

Einrichtungseinheitliche Eigenanteile

Gesetzentwurf

Im vollstationären Segment sollen die Pflegebedürftigen in den Pflegegraden 2 bis 5 gleich hohe Eigenanteile, sog. einrichtungseinheitliche Eigenanteile, zahlen. Die einrichtungseinheitlichen Eigenanteile werden, so der Gesetzgeber (*Begründung zu Artikel 1 § 84 Satz 3*), ausgehend vom jeweiligen prospektiven Gesamtversorgungsaufwand abzüglich der Summe der Leistungsbeträge nach § 43 einrichtungsspezifisch ermittelt, erstmals zum 01.01.2017. Zukünftige Leistungsdynamisierungen führen zu einem Anpassungsbedarf dieser einrichtungseinheitlichen Eigenanteile. Ziel soll es nach der Begründung des Gesetzgebers sein, „*dass der von den Pflegebedürftigen bzw. vom zuständigen Sozialhilfeträger zu tragende Eigenanteil nicht mehr mit der Schwere der Pflegebedürftigkeit steigt. [...], weil sonst Pflegebedürftige mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz infolge des Erreichens höherer Pflegegrade höhere Eigenanteile als nach dem bisherigen Recht zu tragen hätten [...], zudem soll durch[...] die finanzielle Planung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen Sicherheit geschaffen [...]*“ werden.

Bewertung

Die BAGFW begrüßt die nachvollziehbare Absicht, eine Mehrbelastung der höheren Pflegegrade zu verhindern und eine Planungs- und Kalkulationssicherheit auf Seiten der Pflegebedürftigen und deren Angehörigen zu schaffen.

Nach Auffassung der BAGFW haben die einrichtungseinheitlichen Eigenanteile in ihrer jetzigen Ausgestaltung jedoch erhebliche Nachteile, welche gegenüber den Vorteilen überwiegen.

Durch die einrichtungseinheitlichen Eigenanteile werden die Kosten für die Versorgung der Bewohner mit hohen Pflegegraden einrichtungsindividuell auf die Bewohner in den niedrigen Pflegegraden verschoben. Das widerspricht dem Kostenverursachungsprinzip und stellt eine Ungleichbehandlung von Pflegebedürftigen im Pflegegrad 2 in der vollstationären Pflege dar.

Ein sachlicher Grund, warum ausgerechnet Pflegebedürftige im Pflegegrad 2 Kosten, für welche sie keine Gegenleistung erhalten, tragen sollten, damit die Eigenanteile ihrer „Mitbewohner“ in höheren Pflegegraden niedriger gehalten werden können, ist nicht erkennbar.

Die Soziale Pflegeversicherung beinhaltet bereits eine solidarische Finanzierung für alle Versicherten, indem unabhängig von der persönlichen Pflegebedürftigkeit gleich hohe Beiträge gezahlt. Es ist deshalb nicht nachvollziehbar, warum durch die einrichtungseinheitlichen Eigenanteile nun eine zweite Stufe der solidarischen Finanzierung eingezogen werden soll, zumal diese aufgrund der Tatsache, dass es sich um einrichtungsindividuelle Eigenanteile handelt, nur um die „Solidargemeinschaft“ der jeweiligen vollstationären Pflegeeinrichtung handelt.

Gemäß § 84 Absatz 2 Satz 1 SGB XI muss die Vergütung stationärer Pflegeleistungen leistungsgerecht sein. Die Frage der Leistungsgerechtigkeit stellt sich hierbei nicht nur aus der Sicht der Pflegeeinrichtung, sondern auch aus der Sicht der Pflegebedürftigen, in deren Vertragsfreiheit die Vereinbarung der Vergütungen durch die gesetzlich vorgeschriebenen Vertragspartner nach § 85 Absatz 1 eingreift. Dieser Eingriff kann aus Sicht der Pflegebedürftigen nur verhältnismäßig sein, wenn die vereinbarte Vergütung in einem angemessenen Verhältnis zu den individuell benötigten Leistungen steht. Aufgrund des Teilsicherungscharakters des SGB XI ist es nicht gerechtfertigt, (Teil-)Selbstzahler in größerem Umfang mit Kosten für die Pflege und Betreuung anderer Pflegebedürftiger zu belasten. Die bisherigen Regelungen des SGB XI tragen diesem Verhältnis dadurch Rechnung, dass die Pflegesätze nach dem Versorgungsaufwand in drei Pflegeklassen zu differenzieren sind. Die Einstufung entscheidet somit auch über die Höhe der Vergütung, die die Pflegebedürftigen selbst bzw. ihre Leistungsträger zu tragen haben.

Einrichtungsindividuelle Eigenanteile führen jedoch, in Kombination mit den deutlich abgesenkten Leistungsbeträgen nach § 43 SGB XI, jedenfalls für Pflegegrad 2 zu unverhältnismäßigen Mehrbelastungen. Hierin liegt eine Verletzung des Grundsatzes der Leistungsgerechtigkeit. Der einrichtungseinheitliche Eigenanteil ist unter diesem Aspekt aber nicht grundsätzlich rechtswidrig. Es ist nur darauf zu achten, dass er nicht zu einem unangemessenen Missverhältnis von individueller Leistung und Entgelt führt, weil Bewohner in größerem Umfang mit Kosten für die Pflege und Betreuung anderer Pflegebedürftiger belastet werden. Dem kann nur durch eine Anhebung der Leistungsbeträge in den Pflegegraden 2 und 3 begegnet werden. Weiterhin ist auch zu berücksichtigen, dass die Belastung von der Bewohnerstruktur in den Einrichtungen abhängt, der Eigenanteil des einzelnen Bewohners also unabhängig von seiner Pflegebedürftigkeit / seines Pflegegrades steigt, je höher der Anteil an hohen Pflegegraden und damit der Gesamtversorgungsaufwand in der Einrichtung ist.

Leistungsgerecht bedeutet aber auch, dass Pflegesätze einer vollstationären Pflegeeinrichtung bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen müssen, ihren Personal- und Sachaufwand zu finanzieren und ihren Versorgungsaufwand zu erfüllen. Im geltenden System werden die Pflegesätze nach den Pflegepersonalschlüsseln und Äquivalenzziffern ermittelt, d.h. die nach Pflegestufen differenzierten Pflegesätze stehen in einem bestimmten, aufwandsbezogenen Verhältnis zueinander. Hierdurch wird betriebswirtschaftlich das Kostenverursachungsprinzip gewahrt. Kosten können im geltenden System den ursächlichen Leistungen zugeordnet und durch die differenzierten Pflegesätze vergütet werden. Durch die einrichtungseinheitlichen Eigenanteile würden jedoch zukünftig die Eigenanteile bei den höheren Pflegegraden deutlich niedriger sein und nicht mehr den entsprechenden Versorgungsaufwand decken können. Die verbliebenen Leistungsbeträge der Pflegeversicherung werden die hierdurch entstehende Deckungslücke beim Personal- und Sachaufwand bei den höheren Pflegegraden nicht auffangen können. Erste betriebswirtschaftliche Berechnungen zu den Auswirkungen von einrichtungseinheitlichen Eigenanteilen weisen darauf hin, dass schon bei geringen, unterjährigen Verschiebungen der Bewohnerstruktur hin zu den oberen Pflegegraden, hohe Personalkostenunterdeckungen entstehen könnten.

Schließlich wird eine Gleichverteilung stetig wachsender, pflegebezogener Eigenanteile das Grundproblem einer möglichen Pflegesatzsteigerung nicht lösen können. Auf die notwendige Behebung des ursächlichen Realwertverlustes durch eine regelmäßige und regelgebundene Leistungsanpassung hat die BAGFW schon im Kontext der Dynamisierungsdiskussion beim PSG I hingewiesen.

Lösungsvorschlag

Die BAGFW fordert die nachstehenden Änderungen, um die mit den vielen Problemen und Risiken behaftete Einführung des einrichtungseinheitlichen Eigenanteils abzufedern:

- Regelmäßig wiederkehrende Anpassung der Leistungsbeträge der Pflegeversicherung unter dauerhafter Sicherung der Realwertkonstanz
- Anhebung der vollstationären Leistungsbeträge (s. o. zu § 43 SGB XI)
- Eine Abfederung der wirtschaftlichen Risiken
- Ein vereinfachtes Verfahren für die Anpassung der einrichtungseinheitlichen Eigenanteile in den Jahren 2017 und 2018 sowohl für neuverhandelte als auch für übergeleitete Einrichtungen (s. u. zu § 85 Absatz 9)

§ 84 Absatz 8 i. V. m. § 85 Absatz 8

Integration der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung und Vereinbarung des entsprechenden Vergütungszuschlags

Gesetzentwurf

Entsprechend der leistungsrechtlichen Integration der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 87b in das Vierte Kapitel des SGB XI, erfolgt die Aufnahme der vertrags- und vergütungsrechtlichen Bestimmungen in die allgemeinen Vorschriften für die Vergütung der stationären Pflegeleistungen. Nach dem Willen des Gesetzgebers, bleibt die bisherige Ausgestaltung als zusätzliche, die Pflegebedürftigen finanziell nicht belastende Leistung, die durch zu-

sätzliches Betreuungspersonal in den stationären Pflegeeinrichtungen erbracht wird, erhalten. Eine Absenkung der vereinbarten Pflegesätze in Hinblick auf die soziale Betreuung der Pflegebedürftigen ist mit der Vereinbarung der Vergütungszuschläge nicht verbunden.

Bewertung

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

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

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

Lösungsvorschlag

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

§ 85 Absatz 9: Vereinfachtes Pflegesatzverfahren für die Übergangszeit

Problembeschreibung

Bislang variierten die Eigenanteile der Bewohner entsprechend ihrer Pflegestufe und den damit verbundenen Pflegeaufwendungen. Die Refinanzierung der erhöhten Pflegeaufwendungen bei Erhöhung der Pflegestufe war damit grundsätzlich möglich.

Künftig sollen die Eigenanteile pro Einrichtung einheitlich und unabhängig vom Pflegegrad sein. Die Höhe des Eigenanteils und damit auch der Pflegevergütung ist abhängig von der bei der Pflegesatzbemessung zugrunde gelegten Bewohnerstruktur. Eigenanteil und Pflegevergütung werden für die Vereinbarungslaufzeit festgelegt.

Verändert sich die Bewohnerstruktur während dieser Laufzeit, so ermöglicht die vereinbarte Pflegevergütung die Abdeckung der pflegegradabhängigen Pflegeaufwendungen gegebenenfalls nicht mehr. Dies wird dem im SGB XI verankertem Grundsatz der leistungsgerechten Vergütung nicht gerecht und birgt für die Einrichtungen nicht steuerbare, erhebliche Risiken. Das SGB XI müsste es daher Einrichtungen ermöglichen bei erheblichen Veränderungen der Bewohnerstruktur während des Vereinbarungszeitraums die Pflegevergütung diesbezüglich anzupassen. § 85 SGB XI sollte daher um den Absatz 9 ergänzt werden. Diese Regelung sollte für die Übergangszeit in den Jahren 2017 und 2018 gelten.

Lösungsvorschlag

§ 85 ist um folgenden Absatz 9 zu ergänzen

„(9) Weicht im Zeitraum vom 01.01.2017 bis zum 31.12.2018 aufgrund einer Veränderung der tatsächlichen Bewohnerstruktur gegenüber der in der geltenden Pflegesatzvereinbarung zugrunde gelegten Bewohnerstruktur der Gesamtbetrag der Pflegesätze für die Bewohner der Pflegegrade 2 bis 5 über einen Zeitraum von 2 Monaten um mindestens 0,5 vom Hundert ab vom Gesamtbetrag der Pflegesätze, der sich auf der Grundlage der in der geltenden Pflegesatzvereinbarung zugrunde gelegten Bewohnerstruktur ergibt, so ist auf schriftlichen Antrag der Einrichtung, die Pflegesatzvereinbarung mit Wirkung zum Antragseingang hinsichtlich der Pflegevergütung sowie einrichtungseinheitlichem Eigenanteil entsprechend der veränderten Bewohnerstruktur anzupassen. Erfolgt diese Anpassung der Pflegesatzvereinbarung nicht innerhalb eines Monats nach Antragseingang, so kann zur Festsetzung der beantragten Anpassung die Schiedsstelle nach § 76 SGB XI unmittelbar angerufen werden. Eine von der Schiedsstelle festgesetzte Anpassung der Pflegevergütung sowie des einrichtungseinheitlichen Eigenanteils erfolgt mit Wirkung zum Antragseingang bei den Vertragspartnern.“

§ 87a Absatz 2 und Absatz 4 SGB XI i.V. mit § 89 Absatz 1 und Absatz 3 sowie § 90 Absatz 1 und Absatz 2:

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

Gesetzentwurf

Es handelt sich um redaktionelle Anpassungen (Folgeänderungen) aufgrund der Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sowie aufgrund der Neufassung des § 36 SGB XI mit dem Sammelbegriff „Leistungen der häuslichen Pflegehilfe“. Gem. § 87a Absatz 4 Satz 1 SGB XI wird der Erstattungsbetrag bei Rückstufung an die neuen Leistungsbeträge angepasst. Er entspricht mit 2 952 Euro der Differenz aus den Leistungsbeträgen der Pflegegrade 3 und 2 innerhalb eines Halbjahreszeitraumes. Die Erstattung erfolgt, wenn der Pflegebedürftige nach der Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen in einen niedrigeren Pflegegrad zurückgestuft wurde oder festgestellt wurde, dass er nicht mehr pflegebedürftig im Sinne der §§ 14 und 15 SGB XI ist.

Bewertung

Die redaktionellen Änderungen sind sachgerecht. Aus der Sicht der BAGFW ist die Anpassung des Erstattungsbetrags bei Rückstufung an die neuen Leistungsbeträge

zu begrüßen. Dieser soll mit 2 952 Euro der Differenz aus den Leistungsbeträgen der Pflegegrade 3 und 2 innerhalb eines Halbjahreszeitraumes entsprechen. Bei der jetzt abgeänderten Bedingungsvorschrift in § 87a Absatz 4 Satz 1 SGB XI, nach welcher die Erstattung bei Rückstufung in einen niedrigeren Pflegegrad oder bei Wegfall der Pflegebedürftigkeit gemäß §§ 14 und 15 SGB XI erfolgt, handelt es sich um eine folgerichtige Korrektur.

Sechster Abschnitt: Übergangsregelungen für die stationäre Pflege

§ 92c: Neuverhandlung der Pflegesätze

Gesetzentwurf

Für den vorgesehenen Übergang ab dem 1. Januar 2017 sind neue pflegegradbezogene Pflegesätze zu vereinbaren. Neben Einzelverhandlungen nach § 85 SGB XI wird in § 92c Satz 4 die Möglichkeit genannt, dass die Pflegesatzkommission nach § 86 das Nähere für ein vereinfachtes Verfahren unter Einbezug der alternativen Überleitung nach § 92d bestimmt.

Bewertung

Nach § 86 Absatz 1 SGB XI werden Pflegesatzkommissionen von den Vereinigungen der Kostenträger und der Pflegeheimträger gemeinschaftlich ermächtigt, anstelle der Vertragsparteien nach § 85 Abs. 2 Pflegesätze mit Zustimmung der betroffenen Pflegeheimträger zu vereinbaren. Sie repräsentieren damit Vertragsparteien und haben die gleiche Vertragsfreiheit.

§ 92c Satz 4 SGB XI könnte so verstanden werden, dass Pflegesatzkommissionen in dieser Vertragsfreiheit eingeschränkt werden, indem sie in Bezug auf Pflegesätze ab dem 1. Januar 2017 nur Regelungen treffen können, die dem alternativen Überleitungsverfahren gemäß §§ 92d ff. SGB XI entsprechen. Der einzige Unterschied zur alternativen Überleitung wäre dann, dass die Pflegesatzkommission zusätzlich „einen angemessenen Zuschlag für die voraussichtlichen Kostensteigerungsraten“ vereinbaren könnte.

Ein solches Ergebnis stünde dem im SGB XI geltende Vereinbarungsprinzip entgegen. Es würde zum Teil zu Pflegesätzen führen, die an den regionalen bzw. länderspezifischen Besonderheiten vorbeigehen. Dies zeigt etwa ein Blick auf die Tagespflege. Die Äquivalenzziffern, die in § 92e Abs. 3 für die Tagespflege vorgesehen sind (1,00 – 1,36 – 1,74 – 1,91), führen in manchen Bundesländern zu einer sehr viel größeren Spreizung der Vergütungssätze als es heute der Fall ist. In Nordrhein-Westfalen etwa ist die Spreizung der Pflegesätze über die jetzigen Pflegestufen deutlich flacher: 0,95 – 1,00 – 1,05 – 1,10.

Es sollte daher gesetzlich klargestellt werden, dass es den Pflegesatzkommissionen weiterhin überlassen bleibt, bedarfsgerechte Lösungen zu entwickeln, landesspezifische Regelungen zu berücksichtigen und zu entscheiden, ob und wieweit die alternative Überleitung nach §§ 92d ff. zur Grundlage eines vereinfachten Verfahrens gemacht wird.

Lösungsvorschlag

§ 92c: Neuverhandlung der Pflegesätze wird wie folgt geändert (Änderungsvorschläge sind unterstrichen):

§ 92c Satz 4: Dabei kann insbesondere die Pflegesatzkommission nach § 86 das Nähere für ein vereinfachtes Verfahren ~~unter Einbezug der alternativen Überleitung nach § 92d~~ sowie für einen angemessenen Zuschlag für die voraussichtlichen Kostensteigerungsraten bestimmen. § 85 Absatz 3 bis 7 gilt entsprechend.

§§ 92d und 92e: Verfahren für die alternative Überleitung der Pflegesätze

Gesetzentwurf

Mit der Umstellung von Pflegestufen auf Pflegegrade zum 01.01.2017 werden die bisherigen pflegestufenbezogene Pflegesätze für die voll- und teilstationäre Versorgung durch neue pflegegradbezogene Pflegesätze abgelöst. Gelingt es den Vereinbarungspartnern nach § 85 SGB XI nicht rechtzeitig, die neuen Pflegesätze zu vereinbaren, werden die Pflegesätze formal übergeleitet. Grundlage für die formale Überleitung ist das bisherige monatliche Gesamtbudget der jeweiligen Pflegeeinrichtung. Das Gesamtbudget soll aus der Summe der Pflegesätze hochgerechnet werden, welche der Einrichtung am Stichtag des 30.09.2016 zustehen.

Bewertung

Die BAGFW begrüßt es als systemgerecht und zweckmäßig, die Findung neuer Pflegesätze zunächst in die Hände der Vereinbarungspartner zu legen und nur alternativ den Weg der formalen Überleitung zu wählen. Allerdings haben Vereinbarungen neuer leistungsgerechter Pflegesätze wenig Aussicht auf Erfolg. In dem zur Verfügung stehenden knappen Zeitraum von deutlich unter einem Jahr ist eine Einigung auf die notwendigen Kalkulationsgrundlagen neuer Pflegesätze (Leistungsinhalte und Personalmengen je Pflegegrad) und die Pflegesätze selbst nicht zu erwarten. Inhaltlich, weil die Personalausstattung von Pflegeeinrichtungen ein seit Jahren verschlepptes Grundsatzproblem ist. Faktisch, weil die Kapazitäten für flächendeckende Einzelverhandlungen weder bei den Leistungsträgern noch bei den Schiedsstellen ausreichen. Schließlich besteht für die Leistungsträger kein Anreiz, zu Vereinbarungen zu gelangen, da sich die formale Überleitung für sie sehr positiv auswirkt.

Die formale Überleitung berücksichtigt ab 2017 weder die Personalausstattung einer Einrichtung noch ihre tatsächlichen Kosten. Nicht berücksichtigt werden damit insbesondere:

- die üblichen Kostensteigerungen (Inflationsausgleich, Tarifsteigerungen etc.),
- Kosten für mehr Personal, welches durch die Systemumstellung erforderlich wird aufgrund:
 - einer veränderten Bewohnerstruktur zum Stichtag (doppelter Stufensprung für Pflegebedürftige mit eingeschränkter Alltagskompetenz durch die Bestandsschutzregelung des § 140 Absatz 2 Satz 3 SGB XI neue Fassung)
 - veränderter Leistungsinhalte
 - eines erhöhten Verwaltungsaufwand bei der Abrechnung der vom Bestandsschutz erfassten bisherigen Leistungsbezieher (doppeltes Abrechnungssystem)

Aller Voraussicht nach wird die formale Überleitung zum Tragen kommen, welche aus Sicht der BAGFW es noch folgender Ergänzungen bedarf:

Stichtagsbetrachtung

In jeder stationären Pflegeeinrichtung ändern sich Auslastung und Zusammensetzung der Pflegebedürftigen in den einzelnen Pflegestufen/-graden laufend. Eine Stichtagsbetrachtung, wie sie derzeit für die Berechnung neuer übergeleiteter Pflegesätze vorgesehen ist, würde daher zu zufälligen und verfälschten Ergebnissen führen und bei einer ungünstigen Belegungskonstellation am Stichtag die Existenz der Einrichtung gefährden. Abgestellt werden kann daher nur auf eine durchschnittliche Belegung, wie sie in den Verfahren bei allen Pflegesatzverhandlungen angewendet werden (mindestens drei Monate). Dabei soll auch die Möglichkeit bestehen, künftig erwartete Änderungen der Belegungen zu berücksichtigen.

Berechnung des Gesamtbudgets

Die Regelung des § 92e SGB XI sieht vor, dass der Gesamtbetrag der Pflegesätze der Pflegestufen I bis III vom 30.09.2016 in die Pflegegrade 2 bis 5 umzurechnen ist. Die am 30.09.2016 in der Einrichtung lebenden Bewohner sind entsprechend § 140 SGB XI überzuleiten in die Pflegegrade. Bewohner mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz werden über den sogenannten doppelten Stufensprung in den übernächsten Pflegegrad, die anderen in den nächst höheren Pflegegrad eingestuft.

Wir begrüßen, dass Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz durch den doppelten Stufensprung verbesserte Leistungen der Pflegeversicherung erhalten sollen. Dies entspricht einer langjährigen Forderung der BAGFW. Über das Umrechnungsverfahren nach § 92e SGB XI erfolgt jedoch diese Verbesserung zu Lasten der Bewohner ohne eingeschränkte Alltagskompetenz, denn es regelt eine budgetgleiche Umstellung bei gleichbleibender Gesamtpersonalmenge.

Folge ist, dass durch die Umstellung für Bewohner ohne eingeschränkte Alltagskompetenz in der vollstationären Pflegeeinrichtung weniger Pflegepersonal zur Verfügung steht. Diese Benachteiligung und Verschlechterung kann nicht im Sinne des Pflegestärkungsgesetzes sein. Der Bestandsschutz bisheriger Leistungsbezieher erfordert vielmehr, dass dem Pflegebedürftigen in dem ihm neu zugeordneten Pflegegrad mindestens das Personal zur Verfügung steht wie in seiner bisherigen Pflegestufe.

Um bei der Umstellung für Bewohner ohne eingeschränkte Alltagskompetenz das Niveau der pflegerischen Versorgung zu erhalten, müssen die dem doppeltem Stufensprung entsprechenden höheren Pflegeaufwendungen für Bewohner mit eingeschränkter Alltagskompetenz im Umrechnungsverfahren berücksichtigt werden. Das in § 92e SGB XI beschriebene Überleitungsverfahren sollte daher um die Berücksichtigung des doppelten Stufensprungs nach § 140 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 Satz 3 SGB XI angepasst werden.

Personalausstattung nach Systemumstellung

Wie sich die nachrückende Bewohnerstruktur ab 2017 entwickeln wird, hängt von vielen Faktoren ab und kann derzeit nicht prognostiziert werden. Nach Auffassung der BAGFW sollte deshalb eine Einrichtung mindestens die am Stichtag des 01.01.2017 vorhandene Personalausstattung für einen Übergangszeitraum von min-

destens 6 Monaten aufrechterhalten können. Eine Einrichtung braucht Zeit, um Erfahrungen zu sammeln, wie sich die Bewohnerstruktur entwickelt und wieviel Personal entsprechend erforderlich ist. Erst hierdurch wird die Grundlage für prospektive Einzelverhandlungen geschaffen.

Überleitung der teilstationären Pflegesätze

Es ist nicht nachvollziehbar, warum die für die Überleitung der teilstationären Pflegesätze gewählten Äquivalenzziffern (Pflegegrad 2-5: 1, 1,36, 1,74, 1,91 in Beziehung zu Pflegegrad 1) von den Äquivalenzziffern abweichen, die in § 41 SGB XI für die Spreizung der teilstationären Sachleistungsbeträge vorgesehen sind (dort: Pflegegrad 2 - 5: 1, 1,88, 2,34, 2,9). Die Überleitung der Pflegesätze muss an die Abstufungen der Sachleistungsbeträge angepasst werden.

Lösungsvorschlag

Die BAGFW fordert daher:

- Anstatt einer Stichtagsbetrachtung ist beim Verfahren der Umrechnung der Pflegesätze abzustellen auf eine durchschnittliche Belegung, wie sie in den Verfahren bei Pflegesatzverhandlungen angewendet werden (mindestens drei Monate).
- § 92e SGB XI Verfahren für die Umrechnung wie folgt zu fassen:
 - „(1) Grundlage für die Ermittlung der ab dem 1. Januar 2017 zu zahlenden Pflegesätze nach § 92d ist der Gesamtbetrag der Pflegesätze, die dem Pflegeheim am 30. September 2016 zustehen, sowie für Bewohner mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz jeweils die Differenz aus den Pflegesätzen zwischen der nächsthöheren Pflegestufe und ihrer Pflegestufe am 30.09.2016, hochgerechnet auf einen Kalendermonat für Pflegebedürftige der Pflegestufen I bis III sowie Bewohner ohne Pflegestufe, aber mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz.
 - (2) Der Gesamtbetrag nach Absatz 1 ist in die Pflegegrade 2 bis 5 umzurechnen. Die übergeleiteten Pflegesätze ergeben sich als Summe aus dem Leistungsbetrag nach § 43 und dem in allen Pflegegraden gleich hohen Eigenanteil (Zuzahlungsbetrag). Der einheitliche Eigenanteil ermittelt sich dann wie folgt:
$$EA = (\sum PS - PBPG2 \times LBPG2 - PBPG3 \times LBPG3 - PBPG4 \times LBPG4 - PBPG5 \times LBPG5) \text{ dividiert durch } PB (PG2 - PG5).$$

Dabei sind:

 1. EA = der ab dem Tag der Umstellung geltende einheitliche Eigenanteil,
 2. $\sum PS$ = Gesamtbetrag der Pflegesätze (PS) sowie die Sonderregelung für Bewohner mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz nach Absatz 1,
- Die rechtliche und finanzielle Absicherung, dass im Rahmen der Überleitung stationärer Pflegesätze mindestens die am Stichtag des 01.01.2017 in einer Einrichtung vorhandene Personalausstattung für mindestens 6 weitere Monate aufrechterhalten werden kann (Personalbestandsschutz). Eine etwaig entstehende

de Finanzierungslücke sollte durch einen einrichtungseinheitlichen Zuschlag pro belegten Platz von den Pflegekassen der Bewohner getragen werden und monatlich abgerechnet werden können.

- Folgeänderung in § 92f SGB XI: Pflichten der Beteiligten (Änderungsvorschläge sind unterstrichen):

„(1) Das Pflegeheim teilt den nach § 85 Absatz 2 als Parteien der Pflegesatzvereinbarung beteiligten Kostenträgern bis spätestens zum 31. Oktober 2016 die von ihm nach § 92e Absatz 2 bis 4 ermittelten Pflegesätze in den Pflegegraden 1 bis 5 zusammen mit folgenden Angaben mit:

1. die bisherigen Pflegesätze,
2. die Aufteilung der maßgeblichen Heimbewohnerzahl entsprechend ihrer bisherigen Einstufung und der Angabe zum Vorliegen einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz sowie
3. den Stichtags de Gesamtbetrag nach 92e Absatz 1.

Diese Angaben sind durch geeignete Unterlagen zu belegen. Es genügt die Mitteilung an eine als Vertragspartei beteiligte Pflegekasse; diese stellt die unverzügliche Weiterleitung der Mitteilung an die übrigen als Vertragsparteien beteiligten Kostenträger sowie an die Landesverbände der Pflegekassen sicher.“

- Die Überleitung der teilstationären Pflegesätze wird an die Abstufungen der Sachleistungsbeträge nach § 41 SGB XI angepasst werden.

Gesamtbetrachtung der Vorschriften für die vollstationäre Versorgung

Die Wechselwirkungen der neuen Regelungen in der jetzigen Form führen zu einer weiteren starken Abwertung der vollstationären Versorgung. Zu nennen sind hier:

- Überproportionale finanzielle Belastung für Pflegegrade 2 und 3 durch niedrige Leistungsbeträge (§ 43 SGB XI) und einrichtungseinheitliche Eigenanteile (§ 84 Absatz 2 SGB XI)
- Absenkung der Personalschlüssel in den Pflegegraden im Vergleich zu den bisherigen referentiellen Pflegestufen insbesondere zu Lasten der niedrigen Pflegegrade durch:
 - Hoher Anteil an hohen Pflegegraden zum Stichtag durch die Überleitung der bisherigen Leistungsbezieher in Pflegegrade (§ 140 SGB XI; doppelter Stufensprung)
 - Bei gleichbleibendem Finanzvolumen und Personalausstattung der Einrichtungen im Rahmen des alternativen Überleitung der Pflegesätze (§ 92d SGB XI)
- Mangelnde Erfolgsaussichten für Einzelverhandlungen aufgrund von:
 - fehlende Personalrichtwerten
 - mangelnde personelle Verhandlungskapazitäten
 - enge Fristen für die Verhandlungen der Personalrichtwerte sowie für Pflegegesetzverhandlungen in 2016 (§§ 92c, 75 SGB XI)
- Geringere Leistungsbeträge bei vermeintlich fehlender Heimbedürftigkeit (§ 43 Absatz 4 SGB XI)

Vor allem Pflegebedürftige mit niedrigen Pflegegraden werden daher künftig in vollstationären Einrichtungen durch einen höheren Eigenanteil stärker belastet und erhalten zugleich weniger Leistung. Zu erwarten ist eine Mehrbelastung von durchschnittlich 500 € pro Monat. Es ist ungewiss, wie sich das auf die Bewohnerstruktur der Einrichtungen auswirkt. Es erscheint aber wahrscheinlich, dass niedrigere Pflegegrade die stationäre Versorgung zukünftig deutlich weniger nutzen werden, auch wenn sie angezeigt ist. Nicht in allen Fällen lassen sich die Pflegebedürfnisse in ambulanten Settings decken. Das Wunsch- und Wahlrecht der Pflegebedürftigen zwischen ambulant und stationär darf nicht ausgehöhlt werden. Zudem würde die veränderte Bewohnerstruktur mittelfristig zur Schwerstpflege in vollstationären Einrichtungen führen. Das erschwert die Pflegesituation für alle Versicherten, aber auch für das Personal. Letzteres dürfte den Fachkräftemangel in vollstationären Pflegeeinrichtungen verstärken, was vor dem Hintergrund der generalistischen Pflegeausbildung nicht im Sinne des Gesetzgebers sein kann. Schließlich wären sehr hohe Eigenanteile für die verbleibenden Bewohner die Folge, welche der Gesetzgeber über § 84 Absatz 2 Satz 3 SGB XI (einrichtungseinheitliche Eigenanteile) verhindern will.

Die BAGFW ersucht den Gesetzgeber daher dringend, eine Verschlechterung der vollstationären Pflege abzuwenden durch:

- Anhebung der vollstationären Sachleistungsbeträge für die Pflegegrade 2 und 3
- Anpassung des Verfahrens zur Überleitung der Pflegesätze:
 - Modifizierung des Berechnungszeitraums für das Gesamtbudget

- Anpassung des Überleitungsverfahrens nach § 92e unter Berücksichtigung des doppelten Stufensprungs für Versicherte mit einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz
 - die Ausgestaltung eines effektiven Personalbestandsschutzmechanismus in § 92d SGB XI vorzunehmen und eine Verschlechterung der Personalschlüssel unter allen Umständen abzuwenden.
- Vereinfachtes Pflegesatzverfahren für die Übergangszeit (§ 85 Absatz. 9)
 - Verzicht auf die Prüfung der Heimpflegebedürftigkeit, da die Sachleistungsansprüche in der häuslichen Pflege mittlerweile die Sachleistungsbeträge der vollstationären Pflege übersteigen
 - Eigenes Monitoringverfahren im Rahmen des § 18c für die Regelungen, die die vollstationäre Versorgung betreffen.

Angesichts der für die stationäre Versorgung derzeit veranschlagten Mehrausgaben von nur 210 Millionen Euro (im Vergleich zu den Mehrausgaben für die ambulante Versorgung von 1,59 Milliarden Euro und den für das Jahr 2017 prognostizierten Gesamtmehrausgaben von 3,74 Milliarden Euro) ist von dem notwendigen finanziellen Spielraum auszugehen.

Zu 4. Qualitätssicherung

§ 113 Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität

Gesetzentwurf

Der § 113 wird hinsichtlich der Inhalte der Maßstäbe und Grundsätze neu strukturiert, wobei die inhaltlichen Vorgaben im Wesentlichen gleich bleiben.

Die Vertragspartner nach § 113 sollen entsprechend § 113 Absatz 1 wissenschaftliche Aufträge erteilen. Ergänzend wird im ebenfalls neuen Absatz 1b geregelt, dass sich die Vertragspartner darauf festlegen, wo die in den Einrichtungen für die Qualität erhobenen Daten zentral zusammengeführt, ausgewertet und aufbereitet werden, einschließlich der Beachtung datenschutzrechtlicher Bestimmungen.

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

Bewertung

Wir begrüßen, dass die verbindliche Verankerung eines indikatorengestützten Verfahrens zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität im Gesetzentwurf nochmals eine Aufwertung erfahren hat. Die Ergänzungen der bisherigen Regelungen um die Indikatoren, das Datenerhebungsinstrument, die Datenübermittlung und die Plausibilitätsprüfung (extern durchzuführende Prüfung) entspricht den Vereinbarungen, die die Vertragspartner nach § 113 bereits aufgrund der gesetzlichen Vorgaben des bisherigen § 113 des Absatzes 1 Nr. 4 als Anlage 2 zu den Maßstäben und Grundsätzen stationär geschlossen haben. Insofern folgt der Gesetzgeber hier im Gesetzentwurf den Beschlüssen der Selbstverwaltung und passt den Gesetzestext entsprechend deren Vereinbarungen an.

Unklar ist für uns die Streichung der Begriffe Indikatorenmodell (§ 113 Absatz 1a Satz 1) und Plausibilitätsprüfung (§ 113 Absatz 1a Satz 2), bei der Überführung des Referentenentwurf in den Gesetzentwurf. Die Begriffe dienten der Konkretisierung und verdeutlichen die Intention und die Auftragsziele des Gesetzgebers. In Absatz 1a Satz 2 ist die Festlegung der externen Prüfung der Daten verankert und bedarf einer entsprechenden Differenzierung.

Neu ist die Ermächtigung der Vertragspartner nach § 113 in Absatz 1b bzgl. der neu zu regelnden Datenzusammenführung und -aufbereitung. Diese Neuregelung wird aufgrund des neuen indikatorengestützten Verfahrens notwendig und wird daher von der BAGFW unterstützt. Unklar bleibt was mit einer fallbezogenen Auswertung gemeint ist, der ggf. die weitgehenden datenschutzrechtlichen Ausführungen entgegenstehen. Die erweiterten Ausführungen der datenschutzrechtlichen Bestimmungen im Kabinettsentwurf werden von der BAGFW jedoch grundsätzlich unterstützt.

Damit die Ergebnisse auch für das interne Qualitätsmanagement sowie den internen Verbesserungsprozess in den Einrichtungen genutzt werden kann sind die Datenauswertungen nicht nur an die Landesverbände der Pflegekassen etc. weiterzuleiten, sondern entsprechend aufbereitet auch an die geprüften Einrichtungen.

Lösungsvorschlag

Die BAGFW regt an, in § 113 Absatz 1a Satz 2 in der Fassung des Gesetzentwurfs die Worte „auf der Grundlage einer Stichprobe“ einzufügen. Da die Darstellung der Ergebnisqualität auf der Grundlage des indikatorengestützten Verfahrens grundsätzlich auf einer internen Vollerhebung erfolgen wird, kann nicht die Erhebung sämtlicher Daten kontrolliert werden. Zweck der Kontrolle ist die Überprüfung, ob die Einrichtung die Indikatoren und die zu vereinbarenden Grundsätze der Datenerhebung und der Auswertung richtig angewendet hat. Wie es auch sonst bei Qualitätsprüfungen der Fall ist, kann dies, wenn kein ausufernder Verwaltungsaufwand entstehen soll, nur mittels einer repräsentativen Stichprobe geprüft werden. Die Festlegung der Stichprobe soll Gegenstand der Maßstäbe und Grundsätze sein. Weiter spricht sich die BAGFW dafür aus, die Begriffe Indikatorenmodell und Plausibilitätsprüfung wieder in den Gesetzentwurf, wie es im Referentenentwurf vorgesehen war, einzufügen.

In Absatz 1b ist nach Satz 2 ein neuer Satz 3 einzufügen: „Ferner sind die Ergebnisse der Absatz 1a ausgewerteten Daten auch in entsprechender Aufbereitung an die geprüfte Einrichtung weiterzuleiten.“

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

Gesetzentwurf

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

Bewertung

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

§ 113b Qualitätsausschuss

Gesetzentwurf

Wurden in diesem Paragrafen bisher die Grundlagen der Schiedsstelle Qualitätssicherung als Konfliktlösungsinstanz der Selbstverwaltung beschrieben, regelt der neue § 113b künftig die Strukturvorgaben für die Selbstverwaltungspartner im SGB XI einschließlich des Konfliktlösungsmechanismus, welcher die Hinzuziehung eines unparteiischen Vorsitzenden sowie weiterer unparteiischer Mitglieder vorsieht, sofern die Selbstverwaltungspartner nicht zu einer gemeinsamen Einigung kommen.

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

Bewertung

Um die Aufträge des Gesetzgebers an die Selbstverwaltung künftig reibungslos, zeitnah und qualitätsorientiert erfüllen zu können, müssen aus Sicht der BAGFW die derzeitigen grundlegenden Defizite und Probleme der Selbstverwaltung identifiziert und gelöst werden. Hierzu wird es notwendig sein, auch die heutige Struktur, in der die Vertragspartner de facto nicht gleichberechtigt sind, kritisch zu hinterfragen und ggf. neue Strukturen der Selbstverwaltung zu entwickeln und zu etablieren. Insofern begrüßen wir hier die Vorschläge im Gesetzentwurf, mit denen versucht werden soll, die geschilderten Probleme zu lösen. Hier finden sich viele gute Ansätze – von der Einrichtung einer Geschäftsstelle bis zur Vereinbarung einer Geschäftsordnung. Diese Vorschläge kommen aber zu spät und sind inzwischen nicht mehr ausreichend. So kann es mit den vorliegenden Vorschlägen aus Sicht der BAGFW nur bedingt gelingen, die inzwischen zutage getretenen Probleme zu lösen, da dadurch weder alle offenen Fragen geklärt werden, noch echte nachhaltige und neutrale Selbstverwaltungsstrukturen geschaffen werden. Die Vorschläge der Bunderegierung erscheinen daher an vielen Stellen eher gut gemeint, aber nur halbherzig umgesetzt und nicht zu Ende gedacht, z. B.:

- Es fehlt eine Definition mit Kriterien, aus denen sich ableiten lässt, was eine Vereinigung der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene ist, bzw. wo sie sich als solche anerkennen lassen kann, um als Vertragspartner nach § 113 zu gelten. Unverständlich ist dabei wiederum, warum ein Vertreter der Pflegeberufe auf die Sitze der Leistungserbringer angerechnet werden soll, denn Berufsverbände sind keine Verbände der Leistungserbringer.
- Die Schiedsstelle Qualitätssicherung wird als bisheriger Konfliktlösungsmechanismus als selbstständige Instanz zugunsten einer niedrighwelligeren Option des künftigen Qualitätsausschusses aufgelöst, ohne dass dieser ausreichend formal legitimiert und permanent neutral strukturiert sowie durch dauerhafte unparteiische Personen verstärkt wird.
- Unverständlich ist, warum der Vorsitzende durch das BMG benannt werden soll und nicht gemeinsam durch die Vertragspartner, wie bisher in der Schiedsstelle Qualitätssicherung und auch anderen vergleichbaren Strukturen üblich.
- Es soll eine qualifizierte Geschäftsstelle eingerichtet werden, die aber über keine eigene formale Form und personelle Ausstattung verfügt und damit nicht neutral und unparteiisch agieren kann. Darüber hinaus soll sie aus nicht näher nachvollziehbaren Gründen jeweils auf fünf Jahre begrenzt eingerichtet werden. Auch inhaltlich sind Aufbau und Aufgaben unklar bzw. vermischen hier verschiedene Zwecke, wie die Koordination der Selbstverwaltung und die fachlich-wissenschaftliche Beratung der Vertragspartner. Diese Aufgabenvermischung ist nicht zielführend und kann mit den mangelnden Strukturen und Ressourcen letztlich nur zu mehr Komplikationen und unklarerer Entscheidungsabläufen und -strukturen führen.

Obwohl ein klarer inhaltlicher Arbeitsschwerpunkt des Qualitätsausschusses auf die Vereinbarungen und Beschlüsse zur Qualitätsprüfung und Darstellung gelegt wird, liegt die Zuständigkeit des Ausschusses nur bei den Vereinbarungen nach § 113 sowie § 115 Absatz 1a, aber nicht auch bei den Richtlinien nach § 114a Absatz 7, welche künftig aber mit den zuerst genannten Vereinbarungen inhaltlich-strukturell eine systematische Einheit bilden und auf einander abgestimmt sein müssen. Die BAGFW empfiehlt daher die Struktur der Selbstverwaltung für die Zukunft klarer und stringen-

ter zu gestalten als dies im Gesetzentwurf angelegt ist. Das Modell einer neuen Struktur der Selbstverwaltung sollte sich nach den Vorstellungen der BAGFW am Modell des Gemeinsamen Bundesausschusses im SGB V, wenn auch in deutlich schlanke-
rer Form, anlehnen (s. Anhang zur Stellungnahme). Gegenüber der jetzt in § 113b geschaffenen Struktur eines „Zwitters“ zwischen Schiedsstelle und neuer Selbstverwaltungsstruktur entstände mit einem Qualitätsausschuss nach BAGFW-Lesart eine Selbstverwaltungsstruktur mit eingebautem Konfliktlösungsmechanismus, da der unabhängige Vorsitzende und zwei weitere unparteiische Mitglieder ständige Mitglieder dieser Struktur wären und nicht bei Bedarf hinzuziehende Schiedspersonen. Aufgrund der Rolle des unabhängigen Vorsitzenden könnten Patt-Situationen grundsätzlich vermieden werden, indem immer eine Mehrheitsentscheidung herbeigeführt werden kann. Die von der BAGFW vorgeschlagene Struktur würde auch eindeutig gesetzlich regeln, welche Verbände demokratisch legitimierte Mitglieder wären. Im Unterschied zum Qualitätsausschuss nach § 113b sieht das Konstrukt der von der BAGFW vorgeschlagenen Selbstverwaltungsstruktur eine dritte Bank aus Vertreterinnen und Vertretern der auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger Menschen und von Menschen mit Behinderung vor. Sie sollen mitberaten können und antragsberechtigt sein. Ihre Beteiligung als dritte Bank ist ein Beitrag zur Beteiligung und Transparenz der Verfahren zur Qualitätssicherung gegenüber den Verbraucherinnen und Verbrauchern. Ein weiterer zentraler Unterschied zum im Gesetzentwurf vorgelegten Modell eines Qualitätsausschusses ist der Grad der Verbindlichkeit, den die Entscheidungen eines solchen Ausschusses haben. Während ihnen nach § 113b Absatz 3 letzter Satz lediglich die Rechtswirkung einer vertraglichen Vereinbarung oder Beschlussfassung zukommt, haben die Beschlüsse eines Qualitätsausschusses nach BAGFW-Modell den rechtsverbindlichen Charakter einer Richtlinie. Ein solcher Qualitätsausschuss nach BAGFW-Modell würde Richtlinien über die Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität und Richtlinien zu den Ergebnissen von Qualitätsprüfungen einschließlich der Qualitätsberichterstattung erlassen. Auch die Expertenstandards wären Gegenstand seiner Richtlinienkompetenz. Durch die Richtlinienkompetenz wären die bisherigen Probleme zur Frage, wie die Allgemeinverbindlichkeit von Vereinbarungen hergestellt werden kann, juristisch sauber gelöst. Darüber hinaus nimmt der Vorschlag der BAGFW die Forderung eines wissenschaftlichen Instituts als Maximallösung zur Vergabe wissenschaftlicher Aufträge durch den Qualitätsausschuss auf. Allerdings wären auch Lösungen unterhalb dieser Schwelle durch einfache Vergabe von entsprechenden Aufträgen durch den Qualitätsausschuss an externe Institute durchaus denkbar.

Was die inhaltlichen Vorgaben insbesondere zur Qualitätsprüfung und -darstellung angeht, die insbesondere in Absatz 4 dargelegt werden, wurden die in Nummer 1 genannten Instrumente zur Prüfung der Qualität in stationären Pflegeeinrichtungen bereits wissenschaftlich entwickelt und praktisch erprobt: Nicht nur im in Nummer 1 benannten Bundesmodellprojekt, sondern auch in weiteren Nachfolgeprojekten, initiiert durch die Caritasverbände Köln (EQisA) und Münster (EQMS). Innerhalb der Anlage 2 zu Maßstäben und Grundsätzen zur Qualität und Qualitätssicherung nach § 113 Absatz 1 Nummer 4 Anhang 1 sind die Inhalte von Nummer 1 und Nummer 2 bereits vereinbart und auch ein entsprechender Auftrag vergeben, den fehlenden Umsetzungsbaustein bis Ende 2016 wissenschaftlich zu entwickeln. Die Indikatoren können nach dieser modellhaften Pilotierung ab 2017 in eine flächenhafte Umsetzung überführt werden. Die wissenschaftliche Entwicklung der Indikatoren für stationäre Einrichtungen nahm fast drei Jahre in Anspruch plus weitere 18 Monate für die mo-

dellhafte Pilotierung zur wissenschaftlichen Klärung von Umsetzungsfragen in der Fläche. Für den Bereich der ambulanten Pflege (Absatz 4 Nummer 3) sind die Ergebnisindikatoren der stationären Pflege nicht übertragbar. Somit müssen neue Ergebnisindikatoren für die ambulante Pflege auf wissenschaftlicher Basis entwickelt und praktisch erprobt werden. Zur Gewährleistung der Gütekriterien Objektivität, Validität und Reliabilität sowie der Vergleichbarkeit, ist dafür eine mindestens ebenso lange Zeitspanne von insgesamt vier bis fünf Jahren zu veranschlagen. In einem Gutachten für die BAGFW (Büscher, 2015) wird darüber hinaus aufgrund der geringen Vergleichbarkeit der individuellen Versorgungs- und Vertragssettings in der häuslichen Pflege für zu entwickelnde Indikatoren eine Erprobungsphase im internen Qualitätsmanagement empfohlen. Dabei soll getestet werden, welcher dieser Indikatoren sich ggf. überhaupt für eine externe, vergleichende Qualitätsberichterstattung eignet und bewährt. Die Zeitvorgabe für die Umsetzung eines indikatorbasierten Alternativsystems zur derzeitigen PTVA bis zum 31. März 2018 erscheint vor diesem Hintergrund kaum realistisch.

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

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

Lösungsvorschlag

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

Hinsichtlich der Begrenzung der Vertreter je Bank auf höchstens 10 bei gleicher Stärke der Leistungsträger und Leistungserbringer schlägt die BAGFW vor, auf Seiten der Leistungserbringer die Platzzahl zehn zu konkretisieren in „jeweils fünf von den in der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) kooperierenden Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege auf Bundesebene und von den Vereinigungen privat-gewerblicher Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene.“ Ein Vertreter der Verbände der Pflegeberufe im Qualitätsausschuss ist dabei explizit nicht auf die Bank der Leistungserbringer anzurechnen, sondern mit beratender Stimme zu Beteiligen.

Hinsichtlich der Verortung der Ausführungsvorschriften für ein indikatorengestütztes Verfahren zur Qualitätsprüfung und Qualitätsdarstellung hält die BAGFW es für notwendig, dieses vor allem in den § 114, 114a und 115 Absatz 1a zu regeln statt in § 113b Absatz 4. Entsprechende Vorschläge sind in den Gesetzesvorschlag der BAGFW für eine Selbstverwaltungsstruktur (s. o.) eingearbeitet.

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

§ 113c Personalbemessung in Pflegeeinrichtungen

Gesetzentwurf

Die Vertragspartner nach § 113 werden verpflichtet in Einvernehmen mit dem BMG und dem BMFSFJ die Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach quantitativen und qualitativen Maßstäben zu beauftragen. Der Auftrag soll bis spätestens 31.12.2016 vergeben sein, sonst werden BMG und BMFSFJ die Aufgabe übernehmen. Ergebnisse sollen bis spätestens 30.06.2020 vorliegen.

Bewertung

Für Deutschland liegt derzeit für die vollstationäre Pflege kein anerkanntes wissenschaftlich fundiertes Verfahren für die Erhebung einer bedarfsgerechten Personalausstattung in der Pflege vor. Die Personalbemessung in der vollstationären Pflege wird daher zurzeit auf Länderebene pflegestufenabhängig und teilweise bewohnerzahlabhängig zwischen den Kostenträgern und Leistungserbringern ausgehandelt. Als Basis dienen dazu Personalaufwendungen der Träger, Finanzvolumen der Kassen und Sozialhilfeträger sowie die historische Entwicklung der Personalrichtwerte im jeweiligen Bundesland. Dies führt zu einer oft mangelhaften Personalausstattung sowie zu deutlichen regionalen Unterschieden bei den Personalrichtwerten.

Die BAGFW begrüßt daher, dass der Gesetzgeber dieses Problem nun auch erkannt hat und Abhilfe schaffen will. Mit der Weiterentwicklung der Pflegeversicherung und vor dem Hintergrund der Einführung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs hat diese Diskussion eine besondere Aktualität erhalten. Allerdings hat die BAGFW große Zweifel, dass der vorgeschlagene Weg zielführend ist. Inhaltlich ist das Thema „Personalbemessung und Personalausstattung“ nicht in den Vorschriften des elften Kapitels im SGB XI zur Qualität verankert.

Als nächsten Punkt sieht die BAGFW kritisch, dass im Gesetz lediglich die Entwicklung eines entsprechenden Instrumentariums vorgegeben wird, aber keinerlei verbindliche Vorgabe zur späteren Umsetzung. Ein pflegebedarfsbezogenes Personalbemessungsinstrument, das am Ende in den Pflegeeinrichtungen eingesetzt wird, muss für alle Beteiligten verbindliche Grundlage einer einrichtungsbezogenen Personalbemessung sein. Ergebnisse des Personalbemessungsverfahrens müssen anerkannte Grundlage einer Finanzierung der personenbezogenen Pflegeentgelte sein.

Das System muss auch länderspezifische Besonderheiten berücksichtigen. Dazu bedarf es zum einen einer gesetzlichen Verpflichtung zur Anerkennung des Bedarfs in den Verhandlungen auf Landesebene. Beides liegt nicht im Bereich der Kompe-

tenzen der Selbstverwaltung, sondern hier sind politische und gesetzliche Weichenstellungen zu treffen.

Lösungsvorschlag

Die BAGFW schlägt vor, dass analog der Entwicklung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sowie der Indikatoren nach Wingenfeld et al., die Entwicklung eines bedarfsgerechten Personalbemessungsinstruments für die vollstationäre Pflege durch das BMG im Einvernehmen mit dem BMFSFJ sowie eines breiten Beteiligungsprozesses (Kostenträger, Leistungserbringer, Länder, Vertreter/-innen der Pflegebedürftigen und der beruflich Pflegenden) eingeleitet und gesteuert wird. Von diesem Beirat mit Moderation durch das Ministerium sind auf der Grundlage des wissenschaftlich fundierten und erprobten bedarfsbezogenen Personalbemessungssystems für die stationäre Altenhilfe Empfehlungen zur Umsetzung und Finanzierung zu erarbeiten, die dann durch den Gesetzgeber entsprechend im SGB XI verankert werden.

Zur Umsetzung des beschriebenen Prozesses ist ein entsprechender Auftrag an das Bundesgesundheitsministerium im Gesetz zu verankern.

§ 114 Qualitätsprüfungen

Gesetzentwurf

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

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

Bewertung

Die BAGFW begrüßt die Abschaffung der Kosten für die Wiederholungsprüfungen. Die Abschaffung der gleichwertigen Prüfungen kann vor dem Hintergrund des neu einzuführenden indikatorengestützten Verfahrens, dass das interne Qualitätsmanagement mit der externen Qualitätsprüfung und vergleichende Qualitätsdarstellung nachvollzogen werden. Allerdings sei angemerkt, dass dieses System für die stationäre Pflege erst zum 31. März 2017 und für die ambulante Pflege zum 31. März 2018 umgesetzt werden soll. Für die Übergangszeit gelten die Pflege-Transparenzvereinbarungen sowie das bisherige Prüfsystem jedoch weiter. Solange sollen auch die Regelungen zu gleichwertigen Prüfungen weitergelten.

Des Weiteren wird der § 114 dem in den §§ 113 und 113b beschriebenen, neuen indikatorengestützten Verfahren nicht mehr gerecht. Im Gesetzentwurf findet sich keine Anpassung des neuen Prüfgeschehens. Dies betrifft sowohl die künftigen externen Plausibilitätskontrollen als auch die Frage notwendiger Neujustierungen der weiteren Prüfarten. Die bisherigen Konzepte der Regel- und Wiederholungsprüfung werden dem neuen Modell nicht mehr gerecht und sind entsprechend anzupassen bzw. neu zu konzeptionieren. Gleiches gilt für den Prüfauftrag für die Medizinischen Dienste und die Prüfdienste der PKV. In einem System der regelmäßigen Vollerhebung von Qualitätsdaten, im Rahmen des internen Qualitätsmanagement bei allen Bewohnerinnen und Bewohnern zu gesundheitsbezogenen Indikatoren der Ergeb-

nisqualität, würde das bisherige System der Regelprüfung durch jährliche Überprüfungen des MDK bzw. anderer akkreditierter Prüfinstitutionen zur korrekten Datenerhebung der gesundheitsbezogenen Indikatoren angepasst und um die korrekte Anwendung der Verfahrensregelungen sowie die Übereinstimmung der mit dem Pflegezustand der Bewohnerinnen und Bewohner ergänzt werden müssen. Bei Unstimmigkeiten in der Datenerhebung würde ein Klärungsprozess eingeleitet, bei dem die Fehlerquellen und -ursachen herausgefunden und beseitigt werden sollen. Auf dieser Grundlage sind die Daten durch korrekte Daten zu bereinigen und zu aktualisieren. Im Falle bewusster fehlerhafter Angaben kann eine Sanktionskaskade in Gang gesetzt werden, bis hin zur Kündigung der Versorgungsverträge nach § 74 SGB XI.

Einzig die Anlassprüfung aufgrund von Beschwerden ist vor dem neu geregelten Hintergrund in der bestehenden Form weiterhin sinnvoll. Allerdings wäre auch hier eine Anpassung sinnvoll. Künftig sollte tatsächlich nur noch der Anlass geprüft werden und nicht mehr eine komplette Regelprüfung durchgeführt werden.

Zum Anderen ist im Gesetzentwurf keine präzisierende Aussage zur Prüfung der Struktur- und der Prozessqualität enthalten. Vielmehr soll es dabei bleiben, dass sich der Prüfauftrag auf die Struktur- und die Prozessqualität nach § 114 Absatz 1 Satz 4 SGB XI erstrecken kann - mithin also ein Ermessen der Landesverbände der Pflegekassen besteht. Wenn eine Einrichtung bei der vergleichenden Betrachtung eine Qualität im durchschnittlichen Referenzbereich erzielt, kann der Umfang der Prüfung insoweit reduziert werden, als im Regelfall die Überprüfung der Prozessqualität entfallen kann. In atypischen Fällen sowie immer dann, wenn die Ergebnisqualität bei vergleichender Betrachtung unterdurchschnittlich ist, bleibt es danach bei einer, dann angepassten, Prüfung nach § 114 Absatz 1 Satz 4 SGB XI.

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

Lösungsvorschlag

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

Die Aufträge an die Prüfdienste sowie die Prüffarten sind auf Basis des in den § 113 und 113b beschriebenen neuen indikatorengestützten Verfahrens zur Qualitätsprüfung und Veröffentlichung entsprechend anzupassen und zu erweitern. Die Überprüfung erfolgt nach der in den Vereinbarungen nach § 113 Absatz 1a SGB XI festgelegten Stichprobe. Ergeben sich aus dieser Überprüfung Unstimmigkeiten, sind diese zunächst im Rahmen eines § 24 SGB X entsprechenden Anhörungsverfahrens zu überprüfen. Bestehen Anhaltspunkte für eine fehlerhafte Anwendung der Vereinbarungen nach § 113 Absatz 1a SGB XI durch die Einrichtung auch nach der Anhörung fort, so wäre gemäß Absatz 4 (Anlassprüfung) eine entsprechende externe

Vollüberprüfung der Ergebnisqualität durchzuführen. Dies regeln die Sätze 1 – 3 des von der BAGFW vorgeschlagenen § 114 Absatz 2a. Darüber hinaus ist ein vorsätzlicher Verstoß der Einrichtungen gegen die Vereinbarungen nach § 113 Absatz 1a zur Datenerhebung, Auswertung und Bewertung der Daten mit dem Ziel der Verfälschung mit der Beendigung des Versorgungsvertrages zu ahnden. Hierzu bedarf es der Anpassung in § 74 (konkrete Vorschläge macht die BAGFW hierzu im Gesetzentwurf im Anhang zur Stellungnahme).

Weiter schlagen wir vor nach Absatz 2 Absatz 2a wie folgt einzufügen:

„(2a) Ab Inkrafttreten der Qualitätsdarstellungsvereinbarung nach § 115 Absatz 1a Satz 2 für den stationären Bereich auf der Grundlage des indikatorengestützten Verfahrens zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität nach § 113 Absatz 1a Satz 1 ist im Rahmen der Regelprüfung zu prüfen, ob die Einrichtung die Indikatoren richtig angewendet und die nach § 113 Absatz 1a Satz 2 getroffenen Vereinbarungen über die Datenerhebung, Auswertung und Bewertung der Daten eingehalten hat (Plausibilitätsprüfung). Soweit sich bei der Prüfung Anhaltspunkte für eine Abweichung von diesen Vereinbarungen ergeben, hören die Landesverbände der Pflegekassen die Einrichtung zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts mit angemessener Frist zur Stellungnahme an. Bestehen die Anhaltspunkte für eine Abweichung von diesen Vereinbarungen auch nach Abschluss des Anhörungsverfahrens fort, erfolgt eine vollständige Prüfung mit dem Schwerpunkt der Ergebnisqualität; Absatz 4 gilt entsprechend. Ergibt sich aus der Qualitätsdarstellung der Einrichtung auf der Grundlage des indikatorengestützten Verfahrens zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität nach § 113 Absatz 1a Satz 1 eine im Vergleich mindestens Ergebnisqualität im durchschnittlichen Referenzbereich, soll von der Prüfung der Prozessqualität (Absatz 2 Satz 4) abgesehen werden.“

In § 74, Kündigung von Versorgungsverträgen, ist Satz 2 wie folgt zu ergänzen:

„...oder die Einrichtung die § 113 Absatz 1a Satz 2 getroffenen Vereinbarungen über die Datenerhebung, Auswertung und Bewertung der Daten vorsätzlich mit dem Ziel nicht eingehalten hat, die Qualitätsdarstellung zu verfälschen.“

Im Gesetzentwurf der BAGFW zum Qualitätsausschuss im Anhang der Stellungnahme sind weitere, konkrete Vorschläge, auch zur notwendigen Anpassung des § 114 an die Einführung eines indikatorengestützten Systems zur Qualitätsdarstellung und -veröffentlichung in der stationären Pflege.

§ 114a Durchführung der Qualitätsprüfungen

Gesetzentwurf

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

Bewertung

Auf Grund der in § 113 und der Anlage 2 beschriebenen Änderungen im Prüfgeschehen sind in §114a Absatz 1 Satz 2 und 3 ebenfalls Anpassungen notwendig. Die Verzahnung der internen mit der externen Qualitätssicherung der strukturierten

Qualitätserfassung nach dem Modell der indikatorengestützten Ergebnisqualität findet in Form einer Vollerhebung in den Pflegeeinrichtungen statt. Zur Verzahnung mit der externen Qualitätssicherung erfolgt die Datenauswertung und -evaluation in einem unabhängigen Institut, dem die Daten in anonymisierter Form (unter Wahrung des Datenschutzes) übermittelt werden. Der nächste Schritt ist die Plausibilitätsprüfung unter den Vorgaben der Landesverbände der Pflegekassen. Da die Plausibilitätsprüfung die Richtigkeit der von den Einrichtungen erhobenen Daten retrospektiv prüft, muss diese an angekündigten Terminen erfolgen.

In der Neufassung von Absatz 7 ist zu begrüßen, dass bereits bis Oktober 2017 – für stationäre Pflegeeinrichtungen – und bis Oktober 2018 – für ambulante Pflegeeinrichtungen – die Richtlinien zur Prüfung der erbrachten Leistungen und deren Qualität in den benannten Pflegeeinrichtungen zu konkretisieren sind. Die Verbände der BAGFW begrüßen besonders die Klarstellung, dass Qualitätsprüfungs- Richtlinien das Verfahren, nicht aber die Inhalte der Qualitätsprüfungen regeln sollen. Die Verwendung des Begriffs „berücksichtigen“ in Satz 2 impliziert die Möglichkeit der Abweichung von den Normsetzungen nach § 113 SGB XI. Tatsächlich sind diese aber zwingend zu beachten.

Bis zum Vorliegen eines Instrumentes für die Erhebung von indikatorengestützter Ergebnisqualität in der häuslichen Pflege wird mehr Zeit erforderlich sein, als in § 113b Absatz 4 Nummer 3 vorgesehen ist.

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

Nach § 114a Absatz 1 sind Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegeeinrichtungen am Tag zuvor anzukündigen. In der Praxis gibt es hier eine Vielzahl an Interpretationsproblemen. Um diese zu vermeiden ist klarzustellen, dass wenn eine Prüfung nach einem Feiertag oder nach dem Wochenende erfolgt, die Ankündigung einen Werktag zuvor beim Dienst vorliegen muss. Dabei darf der Samstag an dieser Stelle nicht als Werktag gezählt werden.

Lösungsvorschlag

Hinsichtlich der Umsetzung eines indikatorengestützten Verfahrens nach den §§ 113 und 113b sind weitere Konkretisierungen in Absatz 7 hinsichtlich der verschiedenen Prüfaufträge und -arten sowie ggf. weitere notwendige Anpassungen vorzunehmen. Aufgrund der zukünftigen engen konzeptionellen Verzahnungen von internem Qualitätsmanagement, externer Prüfung und Qualitätsdarstellung sind die Qualitätsprüfungs-Richtlinien in die gemeinsamen Regelungskompetenzen der Vertragsparteien nach § 113 aufzunehmen.

In Absatz 7 Satz 2 ist das Wort „berücksichtigen“ zu streichen und durch das Wort „maßgeblich“ zu ersetzen.

Bzgl. der Anmeldung der Prüfungen in der ambulanten Pflege fordert die BAGFW eine gesetzliche Klarstellung, dass „am Tag zuvor“ bedeutet, dass ein rechtzeitiger Eingang der Ankündigung einer Prüfung in der Zeit von Montag bis Freitag sicherge-

stellt sein muss. Eine an einem Montag geplante Prüfung muss daher bis spätestens Freitagmittag avisiert sein, entsprechend ist bei Prüfungen unmittelbar nach Feiertagen zu verfahren.

Im Gesetzentwurf der BAGFW zum Qualitätsausschuss im Anhang der Stellungnahme sind weitere, konkrete Vorschläge, auch zur notwendigen Anpassung des § 114 an die Einführung eines indikatorengestützten Systems zur Qualitätsdarstellung und -veröffentlichung in der stationären Pflege.

§ 115 Ergebnisse von Qualitätsprüfungen, Qualitätsdarstellung Absatz 1a

Gesetzentwurf

In § 115 werden vor allem redaktionelle Anpassungen an Änderungen vorangegangener Paragraphen vorgenommen sowie insbesondere der Absatz 1a neu gefasst und im Titel die Qualitätsdarstellung in Ergänzung zu den Ergebnissen von Qualitätsprüfungen aufgenommen. Die Änderungen in Absatz 1a beziehen sich in der Darstellung der Qualität und der Qualitätsberichterstattung auf § 114a Absatz 7 sowie den entsprechenden Neuregelungen in den §§ 113 und 113b.

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

Bewertung

Die BAGFW begrüßt es, dass die Qualitätsberichterstattung auf der Basis indikatorengestützter Ergebnisdarstellung nach § 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 bis 4 auf der Grundlage der Maßstäbe und Grundsätze, erfolgt und somit der Fokus auf den Pflegebedürftigen und die Einflussnahme der Pflegeeinrichtung gerichtet wird. Zusätzlich trägt dieser Schritt zu einer Entbürokratisierung und wirtschaftlichen sowie angemessenen Pflegedokumentation bei.

Die indikatorengestützte Qualitätssicherung und Qualitätsberichterstattung erfolgt auf der Basis der Vollerhebung in regelmäßigen Abständen mit Plausibilitätsprüfung im Rahmen der veränderten Regelprüfungen (externe Prüfung) durch eine externe unabhängige Stelle, z. B. den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherungen e. V. Das Verfahren der Qualitätsprüfungen wird nach § 114a Absatz 7 Satz 1 in den Richtlinien über die Durchführung der Prüfung in den Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität geregelt. Die QPR nach § 114a Absatz 7 Satz 1 dient der verfahrensrechtlichen Konkretisierung und nicht der Bestimmung der Inhalte der Prüfung. Die Vereinbarung nach § 115 Absatz 1a bestimmt das Verfahren der Veröffentlichung und nicht das Verfahren der Qualitätsprüfung. Daher ist es konsequent, dass § 114a Absatz 7 Satz 4 im PSG II bestimmt, dass die QPR und die Vereinbarungen nach § 115 Absatz 1a gleichzeitig in Kraft treten.

Zur Klarstellung der Art der Prüfung durch die medizinischen Dienste der Krankenkassen und der Prüfdienste des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. sollte in die Änderungen der Begriff der Plausibilitätsprüfung aufgenommen werden.

Für die Übergangszeit bis zur Umsetzung des neuen Systems der Qualitätsprüfung und -darstellung enthält der Gesetzentwurf keine Übergangsregeln, die auf die größten Kritikpunkte bzgl. der Transparenzvereinbarungen, vor allem die Verrechnung der Qualitätsbereiche untereinander (Stichwort Wohn- versus Pflegequalität) in der Gesamtnote, Rücksicht nehmen.

Lösungsvorschlag

Die BAGFW schlägt vor, in § 115 Absatz 1a Satz 2 die Worte „...und der Richtlinie zur Durchführung der Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114a Absatz 7...“ zu streichen.

Für die Übergangsphase der Qualitätsdarstellung ist bei der bestehenden Qualitätsdarstellung, bis die Vereinbarungen der Qualitätsdarstellungsvereinbarung auf Basis von indikatorengestützter Ergebnisqualität in Kraft treten, die Veröffentlichung der Gesamtnote auszusetzen.

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

Im Gesetzentwurf der BAGFW zum Qualitätsausschuss im Anhang der Stellungnahme finden sich weitere, konkrete Vorschläge, auch zur notwendigen Anpassung des § 115 Absatz 1a an die Einführung eines indikatorengestützten Systems zur Qualitätsdarstellung und -veröffentlichung in der stationären Pflege.

§ 115 Absatz 1b

Gesetzentwurf

Keine Änderungen

Bewertung

Die medizinische Versorgung stellt ein generelles Problem für pflegebedürftige Menschen dar, die aufgrund eingeschränkter Mobilität auf Hausbesuche von Ärzten angewiesen sind. Dies gilt unabhängig davon, ob sie in ihrer eigenen Wohnung oder in einer stationären Pflegeeinrichtung leben. Da vielerorts die Bereitschaft der Ärzte zu Hausbesuchen sinkt, verschlechtert sich entsprechend die medizinische Versorgung der Pflegebedürftigen in stationären Pflegeeinrichtungen, aber auch in der eigenen Häuslichkeit.

Die BAGFW fordert den Gesetzgeber auf, die Ursachen für die gesundheitliche Unterversorgung pflegebedürftiger Menschen anzugehen: Die Erfüllung des vertragsärztlichen Sicherstellungsauftrags ist in § 75 SGB V geregelt. Die Einhaltung dieses Sicherstellungsauftrags auch bei pflegebedürftigen Menschen liegt bei den Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen (Bundes-) Vereinigungen und ist verbindlich.

Für ungeeignet erachten wir die Informationspflicht über die Versorgung mit Arzneimitteln. Nach § 12a ApoG sind Verträge zwischen Apotheken und vollstationären

Pflegeeinrichtungen verpflichtend vorgeschrieben, wenn eine Apotheke eine vollstationäre Pflegeeinrichtung mit Arzneimitteln versorgen will. Im Übrigen besteht Wahlfreiheit des Bewohners, seine Medikamente in der Apotheke seiner Wahl zu beziehen. Die Versorgung mit Arzneimitteln ist somit gewährleistet. In diesem Bereich bestehen keine Probleme der Unterversorgung, die durch Qualitätsprüfungen und -berichterstattung verbessert werden könnten.

Zusammenfassend werden die Regelungen in § 114 Absatz 1 und § 115 Absatz 1b als ungeeignet zur Erreichung des Ziels einer Verbesserung der medizinischen Versorgung pflegebedürftiger Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen angesehen.

Lösung

Es wird vorgeschlagen, dass der Gesetzgeber anstelle der Regelungen im SGB XI entsprechende Regelungen zur Gewährleistung des Sicherstellungsauftrags durch die Kassenärztlichen Vereinigungen im SGB V erlässt und die in § 114 Absatz 1 Satz 5 bis 7 sowie § 115 Absatz 1b beschriebenen Regelungen streicht.

Berlin, 25.09.2015

Anlage

Entwurf eines Gesetzes zur Änderung der Bestimmungen des Elften Kapitels des Elften Buches Sozialgesetzbuch über die Qualitätssicherung

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

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

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

Begründung:

S. § 118b

3. § 74 Abs. 2 wird wie folgt gefasst:

„¹Der Versorgungsvertrag kann von den Landesverbänden der Pflegekassen auch ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist gekündigt werden, wenn die Einrichtung ihre gesetzlichen oder vertraglichen Verpflichtungen gegenüber den Pflegebedürftigen oder deren Kostenträgern derart gröblich verletzt, dass ein Festhalten an dem Vertrag nicht zumutbar ist. ²Das gilt insbesondere dann, wenn Pflegebedürftige infolge der Pflichtverletzung zu Schaden kommen, die Einrichtung nicht erbrachte Leistungen gegenüber den Kostenträgern abrechnet oder die Einrichtung die nach § 113 Absatz 1a Satz 2 getroffenen Vereinbarungen über die Datenerhebung, Auswertung und Bewertung der Daten vorsätzlich mit dem Ziel nicht eingehalten hat, die Qualitätsdarstellung zu verfälschen. ³Das gleiche gilt, wenn dem Träger eines Pflegeheimes nach den heimrechtlichen Vorschriften die Betriebserlaubnis entzogen oder der Betrieb des Heimes untersagt wird. ⁴Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.“

Begründung:

S. die Begründung zu § 114.

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

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

Begründung:

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

5. § 112 Abs. 2 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

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

Begründung:

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

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

„§ 112a Pflegequalitätsausschuss

(1) ¹Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e.V., die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene bilden einen Pflegequalitätsausschuss. ²Der Pflegequalitätsausschuss ist rechtsfähig. ³Er wird durch den Vorsitzenden des Beschlussgremiums gerichtlich und außergerichtlich vertreten.

(2) Das Beschlussgremium des Pflegequalitätsausschusses besteht aus einem unparteiischen Vorsitzenden, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern, sieben vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen, jeweils einem vom Verband der privaten Krankenversicherung e.V., von der

Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände sowie jeweils fünf von der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) e.V. und von den Vereinigungen privat-gewerblicher Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene zu bestellenden Mitgliedern. Der unparteiische Vorsitzende und sein Stellvertreter müssen die Befähigung zum Richteramt haben.

- (3) ¹Für die Berufung des unparteiischen Vorsitzenden und der zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie jeweils zweier Stellvertreter einigen sich die Organisationen nach Absatz 2 jeweils auf einen Vorschlag und legen diese Vorschläge dem Bundesministerium für Gesundheit spätestens sechs Monate vor Ablauf der Amtszeit vor; für die am _____ beginnende Amtszeit sind die Vorschläge bis zum _____ vorzulegen. ²Als unparteiische Mitglieder und deren Stellvertreter können nur Personen benannt werden, die in den vorangegangenen zehn Jahren vor der Benennung nicht bei den Organisationen nach Absatz 2, bei deren Mitgliedern oder bei Verbänden von deren Mitgliedern beschäftigt waren. ³Die Berufung erfolgt durch das Bundesministerium für Gesundheit.
- (4) ¹Die Unparteiischen üben ihre Tätigkeit in der Regel hauptamtlich aus; eine ehrenamtliche Ausübung ist zulässig, soweit die Unparteiischen von ihren Arbeitgebern in dem für die Tätigkeit erforderlichen Umfang freigestellt werden. ²Die Stellvertreter der Unparteiischen sind ehrenamtlich tätig. ³Hauptamtliche Unparteiische stehen während ihrer Amtszeit in einem Dienstverhältnis zum Pflegequalitätsausschuss. ⁴Zusätzlich zu ihren Aufgaben im Beschlussgremium übernehmen die einzelnen Unparteiischen den Vorsitz der Unterausschüsse des Pflegequalitätsausschusses. ⁵Die Organisationen nach Absatz 2 schließen die Dienstvereinbarung mit dem unparteiischen Vorsitzenden; § 35a Abs. 6a Satz 1 und 2 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend. ⁶Die von den Organisationen nach Abs. 2 benannten sonstigen Mitglieder des Beschlussgremiums üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus; sie sind bei den Entscheidungen im Beschlussgremium an Weisungen nicht gebunden. ⁷Die Organisationen nach Absatz 2 benennen für jedes von ihnen benannte Mitglied bis zu drei Stellvertreter. ⁸Die Amtszeit im Beschlussgremium beträgt ab der am _____ beginnenden Amtszeit fünf Jahre.
- (5) ¹Die Kosten des Pflegequalitätsausschusses unter Einschluss der von ihm zu tragenden Kosten des Instituts nach § 118b mit Ausnahme der Kosten der von den Organisationen nach Absatz 2 benannten Mitglieder sind Verwaltungskosten der Pflegekassen und werden von diesen nach dem Verhältnis ihrer Beitragseinnahmen gemeinsam getragen; §§ 66 – 68 geltend auch in Bezug auf diese Kosten. ²Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erhebt die erforderlichen Mittel bei den Pflegekassen und stellt diese dem Pflegequalitätsausschuss im Voraus zur Verfügung. ³Die Mittel müssen so bemessen sein, dass dem Pflegequalitätsausschuss die Erfüllung seiner gesetzlichen Aufgaben jederzeit möglich ist. ⁴Über die Erhebung der Mittel schließt der Spitzenverband Bund eine vertragliche Vereinbarung mit den Pflegekassen. ⁵Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich mit einem Anteil von 10 vom Hundert an den Aufwendungen nach Satz 1. ⁶Der Finanzierungsanteil, der auf die privaten Versicherungsunternehmen entfällt, kann von dem Verband der privaten

Krankenversicherung e. V. unmittelbar an den Spitzenverband Bund der Pflegekassen geleistet werden.

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

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

²Die Geschäftsordnung bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.

³Soweit bis zum _____ kein Beschluss über eine Geschäftsordnung gefasst ist, wird das Bundesministerium für Gesundheit ermächtigt, die Regelungen nach Satz 1 durch Rechtsverordnung festzulegen.

(7) Die Beschlüsse des Pflegequalitätsausschusses sind für alle Pflegekassen und deren Verbände, für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen sowie für den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. unmittelbar verbindlich.

(8) Der Pflegequalitätsausschuss hat seine Richtlinien regelmäßig an den medizinisch-pflegefachlichen Fortschritt anzupassen.

(9) ¹Das Beschlussgremium des Pflegequalitätsausschusses nach Absatz 2 fasst seine Beschlüsse mit der Mehrheit seiner Mitglieder, sofern die Geschäftsordnung nichts anderes bestimmt.

²Halten der Vorsitzende und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder einen Beschlussvorschlag einheitlich für nicht sachgerecht, können sie dem Beschlussgremium gemeinsam einen eigenen Beschlussvorschlag vorlegen. ³Das Beschlussgremium hat diesen Vorschlag bei seiner Entscheidung zu berücksichtigen. ⁴Die Beratungen des Pflegequalitätsausschusses, insbesondere auch die Beratungen in den vorbereitenden Gremien, sind einschließlich der Beratungsunterlagen und Niederschriften vertraulich.

(10) Die Aufsicht über den Pflegequalitätsausschuss führt das Bundesministerium für Gesundheit. Die §§ 67, 88 und 89 des Vierten Buches gelten entsprechend.“

Begründung:

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

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

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

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

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

118 i.d.F dieses Entwurfs gegenüber dem heutigen Zustand weitergehende Mitwirkungsrechte eingeräumt.

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

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

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

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

Bereits heute enthält die Regelungen nach § 113 Abs. 1 Satz 3 SGB XI eine Allgemeinverbindlicherklärung. Die Erfüllung eingeführter Expertenstandards ist Voraussetzung für den Abschluss und die Aufrechterhalten des Versorgungsvertrages gem. § 72 SGB XI. Das Modell der Allgemeinverbindlicherklärung wird gem. Abs. 7 auf alle Beschlüsse des Pflegequalitätsausschusses erstreckt; dies entspricht dem Modell des § 91 Abs. 6 SGB V. Anders als in § 91 Abs. 6 SGB V ist jedoch keine Erstreckung der Verbindlichkeit für die Versicherten erforderlich.

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

Zu Abs. 9:

Die Entscheidungsstruktur des Pflegequalitätsausschusses entspricht in vielen Teilen § 91 Abs. 7 SGB V. Sie deckt sich vor allem mit § 113b Abs. 3 Satz 3 SGB XI bisheriger Fassung.

Zu Abs. 10:

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

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

„§ 112b Wirksamwerden der Beschlüsse des Pflegequalitätsausschusses

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

Begründung:

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

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

8. § 113 wird wie folgt gefasst:

„§ 113 Richtlinien zu Qualität, Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement

(1) ¹Der Pflegequalitätsausschuss nach § 112a beschließt für die Durchführung der ambulanten und stationären Pflege jeweils Richtlinien für die Qualität, Qualitätssicherung und Qualitätsdarstellung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements, das auf eine stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität ausgerichtet ist. ²Die Richtlinien sind in regelmäßigen Abständen an den medizinisch-pflegefachlichen Fortschritt anzupassen.

(2) ¹In den Richtlinien nach Absatz 1 sind insbesondere auch Anforderungen zu regeln

- 1. an eine praxistaugliche, den Pflegeprozess unterstützende und die Pflegequalität fördernde Pflegedokumentation, die über ein für die Pflegeeinrichtungen vertretbares und wirtschaftliches Maß nicht hinausgehen dürfen,*
- 2. an Sachverständige und Prüfinstitutionen nach § 114 Abs. 4 im Hinblick auf ihre Zuverlässigkeit, Unabhängigkeit und Qualifikation sowie*
- 3. an die methodische Verlässlichkeit von Zertifizierungs- und Prüfverfahren nach § 114 Abs. 4, die den jeweils geltenden Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität entsprechen müssen.*
- 4. an ein indikatorengestütztes Verfahren zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität im stationären Bereich, das auf der Grundlage einer strukturierten Datenerhebung im Rahmen des internen Qualitätsmanagements eine Qualitätsberichterstattung und die externe Qualitätsprüfung ermöglicht; dabei sind insbesondere die Indikatoren, das Datenerhebungsinstrument sowie die bundesweiten Verfahren für die Übermittlung, Auswertung und Bewertung der Daten sowie die extern durchzuführende Prüfung der Daten auf Plausibilität festzulegen.*

²In den Richtlinien nach Satz 1 Nummer 4 sind die datenschutzrechtlichen Bestimmungen zu beachten.

(3) ¹Die Richtlinien für die stationäre Pflege sind bis zum 30. Juni 2017, die Richtlinien für die ambulante Pflege bis zum 30. Juni 2018 zu beschließen. ²Bestehende Vereinbarungen nach § 113 Abs. 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der Fassung des Art. 1 des Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung vom 23. Oktober 2012 gelten bis zum Inkrafttreten der Richtlinien fort.“

Begründung:

§ 113 kann nach dem hier vertretenen Modell erheblich gekürzt und übersichtlicher gestaltet werden. Sämtliche Beteiligungsregelungen sind in § 118 n.F. und § 118a abgebildet. Abs. 3 gewährleistet im Übrigen die Fortgeltung der bisher durch die Schiedsstelle gem. § 113b festgesetzten MuG für die ambulante Pflege und für die vollstationäre Dauerpflege. Zur Klarstellung sei vermerkt, dass die Formulierung in Abs. 1 Satz 1 nicht verbietet, für die teilstationäre Pflege, die Kurzzeitpflege und die vollstationäre Dauerpflege unterschiedliche Richtlinien zu schaffen.

Abs. 2 Satz 1 Nummer 4 entspricht im Wesentlichen § 113 Abs. 1a Satz 2 in der Fassung des Kabinettsentwurfs des PSG II. Da die Darstellung der Ergebnisqualität auf der Grundlage des indikatorengestützten Verfahrens grundsätzlich auf einer internen Vollerhebung erfolgen wird, kann jedoch nicht die Erhebung sämtlicher Daten kontrolliert werden. Zweck der Kontrolle ist die Überprüfung, ob die Einrichtung die Indikatoren und die zu vereinbarenden Grundsätze der Datenerhebung und der Auswertung richtig angewendet hat, also eine Prüfung der Plausibilität. Wie dies auch sonst bei Qualitätsprüfungen der Fall ist, kann dies, wenn kein ausufernder Verwaltungsaufwand entstehen soll, z.B. mittels einer repräsentativen Stichprobe geprüft werden. Die Festlegung der Instrumente zur Prüfung der Plausibilität soll Gegenstand der Richtlinien sein.

9. § 113a wird wie folgt gefasst:

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

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

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

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

- (3) Die Expertenstandards sind im Bundesanzeiger zu veröffentlichen. Sie sind für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich. Die Vertragsparteien untereinander unterstützendie Einführung der Expertenstandards in die Praxis.

Begründung:

Die Regelungskompetenz der Gemeinsamen Selbstverwaltung durch Vereinbarung wird in die Kompetenz des Pflegequalitätsausschusses überführt. Die Beteiligungsrechte dritter Organisationen sind in § 118 n.F. und § 118 a abgebildet. Im Übrigen bleibt die bisherige Regelung inhaltlich unverändert. Die Regelung zu § 113 a Abs. 4 ist jedoch dann überflüssig, wenn sie wie hier in § 112a Abs. 5 aufgeht.

10. § 114 erhält folgende Fassung:

- (1) ¹Zur Durchführung einer Qualitätsprüfung erteilen die Landesverbände der Pflegekassen dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, dem Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. im Umfang von 10 Prozent der in einem Jahr anfallenden Prüfaufträge oder den von ihnen bestellten Sachverständigen einen Prüfauftrag. ²Der Prüfauftrag enthält Angaben zur Prüffart, zum Prüfgegenstand und zum Prüfungsumfang. ³Die Prüfung erfolgt als Regelprüfung, Anlassprüfung oder Wiederholungsprüfung. ⁴Die Pflegeeinrichtungen haben die ordnungsgemäße Durchführung der Prüfungen zu ermöglichen.
- (2) ¹Die Landesverbände der Pflegekassen veranlassen in zugelassenen Pflegeeinrichtungen bis zum 31. Dezember 2010 mindestens einmal und ab dem Jahre 2011 regelmäßig im Abstand von höchstens einem Jahr eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. oder durch von ihnen bestellte Sachverständige (Regelprüfung). ²Zu prüfen ist, ob die Qualitätsanforderungen nach diesem Buch, Richtlinien des Pflegequalitätsausschusses und den nach diesem Buch abgeschlossenen vertraglichen Vereinbarungen erfüllt sind. ³Die Regelprüfung erfasst insbesondere wesentliche Aspekte des Pflegezustandes und die Wirksamkeit der Pflege- und Betreuungsmaßnahmen (Ergebnisqualität). ⁴Sie kann auch auf die unmittelbaren Rahmenbedingungen der Leistungserbringung (Strukturqualität) erstreckt werden. ⁵Der Ablauf, die Durchführung und die Evaluation der Leistungserbringung (Prozessqualität) ist nur Gegenstand der Regelprüfung, soweit dies in Absatz 2a bestimmt ist. ⁶Die Regelprüfung bezieht sich auf die Qualität der allgemeinen Pflegeleistungen, der medizinischen Behandlungspflege, der sozialen Betreuung einschließlich der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung im Sinne des § 87b, der Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung (§ 87), der Zusatzleistungen (§ 88) und der nach § 37 des Fünften

Buches erbrachten Leistungen der häuslichen Krankenpflege. ⁶Sie umfasst auch die Abrechnung der genannten Leistungen. ⁷Zu prüfen ist auch, ob die Versorgung der Pflegebedürftigen den Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention nach § 23 Absatz 1 des Infektionsschutzgesetzes entspricht.

(2a) ¹Ab Inkrafttreten der Qualitätsdarstellungsvereinbarung nach § 115 Absatz 1a Satz 2 für den stationären Bereich auf der Grundlage des Indikatoren gestützten Verfahrens zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität nach § 113 Absatz 1a Satz 1 ist im Rahmen der Regelprüfung auch eine Plausibilitätsprüfung darauf durchzuführen, ob die Einrichtung die Indikatoren richtig angewendet und die nach § 113 beschlossenen Richtlinien über die Datenerhebung, Auswertung und Bewertung der Daten eingehalten hat ²Soweit sich bei der Prüfung Anhaltspunkte für eine Abweichung von den Richtlinien nach § 113 ergeben, hören die Landesverbände der Pflegekassen die Einrichtung zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts mit angemessener Frist zur Stellungnahme an. ³Bestehen die Anhaltspunkte für eine Abweichung auch nach Abschluss des Anhörungsverfahrens fort, erfolgt für die Bereiche, in denen abgewichen wurde, eine vollständige Prüfung der Ergebnisqualität; Absatz 4 gilt entsprechend. Eine Prüfung der Prozessqualität im Rahmen der Regelprüfung erfolgt nur für die Bereiche, für die keine Indikatoren festgelegt sind oder die Ergebnisqualität unter dem Durchschnitt liegt.

(3) Die Landesverbände der Pflegekassen haben im Rahmen der Zusammenarbeit mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden (§ 117) vor einer Regelprüfung insbesondere zu erfragen, ob Qualitätsanforderungen nach diesem Buch und den auf seiner Grundlage abgeschlossenen vertraglichen Vereinbarungen in einer Prüfung der nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörde oder in einem nach Landesrecht durchgeführten Prüfverfahren berücksichtigt worden sind. Hierzu können auch Vereinbarungen auf Landesebene zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen und den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden sowie den für weitere Prüfverfahren zuständigen Aufsichtsbehörden getroffen werden. Um Doppelprüfungen zu vermeiden, haben die Landesverbände der Pflegekassen den Prüfumfang der Regelprüfung in angemessener Weise zu verringern, wenn

1. die Prüfungen nicht länger als neun Monate zurückliegen,
2. die Prüfergebnisse nach pflegefachlichen Kriterien den Ergebnissen einer Regelprüfung gleichwertig sind und
3. die Veröffentlichung der von den Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität gemäß § 115 Absatz 1a gewährleistet ist.

Die Pflegeeinrichtung kann verlangen, dass von einer Verringerung der Prüfpflicht abgesehen wird.

(4) Bei sachlich begründeten Hinweisen auf eine nicht fachgerechte Pflege bei Pflegebedürftigen ist eine Anlassprüfung durchzuführen. Ergeben sich im Rahmen einer Anlass-, Regel- oder Wiederholungsprüfung solche Hinweise, auf die sich die Prüfung nicht erstreckt, ist die Anlass-, Regel- oder Wiederholungsprüfung insgesamt als Anlassprüfung durchzuführen. Zur Durchführung dieser Anlassprüfung erteilen die Landesverbände der Pflegekassen dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen und dem Prüfdienst des Verbands der privaten Krankenversicherung e.V. einen neuen Prüfauftrag. Der Prüfauftrag enthält Angaben zur Prüffart, zum Prüfgegenstand und zum Prüfumfang. Dabei sind insbesondere die Anhaltspunkte für eine nicht fachgerechte Pflege konkret und begründet schriftlich darzulegen. Im Zusammenhang mit einer zuvor durchgeführten Regel- oder Anlassprüfung kann von den Landesverbänden der Pflegekassen eine Wiederholungsprüfung veranlasst werden, um zu überprüfen, ob die

festgestellten Qualitätsmängel durch die nach § 115 Abs. 2 angeordneten Maßnahmen beseitigt worden sind“

Begründung:

Die BAGFW ist der Ansicht, dass Inhalt und Umfang der Qualitätsprüfungen in stationären Einrichtungen an die durch § 113 Abs. 1a SGB XI in der Fassung des Kabinettsentwurfs geänderten Rahmenbedingungen anzupassen sind. Grundlage der Qualitätsdarstellung ist die Datenerhebung durch die Einrichtung selbst im Rahmen ihres internen Qualitätsmanagements. Folglich sollte zunächst Gegenstand der Qualitätsprüfung die korrekte Anwendung der Richtlinien nach § 113 Abs. 1a SGB XI sein. Die Überprüfung erfolgt nach der in den Vereinbarungen nach § 113 Abs. 1a SGB XI festgelegten Stichprobe. Ergeben sich aus dieser Überprüfung Unstimmigkeiten, sind diese zunächst im Rahmen eines § 24 SGB X entsprechenden Anhörungsverfahrens zu überprüfen. Bestehen die Anhaltspunkte für eine fehlerhafte Anwendung der Vereinbarungen nach § 113 Abs. 1a SGB XI durch die Einrichtung auch nach der Anhörung fort, gibt dies Anlass für eine Abs. 4 (Anlassprüfung) entsprechende externe Vollüberprüfung der Ergebnisqualität. Dies regeln die Sätze 1 – 3 des von der BAGFW vorgeschlagenen § 114 Abs. 2a. Darüber hinaus ist der vorsätzlich mit dem Ziel der falschen Qualitätsdarstellung erfolgte schwerwiegende Verstoß gegen die Vereinbarungen nach § 113 Abs. 1a SGB XI nach dem Vorschlag der BAGFW als Grund für die Beendigung des Versorgungsvertrages ausgestaltet (s. Änderung zu § 74).

Zum anderen ist im Kabinettsentwurf des PSG II keine präzisierende Aussage zur Prüfung der Struktur- und der Prozessqualität enthalten; vielmehr soll es dabei bleiben, dass sich der Prüfauftrag auf die Struktur- und die Prozessqualität nach § 114 Abs. 1 Satz 4 SGB XI erstrecken kann, also Ermessen der Landesverbände der Pflegekassen besteht. Nach Ansicht der BAGFW lässt eine bei der gebotenen vergleichenden Betrachtung mindestens durchschnittliche Durchschnittsqualität eine Reduktion der Prüfung insoweit zu, die Überprüfung der Prozessqualität entfallen kann. Die Möglichkeit der Überprüfung der Prozessqualität bleibt bei einem konkreten Anlass im Rahmen der Anlassprüfung bestehen; sie ist ebenso angezeigt, wenn und soweit die Ergebnisse in einem Bereich, für den Indikatoren festgelegt sind, unterdurchschnittlich sind.

Gibt es im Rahmen einer Anlass-, Regel- oder Wiederholungsprüfung sachlich begründete Hinweise auf eine nicht fachgerechte Pflege bei Pflegebedürftigen, auf die sich die Prüfung nicht erstreckt, ist die Anlass-, Regel- oder Wiederholungsprüfung als Anlassprüfung durchzuführen. Zur Durchführung dieser Anlassprüfung erteilen die Landesverbände der Pflegekassen dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen und dem Prüfdienst des Verbands der privaten Krankenversicherung e.V. einen neuen Prüfauftrag. Der Prüfauftrag enthält Angaben zur Prüfarm, zum Prüfgegenstand und zum Prüfungsumfang. Dabei sind insbesondere die Anhaltspunkte für eine nicht fachgerechte Pflege konkret und begründet schriftlich darzulegen.

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

„¹Der Pflegequalitätsausschuss nach § 112a beschließt zur verfahrensrechtlichen Konkretisierung und unter Beachtung der Richtlinien nach § 113 auch Richtlinien über die Durchführung der Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 sowohl für den ambulanten als auch für den stationären Bereich. ²Die Richtlinien für den stationären Bereich sind bis zum 31. Oktober 2017, die Richtlinien für den ambulanten Bereich bis zum 31. Oktober 2018 zu beschließen. ³Sie treten jeweils gleichzeitig mit der entsprechenden Richtlinie über die Qualitätsdarstellung nach § 115 Absatz 1a in Kraft.

Begründung:

Die Regelung bringt eine inhaltliche Veränderung insoweit, als die Kompetenz für die Schaffung der QPR in die Richtlinienkompetenz des Pflegequalitätsausschusses überführt wird. Bislang ist immer streitig gewesen, ob die QPR aufgrund der Genehmigungspflicht durch das BMG und die Einbeziehung der Verbände der Leistungserbringer vor Beschluss der QPR außenwirksames Recht geworden sind oder noch Verwaltungsbinnenrecht darstellen. Dieser Streit wird durch die Überführung aufgelöst. Streitigkeiten über die Vereinbarkeit der QPR mit den Richtlinien zur Veröffentlichung der Prüfberichte bzw. den PTVen und den MuG bzw. nach dem Modell der BAG FW mit den entsprechenden Richtlinien des Pflegequalitätsausschusses können vermieden werden, wenn auch die Beschlussfassung über die QPR in die Hände derselben normsetzenden Körperschaft der Selbstverwaltung gelegt werden. Auf diese Weise ist gewährleistet, dass die QPR die weiteren Richtlinien konkretisieren und nicht konterkarieren. Zugleich stellt der Entwurf – insoweit in Übereinstimmung mit dem Regierungsentwurf des PSG II – klar, dass Aufgabe der Richtlinien nach § 114a Absatz 7 nicht die Beschreibung zusätzlicher Anforderungen an die Qualität selbst, sondern des Verfahrens der Qualitätsprüfung ist.

13. § 115 Abs. 1a erhält folgende Fassung:

„¹Die Landesverbände der Pflegekassen stellen sicher, dass die von Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen verständlich, übersichtlich und vergleichbar sowohl im Internet als auch in anderer geeigneter Form kostenfrei veröffentlicht werden. ²Der Pflegequalitätsausschuss nach § 112a beschließt in Richtlinien, wie die vergleichende Messung der Ergebnisqualität zu diesem Zweck dargestellt und um welche weitere Informationen die Darstellung ergänzt wird. Die Richtlinie umfasst auch die Bewertungssystematik (Qualitätsdarstellungs-Richtlinien). ⁵Bei Anlassprüfungen nach § 114 Absatz 4 bilden die Prüfergebnisse aller in die Prüfung einbezogenen Pflegebedürftigen die Grundlage für die Bewertung und Darstellung der Qualität. ⁶Personenbezogene Daten sind zu anonymisieren. ⁷Ergebnisse von Wiederholungsprüfungen sind zeitnah zu berücksichtigen. ⁸Bei der Darstellung der Qualität ist die Art der Prüfung als Anlass-, Regel- oder Wiederholungsprüfung kenntlich zu machen. ⁹Das Datum der letzten Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder durch den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V., eine Einordnung des Prüfergebnisses nach einer Bewertungssystematik sowie eine Zusammenfassung der Prüfergebnisse sind an gut sichtbarer Stelle in jeder Pflegeeinrichtung auszuhängen. ¹⁰Die Qualitätsdarstellungs-Richtlinien für den stationären Bereich sind bis zum 31. Dezember 2017 und für den ambulanten Bereich bis zum 31. Dezember 2018 zu beschließen. ¹¹Sie sind an den medizinisch- pflegfachlichen Fortschritt anzupassen. ¹²Bei Inkrafttreten dieses Gesetzes geltende Pflege-Transparenzvereinbarungen (PTV) gelten bis zum Inkrafttreten der jeweiligen Richtlinien mit der Maßgabe fort, dass jeweils Anlage 2 Ziffer 2.3. (Gesamtbewertung) keine Anwendung finden.“

Begründung:

In Zukunft soll die Veröffentlichung der Prüfergebnisse nicht mehr auf der Grundlage der jetzt geltenden Pflege-Transparenzvereinbarungen erfolgen, sondern nach Maßgabe von Richtlinien, die durch den Pflegequalitätsausschuss nach § 112a beschlossen werden. Bis zum Inkrafttreten dieser Richtlinien sollen die bei Inkrafttreten des PSG II geltenden Pflege-Transparenzvereinbarungen fortgelten, allerdings mit der Maßgabe, dass die Gesamtbewertung nicht mehr veröffentlicht wird, wie dies zunächst auch im Arbeitsentwurf des PSG II vorgesehen war. Die künftige Darstellung der Ergebnisqualität erfolgt dann auf der Grundlage des indikatorengestützten Verfahrens zur vergleichenden Messung. Aufgabe der Qualitätsdarstellungs-Richtlinien ist es, zu regeln, welche zusätzlichen Informationen neben den gewonnenen Ergebnissen der Indikatoren veröffentlicht werden und in welcher Weise und Form die Veröffentlichung erfolgen soll.

12. § 117 Absatz 2 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

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

Begründung:

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

13. § 118 wird wie folgt gefasst:

„§ 118 Beteiligungsrechte von Organisationen pflegebedürftiger und behinderter Menschen

(1) Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen, die nach der Verordnung nach Abs. 6 anerkannt sind, wirken nach den folgenden Absätzen an den Beschlüssen nach diesem Kapitel mit.

(2) ¹Die Organisationen nach Abs. 1 sind an Beschlüssen zu Richtlinien nach § 113 Absatz 1, über die Einführung, den Auftrag zur Entwicklung oder die Aktualisierung von Expertenstandards nach § 113a Absatz 1, den Richtlinien nach § 114a Absatz 7 sowie zu Richtlinien nach § 115 Absatz 1a frühzeitig zu beteiligen. Ihnen ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. ²Folgt

der Pflegequalitätsausschuss einem im Rahmen der Beteiligung schriftlich vorgebrachten Anliegen einer Organisation nach Absatz 1 nicht, sind ihr auf Verlangen die Gründe dafür schriftlich mitzuteilen.

- (3) ¹Die Organisationen nach Absatz 1 erhalten im Pflegequalitätsausschuss nach § 112a ein Mitberatungsrecht; die Organisationen benennen hierzu einvernehmlich sachkundige Personen. ²Das Mitberatungsrecht beinhaltet auch das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung. ³Die Zahl der sachkundigen Personen soll höchstens der Zahl der von dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen entsandten Mitglieder in diesem Gremium entsprechen. ⁴Die sachkundigen Personen erhalten vom Pflegequalitätsausschuss Reisekosten nach dem Bundesreisekostengesetz oder nach den Vorschriften des Landes über Reisekostenvergütung, Ersatz des Verdienstauffalls in entsprechender Anwendung des § 41 Absatz 2 des Vierten Buches sowie einen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe eines Fünfzigstels der monatlichen Bezugsgröße (§ 18 des Vierten Buches) für jeden Kalendertag einer Sitzung.
- (4) ¹Bei Beschlüssen des Pflegequalitätsausschusses nach §§ 113 Absatz 1, § 113a Absatz 1 erhalten die Organisationen nach Absatz 1 das Recht, Anträge zu stellen. ²Der Pflegequalitätsausschuss hat über Anträge der Organisationen in der nächsten Sitzung des Gremiums zu beraten. ³Wenn über einen Antrag nicht entschieden werden kann, soll in der Sitzung das Verfahren hinsichtlich der weiteren Beratung und Entscheidung festgelegt werden.
- (5) Bei Erarbeitung oder Änderung der in § 17 Absatz 1, den §§ 18b, 45a Absatz 2 Satz 3, § 45b Absatz 1 Satz 4 vorgesehenen Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen wirken die Organisationen nach Abs. 1 nach Maßgabe der Verordnung nach Absatz 6 beratend mit.
- (6) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Einzelheiten für die Voraussetzungen der Anerkennung der für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene, insbesondere zu den Erfordernissen an die Organisationsform und die Offenlegung der Finanzierung, festzulegen.“

Begründung:

Mit der Regelung werden die bisherigen Beteiligungsrechte der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen gestärkt. Wie die Patientenvertretung nach § 140 f SGB V erhalten die Organisationen ein eigenes Antragsrecht (Abs. 4) und können nach den hier vorgeschlagenen Verfahrensregelungen auch eine rasche Befassung mit Anträgen beanspruchen. Außerdem erhalten die Organisationen nach Abs. 3 über die bisherigen Rechte hinaus ein Mitberatungsrecht durch höchstens zehn sachkundige, von ihnen zu benennende Vertreter. Die Anerkennung der maßgeblichen Organisationen erfolgt wie bisher auf der Grundlage einer Verordnung, sodass insoweit die Pflegebedürftigenbeteiligungsverordnung weitergeführt werden kann.

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

„§ 118a Beteiligung weiterer Organisationen

- (1) ¹Bei Beschlüssen des Pflegequalitätsausschusses nach § 113 Absatz 1, § 113a Absatz 1 und § 115 Abs. 1a sind auch der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene frühzeitig zu beteiligen. ²Bei Beschlüssen des Pflegequalitätsausschusses nach § 113 Absatz 1, § 113a Absatz 1 ist auch das [Institut] nach § 118b zu beteiligen; weitere unabhängige Sachverständige können beteiligt werden. ³Jeder zu Beteiligende kann auch vorschlagen, zu welchen Themen Expertenstandards entwickelt werden sollen.*
- (2) Bei Beschlüssen nach § 114a Absatz 7 sind der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. frühzeitig zu beteiligen.*
- (3) Bei Beschlüssen des Pflegequalitätsausschusses nach § 115 Absatz 1a Satz 10 sind auch unabhängige Verbraucherorganisationen auf Bundesebene frühzeitig zu beteiligen.*
- (4) Bei Beschlüssen des Pflegequalitätsausschusses, die die Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener oder personenbeziehbarer Daten regeln oder voraussetzen, ist der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit zu beteiligen.*
- (5) ¹Den nach Absätzen 1 bis 4 zu beteiligenden Organisationen ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. ²Der Pflegequalitätsausschuss hat Stellungnahmen der beteiligten Organisationen in seine Entscheidungen einzubeziehen.*

Begründung:

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

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

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

- (1) Der Pflegequalitätsausschuss nach § 112a gründet ein fachlich unabhängiges, rechtsfähiges, wissenschaftliches Institut für Qualität in der Pflege und ist dessen Träger. Das Institut kann auch in der Rechtsform einer Stiftung des Privatrechts betrieben werden. Für das Institut ist ein fachlicher Leiter zu bestellen, der Vertreter der Pflegewissenschaften ist.*
- (2) Das Institut wird zu Fragen von grundsätzlicher Bedeutung für die Qualität und Qualitätssicherung der im Rahmen der gesetzlichen Pflegeversicherung erbrachten Leistungen der sozialen Pflegeversicherung insbesondere auf folgenden Gebieten tätig: [...]*

1. Erarbeitung und Weiterentwicklung von indikatorengestützten Verfahren zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität,
2. Weiterentwicklung einer praxistauglichen, den Pflegeprozess unterstützenden und die Pflegequalität fördernden Pflegedokumentation auf der Grundlage vorhandener Strukturmodelle,
3. Recherche, Darstellung und Bewertung des aktuellen medizinischen-pflegerischen Wissensstandes zu Maßnahmen der Pflege und Betreuung, sowie
4. Entwicklung und Aktualisierung wissenschaftlich fundierter und fachlich abgestimmter Expertenstandards.

(3) ¹Das Institut wird im Auftrag des Pflegequalitätsausschusses tätig. Das Bundesministerium für Gesundheit kann das Institut beauftragen, soweit es die Finanzierung der Bearbeitung des Auftrags übernimmt. ²Im Übrigen werden die Kosten des Instituts von dem Pflegequalitätsausschuss getragen.

(4) ¹Das Institut hat bei Tätigkeiten nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 bis 4 geeigneten Sachverständigen der Pflegewissenschaft Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. ²Es kann, soweit ein Auftrag nach Absatz 3 erteilt wurde, wissenschaftliche Forschungsaufträge an externe Sachverständige vergeben.

(5) ¹Das Institut leitet die Arbeitsergebnisse der Aufträge nach Absatz 2 dem Pflegequalitätsausschuss als Empfehlungen zu. ²Der Pflegequalitätsausschuss hat die Empfehlungen im Rahmen seiner Aufgabenstellung zu berücksichtigen. ³Die Kompetenzen des Pflegequalitätsausschusses nach diesem Gesetz bleiben im Übrigen unberührt.

(6) Das Institut hat in regelmäßigen Abständen über die Arbeitsprozesse und -ergebnisse öffentlich zu berichten.“

Begründung:

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

Das Institut ist fachlich unabhängig und selbst rechtsfähig, auch wenn es in Trägerschaft des Qualitätsausschusses errichtet wird. Idealerweise wird es in der Rechtsform einer Stiftung betrieben, wie dies u.a. auch von der Buko-QS vorgeschlagen wurde.

Die Aufgaben des Instituts werden - nicht enumerativ-abschließend, sondern beispielhaft – in Abs. 2 aufgeführt. In erster Linie geht es dabei darum, dass das Institut die Vorschläge und

Empfehlungen für die Wahrnehmung der Aufgaben des Pflegequalitätsausschusses entwickelt, weil dort v.a. das pflegfachliche Expertenwissen gebündelt werden soll.

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

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

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

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