

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0131(22)
gel VB zur öAnhörung am 30.09.
15_PSGII
29.09.2015



Stellungnahme

des Sozialverbands VdK Deutschland e.V.

zum

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

(Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II)

Sozialverband VdK Deutschland e.V.

Linienstraße 131

10115 Berlin

Telefon: 030 9210580- 300

Telefax: 030 9210580- 310

e-mail: christen@vdk.de

Berlin, den 28. September 2015

I Zielsetzung und Bewertung des Gesetzentwurfs

Mit dem zweiten Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (PSG II) will der Gesetzgeber die langjährigen Diskussionen zur Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes abschließen. Der derzeitige Pflegebedürftigkeitsbegriff steht seit seiner Einführung in der Kritik, weil er nicht ausreichend pflegefachlich fundiert, defizitorientiert und vorrangig auf Alltagsverrichtungen in den Bereichen Mobilität, Ernährung, Körperpflege und hauswirtschaftliche Versorgung ausgerichtet sei, die bei Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen häufiger vorkämen und bei diesen oft ausgeprägter seien als bei Menschen mit kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen.

Dem entsprechend würden kognitive und psychische Beeinträchtigungen (z. B. kognitive und kommunikative Fähigkeiten oder bestimmte Verhaltensweisen und psychische Problemlagen) bisher in der Begutachtung nicht oder nicht ausreichend berücksichtigt. Dies führe dazu, dass Menschen mit kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen seltener höhere Pflegestufen erreichen als Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen und damit bislang im Vergleich niedrigere Sach- und Geldleistungen erhalten.

Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz sollen die Pflegeversicherung und die pflegerische Versorgung durch einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein neues Begutachtungsassessment (NBA) auf eine neue pflegefachliche Grundlage gestellt werden. Erstmals sollen damit alle für die Feststellung von Pflegebedürftigkeit relevanten Kriterien in einer für alle Pflegebedürftigen einheitlichen Systematik erfasst werden.

Die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wird einen Perspektivwechsel in der pflegerischen Versorgung erfordern. Hierzu und zur Stärkung individueller Ressourcen von Pflegebedürftigen wird im Rahmen des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes auch das Leistungsgeschehen der Pflegeversicherung weiterentwickelt. Die besonderen Leistungen für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz sollen dabei unter Beibehaltung des Leistungsni-

veaus in das Regelleistungsrecht übernommen werden. Dies erfordert entsprechende Anpassungen im Vertrags- und Vergütungsrecht durch die Akteure der Selbstverwaltung, einschließlich der privaten Versicherungsunternehmen, die die freiwillige, insbesondere auch staatlich geförderte Pflegevorsorge anbieten.

Der Sozialverband VdK fordert seit vielen Jahren endlich die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes. Zwanzig Jahre nach Einführung der Pflegeversicherung ist es dringend notwendig, die Fehlsteuerungen, die durch den alten Pflegebedürftigkeitsbegriff entstanden sind, zu beseitigen und ihre Inhalte an die Anforderungen der Zukunft anzupassen. Die Pflege und die pflegebedürftigen Menschen benötigen einen Paradigmenwechsel, damit eine menschenwürdigere, individuell passendere und effizientere Ausgestaltung von Hilfe- und Unterstützungsbedarfen für pflegebedürftige Menschen und ihrer Angehörigen möglich wird. **Vor diesem Hintergrund ist die Einführung eines neuen Pflegebegriffes alternativlos.** Bisher prüft der Medizinische Dienst der Krankenkassen, was der Pflegebedürftige nicht mehr kann und leitet daraus den Unterstützungsbedarf und die Einordnung in eine der drei Pflegestufen ab. Bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit wird bisher zwischen körperlichen, geistigen und psychischen Beeinträchtigungen unterschieden. Der bisherige Pflegebegriff begrenzt Pflegebedürftigkeit rein auf somatische Beeinträchtigungen und begutachtet ausgewählte Alltagsverrichtungen. Mit der engen, verrichtungsbezogenen und einseitig auf körperliche Beeinträchtigungen ausgerichteten Definition von Pflegebedürftigkeit im SGB XI werden zentrale Lebensbereiche und Aktivitäten, wie z.B. die Gestaltung von sozialen Kontakten, ausgeblendet.

Mit dem neuen NBA wird gemessen, was der Pflegebedürftige noch kann. Erfasst wird der Grad der Selbstständigkeit einer Person bei Aktivitäten in insgesamt sechs pflegerelevanten Bereichen wie z. B. kognitive und kommunikative Fähigkeiten oder der Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen. Das Instrument berücksichtigt damit auch den besonderen Hilfe- und

Betreuungsbedarf von Menschen mit kognitiven oder psychischen Einschränkungen, was bisher nicht möglich war. Aus den Ergebnissen der Prüfung ergibt sich die Einordnung in einen der fünf Pflegegrade. Für die Bestimmung des Pflegegrades sind nach dem neuen Verfahren 6 Bereiche relevant: Mobilität; Kognitive und kommunikative Fähigkeiten; Verhaltensweisen und psychische Problemlagen; Selbstversorgung; Umgang mit Krankheits-/therapiebedingten Anforderungen und Belastungen sowie Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte. Jeder dieser Bereiche umfasst mehrere Teilaspekte. Das führt zu einer wesentlich detaillierteren Einschätzung des Pflegebedarfs. Das NBA leistet somit aufgrund seiner umfassenden und differenzierten Erhebung der relevanten somatischen, kognitiven, kommunikativen, psychosozialen Fähigkeiten und Kompetenzen zur Krankheitsbewältigung einen wichtigen Beitrag zur Erfassung von Potenzialen und Ressourcen, um ein möglichst hohen Grad an Selbständigkeit zu bewahren und wiederzugewinnen. Damit wird auch dem vorrangigen Ziel entsprochen, dass der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff dem besonderen Hilfs- und Betreuungsbedarf von Menschen mit psychischen und kognitiven Einschränkungen, wie z.B. Demenzkranken, besser gerecht wird.

Vor diesem Hintergrund begrüßt der Sozialverband VdK sehr das Hauptanliegen des vorliegenden Referentenentwurfs bzgl. der Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs.

Zudem werden die **Vorschriften zur Sicherung und Entwicklung der Qualität in der Pflege ergänzt und neu strukturiert**. Damit werden die Bereiche Qualitätssicherung, Qualitätsmessung und Qualitätsdarstellung weiterentwickelt und durch eine Neustrukturierung der Pflege-Selbstverwaltung auf Bundesebene die Entscheidungsfindung zur konkretisierenden Regelung dieser Bereiche beschleunigt. Der mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz von 2008 eingeleitete Prozess der Nachhaltigkeit in der Qualitätsentwicklung wird durch die Schaffung neuer Instrumente und Verfahren fortgesetzt. Die Neuregelungen zur Qualität und Qualitätssicherung entsprechen auch dem Koalitionswillen, Qualitätssicherungsverfahren auf Grundlage wissenschaftlicher Standards zu schaf-

fen, die Transparenz von Pflegequalität weiterzuentwickeln sowie die Entscheidungsstrukturen der Selbstverwaltungspartner zu straffen. Die wesentliche Neuregelung ist die Umgestaltung der bisherigen Schiedsstelle zu einem **entscheidungsfähigen Qualitätsausschuss**, der von einer auch wissenschaftlich qualifizierten Geschäftsstelle unterstützt wird. Dies dient insbesondere zur fachlichen Verstärkung der Themen Qualitätssicherung, Qualitätsmessung und Qualitätsdarstellung. In den neu geschaffenen Strukturen werden alle Akteure eingebunden, und der Pflegebereich als Branche wird – auch in der öffentlichen Wahrnehmung – aufgewertet.

Diesbezüglich begrüßt der Sozialverband VdK grundsätzlich alle Bemühungen, die Weiterentwicklung der Messung und Darstellung von Pflegequalität politisch zu forcieren. Allerdings möchten wir schon an dieser Stelle darauf hinweisen, dass wir den **Gesetzentwurf** diesbezüglich an der **entscheidenden Stelle für inkonsequent und zu kurz gedacht halten**. Zwar werden den maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen durchaus weitreichende mitberatende Rechte eingeräumt, aber **ein Stimmrecht verweigert**. Nach unserer Auffassung wird damit die Chance vertan, die Menschen, um die es tatsächlich geht, nämlich die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen, tatsächlich mitentscheiden zu lassen und sie damit auch endlich zu Akteuren im Bereich ihrer eigenen pflegerischen Versorgung zu machen. **Der Sozialverband VdK fordert den Gesetzgeber hier eindringlich auf**, diesen Fehler zu beheben und den **maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen im zukünftigen Qualitätsausschuss nach § 113b SGB XI auch ein Stimmrecht zu geben**.

Der Gesetzgeber nimmt auch einige **Anpassungen bei der rentenrechtlichen Absicherung von Pflegepersonen vor**. So wird u.a. die Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen nach den Pflegegraden 2 bis 5 gestaffelt und beträgt künftig in dem höchsten Pflegegrad 5 **bis zu 100 Prozent der Bezugsgröße**.

Damit kommt der Gesetzgeber einer wichtigen Forderung des Sozialverbands VdK nach, in der Rentenversicherung die Angehörigenpflege mit der Kindererziehung gleich zu stellen. Gleichzeitig schränkt der Gesetzgeber diese Gleichstellung aber wieder fundamental ein, in dem Pflegepersonen, die eine pflegebedürftige Person pflegen, die Kombinationsleistungen nach § 38 des Elften Buches oder ambulante Pflegesachleistungen nach § 36 des Elften Buches bezieht, **Abschläge von den jeweiligen Bezugsgrößen in Höhe von 15 Prozent (bei Kombinationsleistungen) bzw. von 30 Prozent (bei ambulanten Pflegesachleistungen) vorgesehen** sind. Nach Auffassung des Gesetzgebers reduziert sich der Pflegeaufwand der Pflegepersonen durch eine teilweise Übernahme der Pflegetätigkeit durch einen ambulanten Pflegedienst. **Diese Auffassung halten wir für grundlegend falsch!** Die Belastung für pflegende Angehörige ist immens und die Gestaltung des häuslichen Pflegearrangements häufig nur mittels professioneller Pflege möglich und fachlich sinnvoll. Nach dem Gesetzentwurf werden Pflegepersonen, die sich diese Unterstützung nehmen, dann quasi darüber bestraft, dass bei ihnen Abschläge bei ihrer rentenrechtlichen Absicherung vorgenommen werden. Der Sozialverband VdK fordert diesbezüglich eine entsprechende Änderung im Gesetzentwurf.

Der Sozialverband VdK hält die weitere Beitragsanhebung von 0,2 Beitrags-satzpunkten zur Finanzierung der Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes für angemessen. Gleichzeitig weist der VdK an dieser Stelle auf die Notwendigkeit einer **Großen Pflegereform** hin. Unverständlich ist, dass das ungerechte und ineffiziente Nebeneinander von gesetzlicher und privater Pflegeversicherung nicht beseitigt wird. Die gesetzliche und die private Pflegeversicherung haben gleiche Zugangsvoraussetzungen und Leistungsstrukturen, aber unterschiedlichen Pflegerisiken. **Aus Sicht des Sozialverbands VdK müssen deshalb private und gesetzliche Pflegeversicherung zusammengeführt werden.** Für alle Pflegeversicherten muss ein gleicher Pflegeversicherungsbeitrag realisiert werden. In einem ersten Schritt sollte die private Pflegeversicherung durch einen Solidarausgleich in die Finanzierung der

gesetzlichen Pflegeversicherung einbezogen werden. Dadurch würde diese um 2 Mrd. Euro entlastet, was knapp 0,2 Prozent Beitragssatz ausmacht.

Darüber hinaus fordern wir den mit dem PSG I eingeführten Pflegevorsorgefonds wieder zu streichen. Hier wird viel Geld verbraucht, das leider wenig Wirkung erzielen wird. Auch dieses Geld kann für eine große Pflegereform genutzt werden.

II Zu den Regelungen im Einzelnen

Im Folgenden nimmt der Sozialverband VdK zu den geplanten Neuregelungen gesondert Stellung. Die Gliederung folgt den von uns identifizierten Hauptanliegen des Gesetzesentwurfs. Inhaltlich zusammenhängende Paragraphen werden auch zusammen bewertet.

Pflegeberatung (§§ 7, 7a, 7b, 7c, 17, 37 Abs. 3-5, 92c)

Für die Pflegeberatung werden im Rahmen einer Richtlinie Mindestvorgaben zur Vereinheitlichung des Verfahrens, zur Durchführung und zu den Inhalten durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen unter Beteiligung der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung mit breiter Beteiligung der Fachkreise gemeinsam und einvernehmlich erarbeitet (§ 17 Absatz 1a). Aufgrund des engen Sachzusammenhanges werden die bislang in § 92c vorgesehenen Rahmenvorgaben zur Beratung in und durch Pflegestützpunkte nahezu unverändert mit denen nun in den §§ 7ff. stringenter gefassten Aufgaben und Verpflichtungen an die Auskunft (§ 7), die Beratung und Unterrichtung (§§ 7a, 7b und 7c) durch die Pflegekassen oder Pflegeberater und Pflegeberaterinnen zusammengeführt.

Die Transparenz und Vergleichbarkeit des pflegerischen Angebots auf örtlicher Ebene wird durch nutzerfreundliche Internet-Angebote der Pflegeversicherung verbessert. Um deren Vollständigkeit zu gewährleisten, werden auf Landesebene Rahmenvereinbarungen über die Zusammenarbeit in der Beratung eingeführt, in denen verbindliche Regelungen zu Informationsflüssen vereinbart werden. Auf deren Grundlage können beispielsweise die Länder bzw. die Kommu-

nen der Pflegeversicherung umfassende und regelmäßige Übersichten etwa zu zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsangeboten zur Verfügung stellen. Zur Gewinnung von Erkenntnissen über die Wirksamkeit und Entwicklung der Pflegeberatung (§§ 7a, 7b und 7c) und der Beratung in der eigenen Häuslichkeit (§ 37 Absatz 3 bis 8) erhält der Spitzenverband Bund der Pflegekassen eine dreijährliche Berichtspflicht gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit (§ 7a Absatz 9). Im Zusammenhang mit der Verbesserung der Beratung ist auch auf die Neuregelungen in § 37 hinzuweisen. Am Charakter der Regelung als Grundlage für individuelle Beratungsbesuche bei Pflegegeldempfängern soll festgehalten werden. Allerdings soll dem vielfach geäußerten Anliegen Rechnung getragen werden, die Qualität der Beratung zu verbessern. Es soll daher sichergestellt werden, dass die bislang noch nicht beschlossenen Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche nach § 37 Absatz 5 nunmehr zum Abschluss gebracht werden.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK begrüßt grundsätzlich die Initiative des Gesetzgebers, die Pflegeberatung im SGB XI zusammen zu führen und teilweise neu zu strukturieren. Aus der Zusammenlegung der §§ 7, 7a und 92c (neu 7c) schließen wir, dass der Gesetzgeber die Absicht hat, **mehr Eindeutigkeit in den Zielen und Absichten zur Pflegeberatung in Verbindung mit der Errichtung von Pflegestützpunkten gesetzlich zu fixieren**. Zumindest kann damit erreicht werden, dass eine Zusammenschau beider Vorschriften gewollt ist. Das wird von uns unterstützt. Allerdings sehen wir diesbezüglich noch weiteren gesetzlichen Handlungsbedarf. Insbesondere im § 7c sollten Aufgaben, Leistungen, Strukturen sowie die Finanzierung der beteiligten Träger klarer definiert werden.

Der VdK begrüßt die in § 7 neu eingeführte Verpflichtung, in die bisherigen Leistungs- und Preisvergleichslisten auch konkrete Informationen zu Angebot, Kosten und regionaler Verfügbarkeit für zugelassene Pflegeeinrichtungen sowie für Angebote zur Unterstützung im Alltag nach Maßgabe von § 45a Absatz 1 bis 3 aufzunehmen. Das fördert die Transparenz und gibt den Pflegebedürftigen

und ihren Angehörigen bessere Entscheidungsmöglichkeiten an die Hand. Wir begrüßen ebenso die Verpflichtung der Landesverbände der Pflegekassen diese Leistungs- und Preisvergleichslisten auf den jeweiligen Internetpräsenzen aktuell zu veröffentlichen. Diesbezüglich halten wir darüber hinaus eine **Vernetzung mit bereits bestehenden, unabhängigen Datenbanken**, wie dies vom Gesetzgeber auch in der Gesetzesbegründung beschrieben wird, für wichtig. Dies gilt auch für die Leistungs- und Preisvergleichslisten, die für eine Beratung bspw. der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen nach § 118 SGB XI unabdingbar sind. Für eine informierte Entscheidung bei der Auswahl einer Pflegeeinrichtung sind **Informationen über Leistungsangebot, Anbietermerkmale und Preise ebenso wichtig wie über die Qualität der jeweiligen Einrichtung**. Die entsprechenden Daten (Leistungs- und Preisvergleichsliste, Ergebnisse der Qualitätsprüfung sowie gegebenenfalls weitere auswahlrelevante Anbietermerkmale) dürfen nicht allein den Vereinbarungspartnern und den Pflegekassen vorbehalten bleiben, sondern müssen in einem geregelten Verfahren (analog zu den Qualitätsberichten der Krankenhäuser) für wissenschaftliche Forschung, Beratung und öffentliche Berichterstattung durch unabhängige Portale zur Verfügung gestellt werden. Auch dies dient einer besseren Transparenz. Gleichfalls unterstützen wir den in § 7a neu eingeführten Anspruch auf Pflegeberatung gegenüber pflegenden Angehörigen, Lebenspartnern und weiteren Personen, sofern der Pflegebedürftige selbst dem zustimmt. Das ist sachgerecht, da pflegende Angehörige vielfach stellvertretend Aufgaben übernehmen, zu denen der Pflegebedürftige selbst nicht (mehr) in der Lage ist. Wir weisen an dieser Stelle allerdings auch darauf hin, dass durch die geplanten Änderungen im § 7, nach der die Pflegekassen hier nur noch Auskunft geben dürfen, der Beratungsanspruch der Versicherten nunmehr allein im § 7a geregelt ist. Vor diesem Hintergrund ist es dringend nötig, **den § 7a entsprechend anzupassen, um allen Versicherten die Möglichkeit einer Pflegeberatung einzuräumen**. Die Formulierung im vorliegenden Gesetzentwurf zu § 7a Abs.1, nach der *„Personen, die Leistungen nach diesem Gesetz erhalten, An-*

spruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch einen Pflegeberater oder eine Pflegeberaterin haben“, ist nach Auffassung des VdK deutlich zu kurz gegriffen. Es muss das Ziel der gesetzlichen Pflegeberatung sein, dass möglichst alle Menschen erreicht werden und der derzeit noch vielfach bestehende Informationsmangel auf Sicht behoben werden kann. Nach einer neuen Untersuchung des Zentrums für Qualität in der Pflege ist der gesetzliche Anspruch knapp 60 Prozent der Deutschen unbekannt. Nur 25 Prozent der Befragten gaben an, eine auf das Thema Pflege spezialisierte wohnortnahe Beratungsstelle zu kennen – nur acht Prozent kannten einen konkreten Pflegestützpunkt. Dabei sollte damit eine wohnortnahe Beratung gewährleistet werden. Insgesamt weiß lediglich jeder fünfte Befragte, wie er bei einem familiären Pflegefall überhaupt vorgehen müsste. Die Beratungsangebote werden umso wichtiger, da sich fast drei Viertel der Deutschen weniger gut oder sogar schlecht darüber informiert fühlt, auf welche Leistungen pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige einen gesetzlichen Anspruch haben. Dabei haben 76 Prozent der Bundesbürger das Bedürfnis, sich selbst über Hilfestellung und Unterstützung zu Pflegeangeboten zu informieren, um selbstständig entscheiden zu können, wie die Versorgung im Pflegefall sichergestellt werden soll. Vor diesem Hintergrund halten wir die Bemühungen des Gesetzgebers zur Verbesserung der Pflegeberatung - insbesondere auch der Verzahnung zwischen Pflegekassen, Kommunen und weiteren Anbietern von Pflegeberatung - nicht für ausreichend. **Wir benötigen in jeder Kommune ausreichend unabhängige Beratungsstellen, die auch aufsuchende Beratung anbieten.** Gleichzeitig müssen alle Beratungsstellen barrierefrei und gut erreichbar sein, die Angebote müssen in unterschiedlichen Sprachen zugänglich gemacht werden, damit auch Menschen mit Migrationshintergrund erreicht werden. Der VdK fordert darüber hinaus alle Publikationen – gerade auch im Bereich der Pflegeberatung – in leichter Sprache zur Verfügung zu stellen. Nur so kann eine gute Beratung sichergestellt werden.

Unabhängig davon begrüßt der VdK es auch sehr, dass die Beratungseinsätze nach § 37 mehr in den Blick genommen werden. Hier fehlen bisher Erkenntnis-

se und eine Verknüpfung zur Pflegeberatung der Pflegestützpunkte sowie der Pflegekassen. Gerade für die Pflegebedürftigen und deren Angehörigen ist heute die Intention der Beratungsbesuche vielfach noch unklar. Allerdings können wir nicht nachvollziehen, warum gerade bei diesen, die Betroffenen so wichtigen Fragen im Bereich der Beratung die Betroffenenverbände nur unzureichend eingebunden werden. **Diesbezüglich fordert der VdK bei der Pflegeberatungs-Richtlinie nach § 17 Abs. 1a sowie den Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 5 die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen im Sinne des § 118 einzubinden** und den Gesetzentwurf entsprechend zu ändern.

Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (§§ 14, 15, 17, 18, 18c, 28a, sowie der Überleitungs- und Besitzstandsschutzregeln)

Schwerpunkte dieses Gesetzes sind die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des Neuen Begutachtungsassessments (NBA) sowie nachstehend besonders hervorzuhebende, damit unmittelbar verbundene Änderungen. Eine Gleichbehandlung vorrangig somatisch beeinträchtigter Pflegebedürftiger und vorrangig kognitiv oder psychisch beeinträchtigter Menschen erfolgt in Zukunft über die Feststellung des Grades der Selbständigkeit und über die Abhängigkeit von personaler Hilfe in allen pflegerelevanten Bereichen. Pflegebedürftige werden nach einem einheitlichen Verfahren in einen von fünf Pflegegraden eingestuft; Sonderfeststellungen (z. B. von erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz oder von Härtefällen) und daran anknüpfende Leistungen werden entbehrlich, da sie bereits im NBA berücksichtigt sind.

Das System von drei Pflegestufen und einer gesonderten Feststellung des Vorliegens einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz wird durch ein einheitliches Einstufungssystem mit fünf Pflegegraden ersetzt. Die Höhe der Leistungsbeträge hängt vom Pflegegrad ab, soweit nicht pauschale Leistungsbeträge für alle Pflegebedürftigen vorgesehen sind. Im Rahmen der Umstellung auf die fünf neuen Pflegegrade sollen Benachteiligungen für Betroffene, die bereits

Leistungen beziehen, durch Überleitungsregelungen möglichst ausgeschlossen werden. Dies wird durch Vorgaben für eine pauschale Überleitung bereits Pflegebedürftiger ohne neue Begutachtung in die neuen Pflegegrade, die Setzung der entsprechenden Leistungsbeträge sowie begleitende Regelungen insbesondere für den stationären Bereich erreicht.

Für die Vergütungsvereinbarungen der voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen mit den Kostenträgern sind weitere Auffangregelungen zur Überleitung vorgesehen, sofern bis zum Umstellungszeitpunkt keine neuen Vereinbarungen verhandelt wurden.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der Gesetzgeber hält sich im Gesetzentwurf in den wesentlichen Teilen an den Bericht des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. **Diese Vorgehensweise wird vom Sozialverband VdK absolut unterstützt.** Entsprechend sieht der VdK hier wenig Änderungsbedarf, stattdessen begrüßen wir die Begriffsdefinitionen im § 14 sowie die Gesetzesausagen zur Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit und zum Begutachtungsinstrument in § 15. Da nach Auffassung des VdK gerade der Versorgung im Beginn der Pflegebedürftigkeit eine entscheidende Rolle zukommt, **begrüßen wir** auch die im Entwurf vorgesehene **Absenkung der Schwellenwerte** im Verhältnis zum Vorschlag des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes.

Diesbezüglich begrüßt der Sozialverband VdK es auch sehr, dass der Gesetzgeber im jetzigen Gesetzentwurf auch die Punktbereiche und die gewichteten Punktwerte festgelegt hat.

Unabhängig davon halten wir es für geboten, dass bei dem neuen Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit die Frage der rehabilitativen Bedarfe einen deutlich höheren Stellenwert erhält. Oft kann Pflegebedürftigkeit vermieden oder zumindest hinausgezögert werden. Das kommt in der Debatte meist zu kurz. Der Sozialverband VdK fordert daher, der Vermeidung von Pflegebedürftigkeit oberste Priorität in der Pflegepolitik einzuräumen. Derzeit wird der

Grundsatz „Reha vor Pflege“ kaum umgesetzt. Dabei könnte durch geriatrische Rehabilitation die Pflegebedürftigkeit – zum Beispiel nach einem Krankenhausaufenthalt – effektiv vermieden oder gemindert werden. Auch bei bereits eingetretener Pflegebedürftigkeit leistet geriatrische Rehabilitation Beachtliches, um die Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern. Derzeit ist in § 18 SGB XI geregelt, dass im Rahmen jeder Pflegebegutachtung auch zu prüfen ist, ob und in welchem Umfang Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit einschließlich der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind. Bei der derzeitigen Begutachtungspraxis ist diese Vorschrift allerdings fast vollständig ins Leere gelaufen. Bei weniger als ein Prozent aller Antragsteller wurde ein Rehabedarf festgestellt. Wir hoffen, dass die in § 18a vorgesehene Gesetzesänderung, nach der „die Anwendung eines bundeseinheitlich strukturierten Verfahrens zur Erkennung rehabilitativer Bedarfe in der Pflegebegutachtung“ zu einer grundlegenden Änderung dieser Praxis führt. Zusätzlich halten wir es für wirkungsvoller, wenn der Rehabilitationsbedarf bereits zu einem früheren Zeitpunkt erkannt wird und nicht erst, wenn Pflegebedürftigkeit unmittelbar bevorsteht bzw. bereits eingetreten ist. **Es ist erforderlich, Strukturen zu schaffen, die sicherstellen, dass bereits erkannter Bedarf auch zur Erbringung von Rehabilitationsleistungen führt.**

Grundsätzlich begrüßt der VdK sowohl eine begleitende Evaluation zur Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes wie auch die Einrichtung eines Begleitgremiums in § 18c. Hinsichtlich der Zusammensetzung dieses Begleitgremiums würden wir es begrüßen, wenn hierfür die bewiesene Expertise des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes genutzt werden würde.

Der Sozialverband VdK begrüßt ganz ausdrücklich die Regelungen zur Überleitung in die neuen Pflegegrade. Hiermit kommt der Gesetzgeber nicht nur den Überlegungen des Expertenbeirats nach, sondern wird auch für eine hohe Akzeptanz bei den pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen sorgen. Gerade auch die Regelung in § 1 Abs. 3 der Überleitungsregelung, in

der quasi ein Schlechterstellungsverbot beschrieben ist, vermindert die Angst der heute Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen vor einer Verschlechterung ihrer Situation. Grundsätzlich halten wir auch die gesamten Besitzstandsschutzregelungen in § 2 für sachgerecht.

Die Regelung in § 3 zu den Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren sowie die (einmalig) eingestellten Finanzmittel für die Überleitungsregelungen sowie dem Bestandsschutz weisen darauf hin, dass der **Besitzstandsschutz zum 01.01.2019 endet. Sollte der Gesetzgeber das so geplant haben, widerspricht der Sozialverband VdK diesen Plänen vehement. Wir lehnen einen endlichen Besitzstandsschutz ab!**

Veränderungen im Leistungsrecht

Vor dem Hintergrund der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sind zahlreiche leistungsrechtliche Änderungen im Gesetzentwurf enthalten.

§§ 19, 44 sowie die Änderungen im SGB VI zu rentenrechtlichen Anpassungen

Mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs werden im Begutachtungsverfahren künftig für die Einstufung in einen Pflegegrad keine Pflegezeiten mehr festgestellt. Eine Anknüpfung der Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen an eine mindestens vierzehnstündige wöchentliche Pflege ist somit nicht mehr möglich. Um zu gewährleisten, dass geringfügige oder alltägliche Unterstützungsleistungen nicht bereits Ansprüche auf Leistungen zur sozialen Sicherung auslösen (beispielsweise ein einmaliger wöchentlicher Einkauf für den Pflegebedürftigen), wird eine maßvolle Mindestanforderung an den pflegerischen Aufwand der Pflegeperson vorgesehen. Danach sind regelmäßig an mindestens zwei Tagen 10 Stunden in der Woche Hilfen zur Sicherstellung der erforderlichen Pflege notwendig. Unter Berücksichtigung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs umfasst „Pflege“ im Sinne der Vorschrift körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK besteht auf einer besseren rentenrechtlichen Absicherung von Menschen, die ihre Angehörigen zu Hause pflegen. Denn pflegende Angehörige sind Leistungsträger dieser Gesellschaft. **Der VdK fordert, dass in der Rentenversicherung die Angehörigenpflege mit der Kindererziehung substantiell gleichgestellt wird.** Wer sich als Berufstätiger entscheidet, einen Angehörigen zu pflegen, sollte keine Angst haben müssen, später deshalb in Altersarmut zu geraten.

Entsprechend halten wir auch die - im Übrigen deutlich zu komplizierten - Regelungen im SGB VI für kritikwürdig. **Wir halten es nicht für sachgerecht und auch versorgungspolitisch für einen Fehler, wenn sich die Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen daran bemisst, ob Pflegegeld, Kombinations- oder Sachleistung in Anspruch genommen werden.** Hier will der Gesetzgeber – wie es scheint – auch eine Steuerung in Richtung einer alleinigen Inanspruchnahme von Pflegegeld vornehmen. Das lehnt der entschiedene VdK ab. Pflegende Angehörige versuchen bestmöglichst die Pflege und Betreuung ihrer pflegebedürftigen Angehörigen zu organisieren. Dabei ist die Belastung für pflegende Angehörige immens. Die Möglichkeiten diese Versorgung mittels der Kombinations- bzw. Sachleistung zu stärken und damit auch ein häusliches Pflegearrangement auf Dauer zu gewährleisten, dürfen für pflegende Angehörige nicht darüber eingeschränkt werden, dass ihnen dann weniger Rentenbeiträge zustehen. Entsprechend fordern wir den Gesetzgeber hier entschieden auf, die entsprechende Regelung zu ändern. Die Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen ist von der Frage der Inanspruchnahme von Pflegegeld oder Kombinations- bzw. Sachleistung abzukoppeln. Gleichfalls halten wir es für falsch, pflegenden Angehörigen von Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 keinen Rentenanspruch zu gewähren.

§ 28a Leistungen bei Pflegegrad 1

Damit Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 die ihnen zustehenden Ansprüche leicht finden und realisieren und somit möglichst selbständig in der gewohnten

häuslichen Umgebung verbleiben können, gibt § 28a einen Überblick über die Leistungen, die bei Pflegegrad 1 gewährt werden. Diese reichen von einer umfassenden Pflegeberatung mit Erstellung eines Versorgungsplans (§ 7a) über konkrete Leistungen wie zum Beispiel die Versorgung mit Hilfsmitteln (§ 40 Absatz 1 bis 3 und 5) und den Wohngruppenzuschlag (§ 38a) bis hin zu dem Entlastungsbetrag gemäß § 45b Absatz 1 Satz 1 in Höhe von bis zu 125 Euro, der flexibel eingesetzt werden kann. Der Entlastungsbetrag kann im Wege der Kostenerstattung beispielsweise für Leistungen der Tages- und Nachtpflege oder für Leistungen der Kurzzeitpflege verwandt werden (§ 45b Absatz 1 Satz 3). Wählen Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 vollstationäre Pflege, gewährt die Pflegeversicherung gemäß § 43 Absatz 3 einen Zuschuss in Höhe von 125 Euro. Auch der Anspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen gemäß § 43b steht Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 zu.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK teilt die Einschätzung des Gesetzgebers, dass die Beeinträchtigungen der Menschen im Pflegegrad 1 eher gering und vorwiegend im somatischen Bereich sind. Gleichzeitig werden gerade am Beginn einer Pflegebedürftigkeit bzw. bei nur geringer Pflegebedürftigkeit auch die Weichen für die zukünftige Gestaltung der Pflegesituation gestellt. Von daher begrüßt der VdK sehr die in § 28a aufgeführten Leistungsbestandteile bei Pflegegrad 1.

§ 30 Leistungsdynamisierung

Die für das Jahr 2017 vorgesehene Prüfung der Notwendigkeit einer Leistungsdynamisierung findet in unmittelbarer zeitlicher Nähe zur grundsätzlichen Neufestsetzung der Leistungsbeträge im Rahmen der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs statt. Vor diesem Hintergrund bietet es sich an, die vorgesehene Dynamisierung in die Gesamtausgestaltung der neuen Leistungsbeträge der Pflegeversicherung direkt zu integrieren. Dabei wird das auf die Leistungsdynamisierung entfallende Finanzvolumen gezielt verwendet, um zum ei-

nen die Umsetzung des Grundsatzes ambulant vor stationär weiter zu fördern und zum anderen im stationären Bereich einer finanziellen Überforderung der Pflegebedürftigen insbesondere in hohen Pflegegraden besser entgegenzuwirken. Die eigentlich ab dem Jahr 2018 vorzunehmende Erhöhung der Leistungen wird in die Neufestsetzung der Leistungsbeträge integriert.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Hierzu verweist der Sozialverband VdK auf seine grundsätzliche Kritik zur Leistungsdynamisierung im § 30 SGB XI und möchte den nachfolgenden Sachverhalt in Erinnerung rufen. Die Höhe der verschiedenen Pflegeversicherungsleistungen wurde im Jahre 1993 im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens festgesetzt und diese Leistungen werden seit 1995 (ambulant) bzw. 1996 gewährt. Bis Mitte 2008 wurden diese Leistungen nominal konstant gehalten und haben real erheblich an Wert verloren. Bezogen auf die Verbraucherpreise weisen die Pflegeversicherungsleistungen im genannten Zeitraum einen Wertverlust von 19% auf. Allerdings sind Pflegeleistungen personalintensive persönliche Dienstleistungen, deren Produktionsfortschritte in aller Regel hinter der der Industrieproduktion zurückbleiben und deren Preise daher langfristig schneller steigen als die Inflationsrate.

Für Pflegeleistungen liegen verlässliche Angaben zur Preisentwicklung nur für den stationären Sektor und für den Zeitraum von Dezember 1999 bis Dezember 2011 vor. Umgerechnet auf den gesamten Zeitraum von 1995 bis 2008 ergeben sich Preissteigerungen von insgesamt 28,7 bzw. ein Wertverlust gegenüber dem Ausgangswert von 22,3 % (Pflegestufe I), 23,0 % (Pflegestufe II) und 20,0 % (Pflegestufe III). Bis 2008 ist die Kaufkraft der Pflegeversicherungsleistungen damit um ein Viertel bis ein Fünftel gesunken.

Die seit 2008 vorgenommenen Leistungsdynamisierungen sind darüber hinaus nicht geeignet, diesen Wertverlust zu kompensieren. Prof. Rothgang hat in zahlreichen Gutachten darauf hingewiesen, dass die vorgenommenen Anpassungsraten zwischen 2008-2014 noch unterhalb der Preissteigerungen für Pflegeleis-

tungen liegen. **Es kommt daher trotz Dynamisierung weiterhin zu einem Wertverlust der pflegerischen Leistungen.**

Grundproblem ist dabei die entscheidende Norm im § 30 SGB XI. Dort heißt es: *„Die Bundesregierung prüft alle drei Jahre, erneut im Jahre 2017, Notwendigkeit und Höhe einer Anpassung der Leistungen der Pflegeversicherung. Als ein Orientierungswert für die Anpassungsnotwendigkeit dient die kumulierte Preisentwicklung in den letzten drei abgeschlossenen Kalenderjahren; dabei ist sicherzustellen, dass der Anstieg der Leistungsbeträge nicht höher ausfällt als die Bruttolohnentwicklung im gleichen Zeitraum. Bei der Prüfung können die gesamtwirtschaftlichen Rahmenbedingungen mit berücksichtigt werden.“*

Als „Orientierungswert“ dient demnach die Preis-, als Obergrenze aber die Bruttolohnentwicklung. Da gut zwei Drittel der Kosten im Pflegesektor aber Personalkosten sind und Rationalisierungspotentiale bei diesen persönlichen Dienstleistungen nicht vorliegen, führt eine **Orientierung der Leistungsdynamisierung an der Inflationsrate zwangsläufig zu weiteren Wertverlusten der Versicherungsleistungen.** Um eine wünschenswerte Realwertkonstanz zu erreichen, ist dagegen eine Anpassung notwendig, die sich sowohl an der Lohn- als auch an der allgemeinen Preisentwicklung orientiert.

Kritisch zu betrachten ist nach Auffassung des VdK aber nicht nur die Höhe der Anpassung, sondern auch, dass nur alle drei Jahre „geprüft“ werden soll, ob eine Leistungsanpassung notwendig ist und ob diese hinsichtlich der „gesamtwirtschaftlichen Rahmenbedingungen“ möglich ist.

Im vorliegenden Referentenentwurf zum PSG II wird diese Prüfung jetzt nochmals verschoben, von 2017 auf 2020. Die Begründung des Gesetzgebers hierfür ist nach Auffassung des VdK nur bedingt stichhaltig. Zwar hat der Gesetzgeber eine Neugestaltung der Leistungen insgesamt vorgenommen, indem er die Leistungsbeträge in den neuen Pflegegraden angepasst hat. Allerdings sind längst nicht alle Leistungsbeträge nach oben angepasst worden. Die Leistungsbeträge im stationären Sektor sind in den Pflegegraden 2 und 3 sogar – teils deutlich – abgesenkt worden. Im ambulanten Bereich gibt es in den Pflegegra-

den 4 und 5 überhaupt keine Leistungsanpassung. Von daher fand hier auch keine Dynamisierung statt.

Der Gesetzgeber selbst weist in der Gesetzesbegründung darauf hin, welche Leistungen dynamisiert werden sollen: *„Die Dynamisierung der Leistungsbeträge für Wohngruppenzuschlag und häusliche Beratungseinsätze nach § 37 Absatz 3 führt zu jährlichen Mehrausgaben von rund fünf Millionen Euro.“*

Im Ergebnis ist es richtig, dass Leistungsanpassungen stattfinden sollen, allerdings – zumindest nicht durchgängig – keine Leistungsdynamisierung. Im Übrigen werden die absolut positiven Leistungsverbesserungen in den niedrigen Pflegegraden des ambulanten Bereichs teilweise durch den Wegfall der Übergangsregelung nach § 123 SGB XI kompensiert und können selbst hier den Wertverlust der letzten 20 Jahre nicht annähernd ausgleichen.

§ 36 Pflegesachleistung/§ 37 Pflegegeld/ 38 Kombinationsleistungen

Die Neudefinition der häuslichen Pflegehilfe und die damit zusammenhängenden Änderungen des § 36 sind bedingt durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des damit korrespondierenden Neuen Begutachtungssassessments (NBA). Letzteres erhebt in sechs für die Einschätzung von Pflegebedürftigkeit relevanten Lebensbereichen (Modulen) das jeweilige Ausmaß der Selbständigkeit und damit einhergehend das Ausmaß der Abhängigkeit von Hilfe durch andere. Die bisherige Beschränkung auf bestimmte, körperbezogene Verrichtungen entfällt. Im Mittelpunkt des neuen Verständnisses von Pflegebedürftigkeit stehen nicht mehr die Defizite, die pflegebedürftige Menschen aufweisen, sondern Ziel ist, das Ausmaß ihrer Selbständigkeit erkennbar zu machen. Durch die Anknüpfung an den Grad der Selbständigkeit ist es mit dem NBA erstmals möglich, körperlich, kognitiv und psychisch beeinträchtigte Pflegebedürftige bei der Begutachtung und Einstufung in einen Pflegegrad gleich zu behandeln. Diese Gleichbehandlung von somatisch, kognitiv und psychisch beeinträchtigten Pflegebedürftigen beschränkt sich jedoch nicht auf Begutachtung und Einstufung in einen Pflegegrad, sondern setzt sich konsequenterweise im Leistungszugang fort. Das Leistungsvolumen der bisherigen

Regelung in § 123 (Übergangsregelung: Verbesserte Pflegeleistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz) ist in das Leistungsvolumen des § 36 integriert worden.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der Sozialverband begrüßt die vorgesehenen Änderungen im Bereich Pflegegeld/ambulante Pflegesachleistung sehr. Damit verbunden könnte nach vielen Jahren endlich dem Grundsatz „**ambulant vor stationär**“ entsprochen werden. Der VdK sieht allerdings ebenso wie der Gesetzgeber die zwingende Notwendigkeit, dass für eine entsprechende Umsetzung in der Praxis zahlreiche vertragsrechtliche Veränderungen notwendig sind. Erst darüber könnten sich Angebote am Markt etablieren, die es den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen erlauben, tatsächlich individuell und flexibel – außerhalb der bisherigen Verrichtungsbezogenheit – auf die individuelle Pflegesituation zu reagieren und entsprechende Leistungen einzukaufen.

Hinsichtlich der in § 37 Abs. 2 beschriebenen Neuregelung zur Kurzzeit- und Verhinderungspflege weisen wir schon an dieser Stelle darauf hin, dass auch diese Neuregelung nicht zur Vereinfachung in der Praxis führen wird. Die unterschiedliche Leistungsdauer führt bei den Versicherten zu Unverständnis und Intransparenz. Der Sozialverband VdK schlägt diesbezüglich vor, die **maximale Inanspruchnahme der Verhinderungspflege von sechs auf acht Wochen zu verlängern und damit der Kurzzeitpflege anzupassen**. Ausdrücklich begrüßt wird hingegen die Neuregelung zur Fortgewährung des Pflegegelds bei Kurzzeit- und Verhinderungspflege. Diesbezüglich schlagen wir allerdings vor, dass das Pflegegeld in voller Höhe fortgewährt wird.

§ 38a Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen

Es wird immer wieder beklagt, dass Anbieter Leistungen für Mitglieder von ambulant betreuten Wohngruppen mit Angeboten der teilstationären Pflege in einer Weise verknüpfen, die nicht der Zwecksetzung des Gesetzgebers entspreche.

Primäre Zielsetzung sei dabei, alle möglichen Leistungstatbestände zu kombinieren, ohne dass damit ein erkennbarer Zusatznutzen in der pflegerischen Versorgung erreicht werde. Mit der Änderung soll derartigen Kombinationsmöglichkeiten der Boden entzogen werden, ohne den Mitgliedern von ambulant betreuten Wohngruppen den Zugang zu Leistungen der teilstationären Pflege zu verschließen.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK versteht zwar das Anliegen des Gesetzgebers, fürchtet allerdings, dass diese Regelung dazu führt, dass **Pflegebedürftige, die in ambulant betreuten Wohngruppen leben, zukünftig keinen Zugang mehr zu Leistungen der Tages- und Nachtpflege gemäß § 41 SGB XI** haben werden. Das lehnt der VdK entschieden ab.

Gleichzeitig weisen wir darauf hin, dass regelhaft Pflegebedürftige, die in ambulanten Wohngruppen leben und Sozialhilfe beziehen, den Wohngruppenzuschlag nach § 38a SGB XI vom Sozialhilfeträger auf die Sozialhilfe angerechnet bekommen. Diesbezüglich würden wir eine Klarstellung im Gesetz begrüßen, nach der der Wohngruppenzuschlag nicht auf die Sozialhilfe angerechnet werden darf. Ansonsten sind Sozialhilfebezieher faktisch von dieser Leistung ausgeschlossen.

§ 43 Vollstationäre Pflege

Im Rahmen der vollstationären Pflege ist von der Einrichtung eine umfassende Versorgung zu gewährleisten. Dies spiegelte sich bereits im bisher geltenden Leistungsrecht zumindest insoweit wider, als von der Pflegeversicherung im Rahmen der Leistungsbeträge die Aufwendungen für Grundpflege und auch für soziale Betreuung zu tragen waren. Vor diesem Hintergrund erfordert der neue Pflegebegriff, der neben den somatisch bedingten Einschränkungen nunmehr auch die kognitiv bedingten Einschränkungen der Selbständigkeit besser als bisher berücksichtigt, für die leistungsrechtliche Beschreibung und Einordnung vollstationär zu erbringender Sachleistungen der Pflegeversicherung keine

grundsätzliche Neuorientierung, sondern vor allem eine begriffliche Klarstellung. Die bisherige Regelung, dass bei nicht notwendiger vollstationärer Versorgung ein Zuschuss in Höhe der ambulanten Sachleistungsbeträge gewährt wird, ist bei Anwendung der neuen Leistungsbeträge nicht mehr sinnvoll, da diese im ambulanten Bereich zum Teil höher sind als im stationären Bereich. Deshalb erhalten Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 in diesen Fällen nunmehr einen Zuschuss in Höhe von 80 Prozent des in Absatz 2 Satz 2 für den jeweiligen Pflegegrad vorgesehenen Gesamtwertes. Bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 gilt dies entsprechend, das heißt, sie erhalten 80 Prozent des in Absatz 3 genannten Betrages.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK teilt die Einschätzung des Gesetzgebers, dass für die leistungsrechtliche Beschreibung und Einordnung vollstationär zu erbringender Sachleistungen der Pflegeversicherung keine grundsätzliche Neuorientierung notwendig ist.

Allerdings greift der Gesetzgeber mit der deutlichen Absenkung der stationären Leistungsbeträge in den Pflegegraden 2 und 3 sowie der deutlichen Höherstufung im Pflegegrad 4 auch sehr stark steuernd in das Leistungsgeschehen der stationären Pflege ein. Diese Steuerung ist aus unterschiedlicher Sicht bedeutungsvoll: Zum einen erhalten Pflegebedürftige mit kleinen Pflegegraden weniger finanzielle Mittel aus der Pflegeversicherung und zum zweiten wird das auf Sicht auch das Bewohnerklientel einer stationären Pflegeeinrichtung verändern. Zukünftig werden noch mehr schwerstpflegebedürftige und schwer kognitiv eingeschränkte Menschen zu einem noch späteren Zeitpunkt in stationäre Pflegeeinrichtungen gehen. Dazu beitragen wird auch der einheitliche Zuzahlungsbetrag gem. § 84 SGB XI, der grundsätzlich Pflegebedürftige mit geringen Pflegegraden stärker belastet, sowie die Folgeänderung des Abs. 4. Der VdK merkt diesbezüglich kritisch an, dass eine solche Entwicklung den schon heute – teilweise sicher zu Recht – vorhandenen schlechten Ruf stationärer Pflegeeinrichtungen nochmals verstärken wird. Dabei rangieren Pflegeheime einerseits am Ende sozialpolitischer und individueller Versor-

gungspräferenzen, andererseits wird ein Heimaufenthalt in der letzten Lebensphase insbesondere für hochaltrige, schwerstpflegebedürftige und demenziell veränderte Menschen vielfach unausweichlich. Wir fürchten an dieser Stelle, dass stationäre Pflegeeinrichtungen durch diese Regelung noch stärker zu Einrichtungen werden, in denen nur noch multimorbide und schwer kognitiv eingeschränkte Menschen, ihre letzten Lebenstage verleben. Diese Entwicklung wirkt sich maßgeblich auf den Charakter der Einrichtungen aus und führt zu einem grundlegenden Wandel stationärer Langzeitpflege. **Nach Auffassung des VdK sind Pflegeheime aber nicht nur Sterbeorte, sondern auch Lebensorte und sollten sich auch als solche verstehen.** Das ist auch der Wunsch pflegebedürftiger Menschen in diesen Einrichtungen. Deswegen sollten vollstationäre Pflegeeinrichtungen in die pflegerische Versorgung im Quartier einbezogen werden und sich diesen öffnen. Gleichfalls stellen die vorgesehenen Änderungen des Gesetzgebers nach unserer Einschätzung auch einen unverhältnismäßigen Eingriff in das Wunsch – und Wahlrecht der Versicherten dar.

§ 45 a-d Angebote zur Unterstützung im Alltag, Entlastungsbetrag, Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und des Ehrenamts sowie der Selbsthilfe

Die bisherigen Sonderregelungen für Versicherte mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz werden aufgrund der Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs entbehrlich, so dass der Regelungsgehalt des bisherigen § 45a entfällt. Insbesondere der Bereich der ursprünglich für den Personenkreis der Versicherten mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz entwickelten niedrigschwelligen Betreuungsangebote, der durch das Erste Pflegestärkungsgesetz bereits im Vorgriff auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff für alle Pflegebedürftigen geöffnet und zugleich inhaltlich um niedrigschwellige Entlastungsangebote erweitert worden ist, soll jedoch erhalten bleiben und weiterhin besonders gefördert werden. Dies kommt auch darin zum Ausdruck, dass die Ansprüche auf die Leistungen entsprechender Angebote zusammen mit den Fördervorschriften zum Auf- und Ausbau der entsprechenden Angebotsstrukturen

wie auch der Strukturen von Ehrenamt und Selbsthilfe allgemein in einem eigenen Abschnitt geregelt bleiben. Der Fünfte Abschnitt des Vierten Kapitels wird somit im Rahmen der jetzt erfolgenden Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes weiterentwickelt. Demgemäß wird auch die Überschrift des Fünftens Abschnitts angepasst. Zugleich werden die Vorschriften übersichtlicher gegliedert und der Sprachgebrauch insgesamt vereinheitlicht.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK begrüßt den Versuch des Gesetzgebers, die Betreuungs- und Entlastungsleistungen hier zusammen zu führen und damit mehr Übersichtlichkeit zu schaffen. Hinsichtlich der qualitativen Anforderungen an die Betreuungs-, Entlastungs- und Alltagsangebote, müssen nach Auffassung des VdK in den Rechtsverordnungen der Länder einheitliche Anforderungen festgelegt werden. Gleiches gilt auch für die Beschäftigungsverhältnisse, sofern professionelle Dienstleister entsprechende Angebote gestalten. Prekäre Beschäftigung in diesem Bereich lehnt der VdK ab.

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

Angesichts der leistungsrechtlichen Neuregelung der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen in § 43b und der damit verbundenen Überführung der vertrags- und vergütungsrechtlichen Regelungen in die Vorschriften des allgemeinen Pflegesatzverfahrens wird der Auftrag des bisherigen § 87b Absatz 3 für den Spitzenverband Bund der Pflegekassen, Richtlinien zur Qualifikation und zu den Aufgaben der zusätzlichen Betreuungskräfte zu erlassen, inhaltlich unverändert als neuer § 53c in das Fünfte Kapitel integriert.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK fordert diesbezüglich die Einbindung der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen im Sinne des § 118 SGB XI.

§ 55 Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze

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

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der Sozialverband VdK hält die weitere Beitragsanhebung von 0,2 Beitragssatzpunkten zur Finanzierung der Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes für angemessen. Gleichzeitig weist der VdK an dieser Stelle auf die Notwendigkeit einer Großen Pflegereform hin. Die älter werdende Gesellschaft mit mehr multimorbiden und pflegebedürftigen Menschen und weniger Hilfepotential bei Profis und Laien braucht zur Bewältigung der damit einhergehenden Herausforderungen einen breiten gesellschaftlichen und politischen Konsens zu einer umfassenden Reform der Pflege. Es geht hier nicht nur um die Pflegeversicherung allein, sondern alle Strukturen und Angebote, die ein würdiges Leben im Alter und bei Behinderungen in Deutschland ermöglichen oder derzeit behindern, müssen in den Reformprozess mit einbezogen werden. Die UN-Behindertenrechtskonvention gilt auch für Pflegebedürftige. Auch sie haben ein Recht auf Teilhabe, das noch gar nicht in der Pflegeversicherung abgebildet wird.

Eine solch große Reform ist dringend geboten, wenn „die Politik“ endlich die dramatisch steigende Unzufriedenheit der Menschen in Deutschland bezüglich Pflege- und Gesundheitsversorgung im Alter ernst nimmt und schnellstens für Abhilfe sorgt. Eine Verpflichtung hierzu ergibt sich aus Artikel 19 der UN-Behindertenrechtskonvention. Hiernach haben Menschen mit Pflegebedarf zum Leben in der Gemeinschaft dieselben Wahlmöglichkeiten wie andere Menschen. Die hierfür erforderlichen gemeindenahen Unterstützungsdienste müssen gewährleistet werden.

Unverständlich ist, dass das ungerechte und ineffiziente Nebeneinander von gesetzlicher und privater Pflegeversicherung nicht beseitigt wird. Die gesetzli-

che und die private Pflegeversicherung haben gleiche Zugangsvoraussetzungen und Leistungsstrukturen, aber unterschiedlichen Pflegerisiken. Demzufolge sind die Ausgaben pro Kopf in der privaten Pflegeversicherung trotz identischer Leistungen nur halb so hoch wie in der gesetzlichen Pflegeversicherung. Die privaten Pflegekassen erwirtschaften jedes Jahr einen Überschuss von 1,3 Mrd. € und haben über 26 Mrd. € an Rücklagen gebildet. Obwohl Privatversicherte ein höheres Durchschnittseinkommen haben, zahlen sie eine niedrigere absolute Prämie als gesetzlich Versicherte. Außerdem haben sie ein deutlich geringeres Risiko, pflegebedürftig zu werden. **Aus Sicht des Sozialverbands VdK müssen deshalb private und gesetzliche Pflegeversicherung zusammengeführt werden.** Für alle Pflegeversicherten muss ein gleicher Pflegeversicherungsbeitrag realisiert werden. In einem ersten Schritt sollte die private Pflegeversicherung durch einen Solidarausgleich in die Finanzierung der gesetzlichen Pflegeversicherung einbezogen werden. Dadurch würde diese um 2 Mrd. Euro entlastet, was knapp 0,2 Prozent Beitragssatz ausmacht.

Darüber hinaus fordern wir den mit dem PSG I eingeführten Pflegevorsorgefonds wieder zu streichen. Hier wird viel Geld verbraucht, das leider wenig Wirkung erzielen wird. Auch dieses Geld kann für eine große Pflegereform genutzt werden.

§ 84 Bemessungsgrundsätze

Für die Pflegesätze im vollstationären Bereich sind in den Pflegegraden 2 bis 5 für die jeweilige Pflegeeinrichtung gleich hohe Beträge für die nicht von der Pflegeversicherung gedeckten Kosten vorzusehen (einrichtungseinheitliche Eigenanteile). Diese werden ausgehend von dem jeweiligen prospektiven Versorgungsaufwand abzüglich der Summe des Leistungsbetrags nach § 43 für die Pflegegrade 2 bis 5 ermittelt.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Die Vorteile eines einrichtungseinheitlichen Eigenanteils für die Versicherten liegen nach Auffassung des VdK klar auf der Hand. Mit dem Übergang zu in

den Pflegegraden 2 bis 5 einrichtungseinheitlichen Eigenanteilen wird für die **finanzielle Planung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen Sicherheit geschaffen**. Für sie ergibt sich eine **Vereinfachung der Vergleichbarkeit und der individuellen Kalkulation**. Vor diesem Hintergrund begrüßt der VdK die vorgesehene Regelung. Diesbezüglich wird es allerdings zumindest für Pflegebedürftige, die sich ab dem 01.01.2017 neu begutachten lassen und nur einen geringen Pflegegrad aufweisen, einen höheren Zuzahlungsbetrag geben, als er diesen aus heutiger Sicht bezahlen muss. Im Übrigen verweisen wir an dieser Stelle auch auf unsere Ausführungen zu § 43 SGB XI.

Nach unserer Einschätzung ist das Grundproblem der in den letzten Jahren stetig steigenden Eigenanteile für pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen damit allerdings nicht gelöst. Es ist nicht davon auszugehen, dass die zum 01.01.2017 festgeschriebenen Eigenanteile in der Folge nicht weiter steigen werden. Im Gegenteil, schon allein durch die Überleitungsregelungen für die stationäre Pflege und die in diesem Gesetz vorgenommenen Steuerungsversuche des Gesetzgebers, werden die Anteile der hochgradig Pflegebedürftigen in stationären Pflegeeinrichtungen ansteigen. Das wird sich dann auch wieder auf die Eigenanteile auswirken. **Um die Eigenanteile der Versicherten stabil zu halten, ist es nach Auffassung des VdK zukünftig entscheidend regelmäßige Leistungsdynamisierungen vorzunehmen** (vgl. hierzu die Ausführungen zu § 30).

Regelungen zur Qualitätssicherung (§§ 113, 113b, 114, 115)

Der mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz von 2008 eingeleitete Prozess der Nachhaltigkeit in der Qualitätsentwicklung wird durch die Schaffung neuer Instrumente und Verfahren fortgesetzt. Die Neuregelungen zur Qualität und Qualitätssicherung entsprechen auch dem Koalitionswillen, Qualitätssicherungsverfahren auf Grundlage wissenschaftlicher Standards zu schaffen, die Transparenz von Pflegequalität weiterzuentwickeln sowie die Entscheidungsstrukturen der Selbstverwaltungspartner zu straffen. Die wesentliche Neuregelung ist die Umgestaltung der bisherigen Schiedsstelle zu einem entscheidungs-

fähigen Qualitätsausschuss, der von einer auch wissenschaftlich qualifizierten Geschäftsstelle unterstützt wird. Dies dient insbesondere zur fachlichen Verstärkung der Themen Qualitätssicherung, Qualitätsmessung und Qualitätsdarstellung. In den neu geschaffenen Strukturen werden alle Akteure eingebunden, und der Pflegebereich als Branche wird – auch in der öffentlichen Wahrnehmung – aufgewertet.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Die Verbände nach § 118 SGB XI haben in den letzten Jahren intensiv an den Verhandlungen zur Entwicklung eines neuen Verfahrens der Qualitätsmessung in der stationären und ambulanten Pflege teilgenommen und auch versucht – im Rahmen ihrer gesetzlichen Möglichkeiten - entsprechend mitzuwirken. Unsere Erfahrungen haben allerdings gezeigt, dass sich diese Verhandlungen als ausgesprochen langwierig und schwierig gestalten. Die Schwierigkeiten, in angemessener Zeit zu Vereinbarungen zwischen Leistungserbringern und Leistungsträgern zu kommen, liegen wesentlich darin begründet, dass **im SGB XI keine Vorgaben zu den Strukturen gemacht werden, in denen die Verhandlungen der Vereinbarungspartner stattfinden sollen**. Es gibt weder einen neutralen Vorsitz, noch eine neutrale Geschäftsstelle oder eine Geschäftsordnung mit Vorgaben u.a. zu Mehrheitsabstimmungen, mit deren Hilfe sich Interessenkonflikte kanalisieren und auflösen ließen. Von den Verbänden nach § 118 SGB XI initiierte Verhandlungen über die gemeinsame Weiterentwicklung der Strukturen können als gescheitert angesehen werden. Leistungsträger und Leistungserbringer sahen für die vorgeschlagenen Maßnahmen keine Notwendigkeit.

Vor diesem Hintergrund begrüßt der Sozialverband VdK grundsätzlich die Bemühungen des Gesetzgebers, die Weiterentwicklung der Messung und Darstellung von Pflegequalität mittels der Einführung eines Qualitätsausschusses gem. § 113b zu forcieren. Dabei stellen wir sehr wohl fest, dass der Gesetzgeber auch einige Punkte aufgegriffen hat, die für die Verbände nach § 118 bedeut-

sam sind. So soll eine **neutrale Geschäftsstelle** etabliert werden, ein **unabhängiger Vorsitzender** des Qualitätsausschusses eingesetzt werden und eine **Geschäftsordnung** entwickelt werden, in der bspw. auch die Frage von Mehrheitsbeschlüssen geregelt wird. Allerdings erfolgt dies quasi in zwei Schritten, denn erst wenn sich die Selbstverwaltung alleine nicht einigt, tritt der erweiterte Qualitätsausschuss nach § 113b Abs. 2 in Kraft. Das ist nach Auffassung des VdK nicht sachgerecht und kostet absolut unnötigerweise viel Zeit. Wie schon oben gesagt, liegen die Schwierigkeiten in diesem Bereich zu Verhandlungsergebnissen zu kommen, eben an den nicht vorhandenen Lösungsmechanismen. Von daher braucht es die Lösungsmechanismen direkt und nicht erst, wenn nochmals belegt wird, dass sich die Vertragsparteien nach § 113 nicht einigen können. **Der VdK fordert stattdessen, direkt den sog. erweiterten Qualitätsausschuss zu bilden** und keinen „alten Wein in neuen Schläuchen“ zu produzieren.

Hinsichtlich der Besetzung des Qualitätsausschusses sind wir äußerst verwundert, dass die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen – im Übrigen als einzige – **kein Stimmrecht im Qualitätsausschuss** erhalten sollen. Wir bedauern es sehr, dass dem Gesetzgeber scheinbar der Mut verloren gegangen ist, die Überlegungen des Pflegebevollmächtigten, Staatssekretär Laumann, auch in die Tat umzusetzen. Speziell die Frage der weitergehenden Beteiligung der Verbände nach § 118 mit Stimmrecht, hätte die Möglichkeit gebracht zu einer konsentierten Lösung der Interessenkonflikte zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern beitragen zu können. Wir halten es aber auch aus fachlichen und finanziellen Aspekten für absolut geboten, die Beteiligung der Verbände nach § 118 über ein eigenes Stimmrecht auszubauen. Vor dem Hintergrund des Teilkaskoprinzips in der Pflegeversicherung sind es vermehrt die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen selbst, die einen erheblichen zeitlichen wie finanziellen Aufwand tragen. Deswegen ist eine entsprechende Beteiligung – auch vor dem Hintergrund der öffentlichen Diskussionen um die-

ses sensible Thema – so bedeutsam. Wie der Gesetzgeber in der Gesetzbe-
gründung selber schreibt, steht das Thema stark in der öffentlichen Wahrneh-
mung. Entsprechend ist es auch an der Zeit, die Betroffenen endlich auch so zu
beteiligen, dass eine tatsächliche Mitbestimmung möglich ist. Der Sozialver-
band VdK fordert den Gesetzgeber diesbezüglich nachdrücklich auf, den Ge-
setzentwurf hier anzupassen und den Verbänden nach § 118 SGB XI **volles
Stimmrecht im Qualitätsausschuss nach § 113b zu geben.**

Hinsichtlich der in § 113b Abs. 4 konkret genannten Aufgaben, möchten wir
anmerken, dass nach unserer Auffassung, die Entwicklung der unter Punkt 4
genannten Module für die Befragung von Pflegebedürftigen zu kurz greift. Hier
müsste es richtig heißen, dass ein Gesamtfragebogen für Pflegebedürftige ent-
wickelt werden muss. Wir regen gleichfalls an, dass hier auch Angehörige in die
Befragung einbezogen werden sollten und zumindest die Möglichkeit der Befra-
gung von an der Pflege beteiligten Personen (z.B. Mitarbeiter) eröffnet werden.

§ 113c Personalbemessung in Pflegeeinrichtungen

Die Vertragsparteien nach § 113 werden zur Entwicklung und Erprobung eines
wissenschaftlich fundierten Verfahrens, welches den Personalbedarf in den Ein-
richtungen nach einheitlichen Grundsätzen bestimmt, verpflichtet.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Gute Pflege ist nur möglich, wenn in den ambulanten Pflegediensten und Hei-
men vor Ort ausreichend Pflegefachkräfte vorhanden sind, um die Versorgung
pflegebedürftiger Menschen sicherzustellen. Nur wenn in den ambulanten Pfl-
gediensten und Pflegeheimen ausreichend Personal vorhanden ist, um den
Pflegebedürftigen die Zuwendung und Hilfe zu geben, die sie benötigen, kann
eine qualitativ hochwertige, den Bedarfen der Menschen ausgerichtete Pflege
und Betreuung ermöglicht werden. Deshalb muss verbindlich festgelegt werden,
wie viele Pflegebedürftige von einer Pflegekraft versorgt werden. Diesbezüglich
fordern wir die Einführung eines bundeseinheitlichen Personalschlüssels für

stationäre Pflegeheime. Gegenwärtig gibt es keine einheitlichen Vorgaben zum Verhältnis von Heimbewohnern und Pflege-/Betreuungskräften. Die Folge sind große und vor allem auch regionale Unterschiede in den Personalstärken der stationären Einrichtungen. Es darf und kann nicht sein, dass die Personalausstattung und damit auch die Belastung der Pflegerinnen und Pfleger sowie die Qualität der Pflege davon abhängig sind, wo sich das Pflegeheim befindet. **Vor diesem Hintergrund begrüßt der Sozialverband VdK sehr die Initiative des Gesetzgebers in Bezug auf die Etablierung eines Personalbemessungssystems in der Pflege.** Nach unserer Einschätzung ist dies ein erster richtiger Schritt, um dann über einheitliche Personalschlüssel eine Angleichung der Verhältnisse zu erzielen. **Wir empfehlen diesbezüglich aber eine höhere Geschwindigkeit.** Sowohl die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen als auch die Beschäftigten in der Pflege benötigen hier eine schnelle Abhilfe der derzeitigen Situation. Deswegen schlagen wir vor, dass hier **direkt** das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend die Beauftragung bzgl. der Entwicklung, Erprobung und Umsetzung eines solchen Personalbemessungssystems vornehmen sollte. Der zu erwartende Zeitverzug durch die Bearbeitung dieser Thematik durch die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI sollte vermieden werden.