

**Deutscher Bundestag**  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
**18(14)0204(18neu)**  
gel. VB zur öAnhörnung am 17.10.  
2016\_PSGIII  
12.10.2016

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

Berlin, 12. Oktober 2016  
MüZe/Pa

### **Stellungnahme**

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

Gesetzentwurf der Bundesregierung

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

- BT-Drucksache 18/9518 -

Änderungsanträge der Fraktion CDU/CSU und SPD

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

- BT-Drucksache 18/9518 -

Antrag der Fraktion DIE LINKE

#### **Pflege teilhabeorientiert und wohnortnah gestalten**

- BT-Drucksache 18/8725 -

Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

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

- BT-Drucksache 18/9668 -

## Inhalt

<b>I.</b>	<b>Zum Gesetzentwurf der Bundesregierung</b> .....	3
a)	<b>Gesamtbewertung</b> .....	3
b)	<b>Zu einzelnen Regelungen</b> .....	5
1.	<b>Pflegeberatungsgutscheine</b> (§ 7b SGB XI RegE).....	5
2.	<b>Initiativrecht zur Einrichtung von Pflegestützpunkten</b> (§ 7c Abs. 1a SGB XI RegE) .....	6
3.	<b>Landespflegeausschüsse/regionale Pflegeausschüsse</b> (§ 8a SGB XI RegE)....	6
4.	<b>Investitionskostenförderung/Berichtspflicht</b> (§ 10 SGB XI RegE).....	7
5.	<b>Abgrenzung Eingliederungshilfe/Pflegeleistungen</b> (§ 13 SGB XI RegE).....	7
6.	<b>Pflegegeld/Beratungsbesuche</b> (§ 37 Abs.8 SGB XI RegE) .....	9
7.	<b>Pauschalleistungen für die Pflege von Menschen mit Behinderungen</b> (§ 43a SGB XI RegE i.V.m. § 71 Abs.4 SGB XI).....	9
8.	<b>Entlastungsbetrag</b> (§ 45b SGB XI RegE) .....	10
9.	<b>Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen</b> (§ 45c SGB XI RegE) .....	10
10.	<b>Schutz vor Abrechnungsbetrug/Landesrahmenverträge/Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfung</b> (§ 75 SGB XI RegE i.V.m. § 79 SGB XI RegE) .....	11
11.	<b>Qualitätsausschuss Pflege/Betroffenenvertretung</b> (§ 113b SGB XI RegE i.V.m. § 118 SGB XI RegE).....	11
12.	<b>Modellvorhaben zur kommunalen Pflegeberatung</b> (§§ 123 und 124 SGB XI RegE) .....	12
13.	<b>Hilfe zur Pflege</b> (§§ 61ff. SGB XII).....	13
<b>II.</b>	<b>Zu den Änderungsanträgen der Fraktion CDU/CSU und SPD</b> .....	16
1.	<b>Negative Eigenanteile/Stationäre Leistungsbeträge</b> (Änderungsantrag 6).....	16
2.	<b>Beteiligung der Betroffenenverbände</b> (Änderungsantrag 16).....	17
3.	<b>Zugang zu Qualitätsdaten für nicht gewerbliche Dritte</b> (Änderungsantrag 18).....	17
4.	<b>Behandlungspflege in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen</b> (Änderungsantrag 25).....	17
<b>III.</b>	<b>Zum Antrag der Fraktion DIE LINKE</b> .....	18
<b>IV.</b>	<b>Zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN</b> .....	18
<b>V.</b>	<b>Zusammenfassung</b> .....	18

## **I. Zum Gesetzentwurf der Bundesregierung**

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

Der Referentenentwurf enthält u.a. folgende Maßnahmen:

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

Die Regelungen sollen im Wesentlichen zum 1.1.2017 in Kraft treten.

### **a) Gesamtbewertung**

#### **Pflegeberatung in Kommunen muss trägerunabhängig sein**

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

#### **Pflegestrukturplanung in Ländern und Kommunen erfordert Einbindung der Betroffenen**

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

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

### **Schnittstellen Eingliederungshilfe/Pflege/Hilfe zur Pflege unzureichend**

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

### **Einheitlichen Pflegebedürftigkeitsbegriff konsequent umsetzen**

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

### **Stärkung der Betroffenenvertretung ist richtig**

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

### **Maßnahmen zur Stärkung der solidarischen Umlagefinanzierung fehlen**

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

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

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

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

### **Entlastung Pflegebedürftiger von Investitionskosten unzureichend**

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

## **b) Zu einzelnen Regelungen**

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

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

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

## **2. Initiativrecht zur Einrichtung von Pflegestützpunkten**

(§ 7c Abs. 1a SGB XI RegE)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- *Pflegerische Betreuungsmaßnahme als Leistung der Hilfe zur Pflege*

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

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

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

- *Bindung des Sozialhilfeträgers an die Einstufungsentscheidung der Pflegekasse*

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

- *Wohngruppenzuschlag nur bei Einzelfallerforderlichkeit*

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

- *Stärkung des Persönlichen Budgets*

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

- *Bedarfsfeststellung durch Sozialhilfeträger*

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

- *Abgrenzung Hilfe zur Pflege/Eingliederungshilfe*

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

- *Vorrangig Pflegegeld bei häuslicher Pflege*

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

- *Überleitungsregelungen*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **1. Negative Eigenanteile/Stationäre Leistungsbeträge (Änderungsantrag 6)**

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **III. Zum Antrag der Fraktion DIE LINKE**

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

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

### **IV. Zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN**

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

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

### **V. Zusammenfassung**

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

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

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

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

Berlin, den 12. Oktober 2016

**DER BUNDESVORSTAND**

Abteilung Sozialpolitik