

Deutscher Bundestag

Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

18(14)0204(41)

gel. VB zur öAnhörung am 17.10.

2016_PSGIII

12.10.2016

The logo for the Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa) consists of the lowercase letters 'bpa' in a blue, sans-serif font. The 'b' and 'p' are connected, and the 'a' is separate.

**Bundesverband privater Anbieter
sozialer Dienste e.V.
(bpa)**

Stellungnahme

Zum Gesetzentwurf der Bundesregierung

für ein

**Drittes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung
und zur Änderung weiterer Vorschriften
(Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III)**

Bundestags-Drucksache 18/9518

**Zum Antrag der Fraktion DIE LINKE.
Pflege teilhabeorientiert und wohnortnah gestalten**

Bundestags-Drucksache 18/8725

**Zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
Pflege vor Ort gestalten – Bessere Bedingungen für eine
nutzerorientierte Versorgung schaffen**

Bundestags-Drucksache 18/9668

Zur Stellungnahme des Bundesrates

Bundesrats-Drucksache 410/16

Zu den Änderungsanträgen der Fraktionen CDU/CSU und SPD

Ausschussdrucksache 18(14)0206.1

Berlin, 12. Oktober 2016

Inhaltsverzeichnis

	<u>Seite</u>
Vorbemerkung	4
I.) Zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für ein Drittes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III)	4
Zusammenfassung	4
Artikel 1 – Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch	
Preisvergleichslisten der Pflegekassen – § 7 SGB XI und personenbezogene Daten bei den Pflegekassen – § 94 SGB XI	9
Beratungsgutscheine durch Kommunen – § 7b SGB XI	11
Kommunale Pflegestützpunkte – § 7c Abs. 1a SGB XI	12
Sektorenübergreifender Landespflegeausschuss – § 8a Abs. 2 SGB XI	15
Regionale Pflegeausschüsse – § 8a Abs. 3 SGB XI	17
Pflegestrukturplanungsempfehlung – § 8a Abs. 4 SGB XI	19
Berücksichtigung der Empfehlungen der Pflegeausschüsse bei Versorgungs-, Vergütungs- und Rahmenverträgen – § 8a Abs. 5 SGB XI	21
Bericht der Länder über die finanzielle Förderung der Pflegeeinrichtungen – § 10 Abs. 2 SGB XI	22
Abgrenzung zur Eingliederungshilfe – § 13 SGB XI	23
Leistungen bei Pflegegrad 1 – § 28a SGB XI	26
Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfen – § 37 Abs. 3 Satz 3 SGB XI	27
Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen – § 38a SGB XI	29
Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson – § 39 SGB XI	33
Stationäre Leistungsbeträge – § 43 Abs. 2 SGB XI	35
Entlastungsbetrag – § 45b SGB XI	36
Berücksichtigung der Empfehlungen nach § 8a SGB XI beim Versorgungsvertrag – § 72 Abs. 3 SGB XI	38
Öffnung stationärer Pflegeeinrichtungen – § 72 Abs. 5 SGB XI	40
Rahmenverträge , Bundesempfehlungen und -vereinbarungen über die pflegerische Versorgung – 75 Abs. 2 SGB XI	42
Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen – § 79 Abs. 4 SGB XI	46
Berechnung der einheitlichen Eigenanteile – § 91e SGB XI	48
Anfangs- und Endzeit bei ambulanter Pflege – § 105 SGB XI	48
Pflegestatistiken – § 109 SGB XI	52
Qualitätsausschuss – § 113b SGB XI	54
Klarstellung zu Beteiligungsrechten – § 113c SGB XI	56
Weitergabe von Qualitätsdaten an Dritte – § 115 Abs. 1c SGB XI	57
Modellvorhaben zur kommunalen Beratung – § 123 SGB XI	59

Beirat für die Modellvorhaben – § 124 SGB XI	63
Zuschlag zum Eigenanteil – § 141 Abs. 3 SGB XI	64
Artikel 2 – Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch	68
Vergütungsanspruch der ambulanten Leistungserbringer nach Tod des berechtigten Leistungsempfängers – § 19 Abs. 6 SGB XII	69
Leistungsberechtigte – § 61 SGB XII	71
Pflegegrade – § 61b SGB XII	73
Bindungswirkung - § 62a SGB XII	74
Leistungen für Pflegebedürftige – § 63 Abs. 1 SGB XII	75
Leistungen für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 – § 63 Abs. 2 SGB XII	77
Notwendiger pflegerischer Bedarf – § 63 a SGB XII	79
Leistungskonkurrenz – § 63 b SGB XI	80
Vorrang – § 64 SGB XI	81
Pflegegeld – § 64a SGB XII	83
Häusliche Pflegehilfe – § 64b SGB XII	84
Verhinderungspflege – § 64c SGB XII	86
Kurzzeitpflege – § 64h SGB XII	87
Stationäre Pflege – § 65 SGB XII	89
Altenhilfe – § 71 SGB XII	91
Inhalt der Vereinbarungen – § 76 SGB XII	92
Übergangsregelung für Pflegebedürftige aus Anlass des Dritten Pflegestärkungsgesetzes – § 138 SGB XII	93
Besitzstandsregelung für Pflegebedürftige ohne Pflegestufe – § 139 SGB XII	94
Artikel 13 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	
Leistungen der Behandlungspflege in Einrichtungen nach § 43a SGB XI – § 37 SGB V	95
Bundesrahmenempfehlung und Rahmenverträge zur häuslichen Krankenpflege – § 132a SGB V	98
Durchführung und Umfang von Qualitäts- und Abrechnungs-prüfungen bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege durch den Medizinischen Dienst – § 275b SGB V	104
Abrechnung der sonstigen Leistungserbringer - § 302 SGB V	106
Artikel 15 – Änderung der Pflegestatistik-Verordnung	107
II.) Zum Antrag der Fraktion DIE LINKE.	
Pflege teilhabeorientiert und wohnortnah gestalten	108
III.) Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	
Pflege vor Ort gestalten – Bessere Bedingungen für eine nutzerorientierte Versorgung schaffen	110

Stellungnahme zum Dritten Pflegestärkungsgesetz

Vorbemerkung

Der **Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)** bildet mit mehr als 9.000 aktiven Mitgliedseinrichtungen die größte Interessenvertretung privater Anbieter sozialer Dienstleistungen in Deutschland. Einrichtungen der ambulanten und (teil-) stationären Pflege, der Behindertenhilfe und der Kinder- und Jugendhilfe in privater Trägerschaft sind im bpa organisiert. Die Mitglieder des bpa tragen die Verantwortung für rund 275.000 Arbeitsplätze und ca. 21.000 Ausbildungsplätze. Mit rund 4.600 Pflegediensten, die ca. 206.000 Patienten betreuen, und 4.400 stationären Pflegeeinrichtungen mit etwa 290.000 Plätzen vertritt der bpa mehr als jede dritte Pflegeeinrichtung bundesweit. Vor diesem Hintergrund nimmt der bpa wie folgt Stellung.

I.) Zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für ein Drittes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III)

Zusammenfassung

Der bpa teilt die Auffassung, dass es eines engen Zusammenwirkens von Bund, Ländern, Kommunen, Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen bedarf, um die Versorgung von pflegebedürftigen Menschen angemessen zu gewährleisten. Bei der Koordination von lokalen Angeboten sowie bei der Verhinderung von Unterversorgung haben die Kommunen in der Tat eine wichtige Aufgabe. Diese haben sie allerdings in den vergangenen Jahren nur sehr zurückhaltend oder gar nicht wahrgenommen. Die Mehrheit der Bundesländer kommt nach wie vor der Verpflichtung nicht nach, die pflegebedürftigen Menschen von den Investitionskosten zu entlasten und die Pflegeeinrichtungen und -dienste zu fördern. Vor dem Hintergrund der in der Vergangenheit nicht oder nur wenig genutzten Regelungen und Gestaltungsmöglichkeiten bleibt der Drang nach mehr Einwirkungsmöglichkeiten wenig nachvollziehbar. Es sei denn, die Bereitstellung von Pflegeleistungen soll durch Steuerung unmittelbar an der Haushaltslage der Sozialhilfeträger ausgerichtet werden.

Aus Sicht des bpa ist die Rolle der Kommunen ausreichend klar beschrieben. Sie sollen dafür sorgen, dass regional ein breit gefächertes pflegerisches Angebot bereitsteht und somit die pflegebedürftigen Menschen und

ihre pflegenden Angehörigen das für sie passende Angebot tatsächlich auswählen können. Aufgabe der Kommunen darf dabei weder die Bedarfssteuerung der Angebote noch die Fallsteuerung der pflegebedürftigen Menschen sein. Es ist kein Risiko der Kommunen, wenn ein Dienstleister einen Pflegedienst, eine Tagespflege, eine Wohngemeinschaft oder ein Pflegeheim anbietet. Die Kommune ging und geht hier keine Auslastungsgarantie ein; das Risiko für ein bedarfsgerechtes Angebot war und bleibt beim Träger. Aufgabe der Kommunen muss es sein, Versorgungslücken zu erkennen und diese zum Wohle der Pflegebedürftigen zu schließen. Als Anbieter dieser fehlenden Leistungen müssen sie deshalb nicht auftreten. Die vergangenen Interventionen der Bundesländer und der Kommunen hatten häufig eine unerwünschte Nebenwirkung, nämlich lang anhaltende Wettbewerbsverzerrung.

Der Gesetzentwurf scheint nun ein entschiedenes Sowohl-als-auch vorzusehen. Demnach könnte wohl jede Kommune entscheiden, ob und in welchem Umfang sie in die Bedarfssteuerung einsteigt. Eine finanzielle Verantwortung der Kommunen soll damit allerdings nicht begründet werden.

Durch den vorgelegten Entwurf besteht die Gefahr, dass unwirtschaftliche Doppelstrukturen etabliert werden. Stattdessen sollten die bestehenden Ressourcen der zugelassenen Pflegeeinrichtungen, die gut vor Ort vernetzt sind, genutzt sowie die bereits vorhandene Pflegeberatung (§ 45 SGB XI) ausgebaut werden. Allein der bpa hat mehr als 3.000 Pflegeberater ausgebildet.

Weder der Aufbau von Pflegestützpunkten noch das Ziel einer Koordination der Angebote kann erzwungen werden. Die verbindliche Kooperation der Institutionen anhand einer gemeinsamen Zielsetzung und Aufgabebewältigung ist über Verträge zur Integrierten Versorgung konkret und ohne einen unverhältnismäßigen Mitteleinsatz aus der Pflegeversicherung bereits gegenwärtig sicherzustellen.

Es bedarf daher keiner neuen umfassenden rechtlichen Regelungen oder kostenträchtigen Institutionen, sondern eines Ausbaus und einer gesetzlichen Flankierung des funktionierenden Bestehenden sowie der Umsetzung der vorhandenen Leistungsverpflichtungen der Leistungsträger.

Bereits heute existieren – neben den Pflichten nach den übrigen Sozialgesetzbüchern – seitens der Pflegekassen und Sozialhilfeträger diverse Pflichten zur Kooperation und zur Beratung von Pflegebedürftigen bzw. der von Pflegebedürftigkeit Bedrohten und deren Angehörigen.

Im Grundsatz begrüßt der bpa die Harmonisierung des SGB XII mit dem SGB XI. Die Intention der Übernahme der leistungsrechtlichen Regelungen und des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes mit dem zugehörigen

Begutachtungsverfahren wird unterstützt. Gleichwohl wird in der vorliegenden Umsetzung die mangelnde Differenzierung aufgrund der unterschiedlichen gesetzlichen Zielsetzungen des SGB XI (Teilleistungsprinzip) einerseits und des SGB XII (Bedarfsdeckungsprinzip) andererseits, kritisiert. Es darf aus unserer Sicht nicht Ziel der Reform der Eingliederungshilfe werden, einen möglichst großen Finanzierungsanteil auf die Pflegeversicherung zu übertragen. Ausdrücklich begrüßt wird die vom bpa vielfach geforderte Klarstellung des Anspruchs von Versicherten auf Entlastungsleistungen nach § 45 b Abs. 1a SGB XI ohne ein gesondertes Antragverfahren.

Der Ausschluss von Menschen mit Pflegebedarf unterhalb des Pflegegrad 2 sowohl in stationären Pflegeeinrichtungen als auch in der Häuslichkeit im Rahmen der Hilfe zur Pflege, hält der bpa für eine folgenschwere Regelungslücke. Es ist nicht ersichtlich, warum Pflegebedürftige unterhalb des Pflegegrad 2 von diesen Leistungen ausgeschlossen sein sollten. Zwar mag ein Bedarf an stationärer Pflege bei der genannten Personengruppe aufgrund der geringen Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit pflegewissenschaftlich nicht begründbar sein. Dennoch wird faktisch immer wieder ein Bedarf bestehen, insbesondere dann, wenn Beeinträchtigungen bei der Selbstversorgung und bei der Haushaltsführung zu verzeichnen sind, oft auch mit Unterstützungsbedarf aus dem Bereich der Pflege. In diesen Fällen ist Hilfe zu leisten und der notwendige Bedarf auch an stationärer Pflege und Betreuung vom Sozialhilfeträger zu erstatten. Eine Begrenzung des Anspruchs auf stationäre Pflege im Rahmen der Hilfe zur Pflege auf die Pflegegrade 2 bis 5 würde eine Abkehr von dem existenzsichernden Bedarfsdeckungsprinzip des SGB XII bedeuten. Auch nach finanziellen Gesichtspunkten ergibt eine Begrenzung keinen Sinn. Eine ungerechtfertigte Leistungsausweitung ist aus Sicht des bpa nicht zu erwarten, da der Anspruch auf stationäre Pflege nur dann gewährleistet ist, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des Einzelfalls nicht in Betracht kommt. Ist die häusliche und oder teilstationäre Pflege ausreichend, sind auch diese erforderlichen Leistungen der Hauswirtschaft, der Betreuung oder der pflegerischen Unterstützung für diesen Personenkreis im Rahmen der Hilfe zur Pflege zu übernehmen.

Dies gilt insbesondere auch für Heimbewohner der sogenannten Stufe 0. Bereits jetzt weigern sich einzelne Sozialhilfeträger die bestehenden Vereinbarungen mit den Pflegeheimen über das Jahr 2016 hinaus zu verlängern. Bleibt der Gesetzgeber bei seiner Absicht, müssten die Pflegeheime bis zu 80.000 Heimbewohnern kündigen, da die Heimkosten nicht gezahlt werden können. Es bedarf eines individuellen Anspruchs auf Sozialhilfeleistungen auch für Menschen mit einem geringeren Pflegebedarf als in Pflegegrad 2 oder einem anderen Unterstützungsbedarf. Keineswegs kann in Kauf genommen werden, dass zum 01.01.2017 auf dem Rücken

von betroffenen Bewohnern eine Finanzierungsdebatte ausgefochten wird. Fest steht auch, die Zusicherung der Bundesregierung und der Koalitionsfraktionen, dass sich durch die Pflegereform die Versorgungssituation für niemanden verschlechtert, ist durch die hier vorgenommene Regelung hinfällig.

Im Gesetz finden sich, offensichtlich als Reaktion auf mediale Vorwürfe, insbesondere gegen osteuropäische Pflegedienste, eine Vielzahl neuer Regelungen zur Überprüfung von Abrechnungen und der Zulassung von Diensten und Einrichtungen. Aus Sicht des bpa wird durch den Gesetzgeber ohne ausreichende Analyse reagiert und die gesamte Branche mit weiteren Kontrollen und bürokratischen Anforderungen überzogen. Bereits bisher gibt es umfassende Kontroll- und Überprüfungsmöglichkeiten. Anhand dieser Kontrollen wurden die bis dato aufgeworfenen Vorwürfe entdeckt. Gleichzeitig muss jedoch festgehalten werden, dass zwischen erhobenen Vorwürfen zu etwaigem Betrug und tatsächlichen Verurteilungen eine erhebliche Diskrepanz besteht. Dies belegt, dass es für das medial beschworene Ausmaß an „Pflegebetrug“ keine Grundlage gibt.

Die neuen Regelungen bedeuten mehr Kontrolle und mehr Bürokratie für Pflegedienste, ihre Mitarbeiter sowie für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen, bei zweifelhaftem Nutzen. Es wird Handlungsfähigkeit und Abschreckung suggeriert, während die ambulante Pflege in der Folge einem erheblich erhöhten Prüfaufwand unterliegt und sich bei einer dauerhaften Misstrauenskultur einem Generalverdacht gegenüber sieht.

Die geplanten neuen Anforderungen an die Landesrahmenverträge nach § 75 SGB XI werden von uns scharf kritisiert. Sie führen zu mehr Bürokratie, wirken der Rechtsklarheit entgegen und sind entbehrlich, da die bestehenden Regelungen bereits völlig ausreichen.

Die Regelungen zu Vertragsvoraussetzungen und der Vertragserfüllung für eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung können nicht zum Schutz vor unlauteren Anbietern beitragen, da es die für dieses Anliegen nötigen Gesetzesregelungen bereits gibt. Die Ermöglichung landesrechtlicher Einzelregelungen wird zu einem Wirrwarr an unterschiedlichen Anforderungen führen. Die Zulassung eines Leistungserbringers wäre damit faktisch nicht mehr gesetzlich und bundesweit einheitlich geregelt, sondern lediglich durch einen Normsetzungsvertrag für jedes Bundesland. Es braucht keine neuen und schärferen Regelungen, sondern die Anwendung und Umsetzung der bereits bestehenden.

Die Aufnahme von Regelungen zur ortsüblichen Vergütung in die Rahmenverträge lehnt der bpa ab, da schlichtweg keine Notwendigkeit für eine solche besteht. Um sittenwidrige Löhne in den Pflegeeinrichtungen zu vermeiden, bedarf es deren nicht. Zum einen gibt es hierfür den Pflege-

mindestlohn und zum anderen den allgemeinen Mindestlohn. Für Pflegefachkräfte besteht angesichts des gravierenden Fachkräftemangels und des Pflegemindestlohns ohnehin keine Gefahr von Niedriglöhnen. Laut Gesetzesbegründung sollen durch die ortsübliche Entlohnung Niedriglöhne verhindert werden. Dieser Zweck wird durch die Mindestlohnregelungen erfüllt, damit ist die Regelung obsolet. Zudem ist dem Gesetzgeber der Eingriff in die Tarifautonomie verfassungsrechtlich untersagt. Darüber hinaus wird auch an dieser Stelle wieder deutlich, dass der Gesetzgeber die Regulierungsdichte und die bürokratischen Anforderungen immer weiter erhöht. Immer mehr Nachweisebenen sind aus Sicht des bpa nicht erforderlich.

Zu den Vorschriften im Einzelnen:

Artikel 1 – Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Preisvergleichslisten der Pflegekassen – § 7 SGB XI und personenbezogene Daten bei den Pflegekassen – § 94 SGB XI

Änderungsanträge 2 und 10 der Fraktionen CDU/CSU und SPD

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Pflegekassen sollen in § 7 SGB XI verpflichtet werden, die Preisvergleichslisten künftig auch Dritten zur Verfügung zu stellen, wenn diese die Angaben zu nicht-gewerblichen Zwecken nutzen wollen (Antrag 2). In Antrag 10 soll eine Folgeänderung in § 94 SGB XI vorgenommen werden. Dort wird Erlaubnis zur Datenerhebung und -verarbeitung entsprechend erweitert.

B) Stellungnahme

Der bpa lehnt diesen Vorschlag ab. Preisvergleichslisten haben eine klare Zweckbestimmung. Sie dienen der Orientierung für den Versicherten und sollen ihn über passende Leistungserbringer und deren Leistungsspektrum und –preise informieren. Sie dürfen aber nicht dazu dienen, Dritten ein neues Betätigungsfeld zu eröffnen. Es ist klar erkennbar, was diese Änderung bedeuten würde: Institutionen und Portale werden die Daten aus den Preisvergleichslisten nutzen, sie aufbereiten und dann versuchen, sie als Service für Pflegebedürftige anzubieten. Auch der Hinweis auf eine nicht gewerbliche Nutzung wird dieses nicht verhindern, da die im Portal befindliche Werbung stets gewerblicher Natur ist. Letzten Endes wird es dazu führen, dass die Unübersichtlichkeit zunimmt und es zu einer Verwirrung bei den Pflegebedürftigen kommen kann. Bisher gibt es eine Preisvergleichsliste, die der Pflegebedürftige von seiner Pflegekasse erhält. Das ist eine sinnvolle Regelung, an der auch festgehalten werden sollte.

Besonders kritisch ist aus Sicht des bpa auch, dass die in den Preisvergleichslisten enthaltenen Daten durch Dritte auch neu zusammengefasst und anders interpretiert werden könnten. Dann müssten die Pflegebedürftigen und die Angehörigen sich damit auseinandersetzen, welche Liste die „richtigen“ Angaben enthält. Der Antrag behauptet in der Begründung, dass die Weitergabe der Daten aus den Preisvergleichslisten die Wahl-

möglichkeiten erweitert und den Wettbewerb stärkt. Genau das wird damit aber nicht erreicht. Die Pflegebedürftigen werden irritiert und die Inanspruchnahme von notwendigen Leistungen kann auf Grund von Unklarheiten verzögert werden. Preisvergleichslisten eignen sich nicht für den Wettbewerb.

C) Änderungsvorschlag

Die Änderungsanträge 2 und 10 werden nicht angenommen.

Beratungsgutscheine durch Kommunen – § 7b Abs. 2a SGB XI

Artikel 1, Nr. 2

A) Beabsichtigte Neuregelung

Auch Kommunen sollen künftig Beratungsgutscheine für die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI ausgeben können.

B) Stellungnahme

Der bpa sieht für die vorgesehene leistungsrechtliche Beratung von Pflegebedürftigen durch die Kommunen, die bisher ausschließlich von den Pflegekassen geleistet wird, keine Notwendigkeit. Bei der Beratung nach § 7a SGB XI geht es u.a. um die Erfassung des pflegerischen Hilfebedarfs und die Erstellung eines individuellen Versorgungsplans. Dieses ist eine Aufgabe der Pflegekassen, die ihre Versicherten hierzu beraten müssen. Es ist nicht sinnvoll, eine zusätzliche Beratungsstruktur zu etablieren. Der bpa kann nicht erkennen, wie es dadurch zu „Synergieeffekten auf kommunaler Seite“ kommen soll, wie es in der Begründung heißt. Zu befürchten ist vielmehr, dass durch die zu schließenden vertraglichen Regelungen unnötiger bürokratischer Aufwand entsteht und es zu Abstimmungsschwierigkeiten zwischen Pflegekassen und kommunalen Beratungsstellen kommt.

C) Änderungsvorschlag

§ 7b Abs. 2a SGB XI wird gestrichen.

Kommunale Pflegestützpunkte – § 7c SGB XI

Artikel 1, Nr. 3

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der örtliche Träger der Sozialhilfe kann von den Kranken- und Pflegekassen den Abschluss einer Vereinbarung zur Einrichtung eines Pflegestützpunktes verlangen.

B) Stellungnahme

Der bpa lehnt diese Regelung ab.

Die geplante Einführung des Initiativrechtes von Kommunen zur Errichtung von Pflegestützpunkten in gemeinsamer Trägerschaft mit den Pflegekassen hält der bpa für nicht erforderlich. Weder der Aufbau von Pflegestützpunkten noch das Ziel einer Koordination der Angebote kann erzwungen werden. Zudem fehlt es weiterhin an einem wissenschaftlichen Nachweis der Effektivität und Effizienz von Pflegestützpunkten. Bereits heute bestehen – neben den Pflichten nach den übrigen Sozialgesetzbüchern – seitens der Pflegekassen und Sozialhilfeträger diverse Pflichten zur Kooperation und zur Beratung von Pflegebedürftigen bzw. der von Pflegebedürftigkeit Bedrohten und deren Angehörigen.

Es bedarf daher keiner neuen umfassenden rechtlichen Regelungen oder kostenträchtigen Institutionen, sondern eines Ausbaus der Pflegeberatung als zugehendes, an die konkrete Versorgungssituation anknüpfendes Leistungsangebot. Zu diesem Zwecke sollte die Pflegeberatung, neben der Pflegeberatung durch die Pflegekassen, als eigenständiger pflegerischer Sachleistungsanspruch ausgestaltet werden.

Eine mindestens zweimal jährliche Beratung von Pflegebedürftigen durch Pflegedienste sieht § 37 Abs. 3 SGB XI vor. Die Pflegedienste müssen hierfür Pflegekräfte einsetzen, die über spezifisches Wissen verfügen und die möglichst auf Dauer die gleichen Personen aufsuchen (§ 37 Abs. 4 SGB XI). Damit kommt Pflegediensten die Aufgabe zu, für ca. 70 % der Pflegebedürftigen eine Pflichtberatung durchzuführen, die Qualität zu sichern und den Pflegenden Unterstützung zu gewähren. Nur wenn der Pflegedienst bestätigt, dass die Versorgung gewährleistet ist, wird die Zahlung der Pflegegeldleistung fortgesetzt.

Eine wachsende Bedeutung im Rahmen der Beratung, Unterstützung und Schulung, insbesondere von pflegenden Angehörigen, kommt den Leistungen nach § 45 SGB XI zu. Hiernach müssen die Pflegekassen Schulungen und Kurse für Pflegende auch in der Häuslichkeit anbieten. Ziel ist es, die ehrenamtliche Pflege zu fördern und die „Pflege und Betreuung zu erleichtern, zu verbessern sowie pflegebedingte körperliche und seelische Belastungen zu mindern“ (§ 45 Abs. 1 SGB XI).

Allein der bpa hat im Rahmen dieser Verträge ein flächendeckendes Netz von 3.000 Pflegeberatern nach einem mit den Pflegekassen entwickelten Konzept ausgebildet und im Einsatz. Diese Beratungen und Schulungen gem. § 45 SGB XI werden erfolgreich durch Pflegeeinrichtungen erbracht, die in der Region verankert und bekannt sind.

Die Leistungen nach § 45 SGB XI haben sich in der Praxis bewährt und sind zu einem wichtigen Instrument der Stabilisierung des Hilfebündnisses zwischen pflegenden Angehörigen und professionellen Pflegeeinrichtungen geworden.

Vor diesem Hintergrund ist der Ausbau der Beratung und Begleitung insbesondere dort anzusiedeln,

- wo diese Leistungen auch bisher schon erbracht werden,
- wo eine Einbindung in lokale Versorgungsnetzwerke bereits besteht und
- wo die pflegerische Kompetenz bereits ausgewiesen und die Nähe zur Lebenssituation der Pflegebedürftigen gewährleistet ist.

Es bedarf keiner zusätzlichen neuen Institution, die mit erheblichen finanziellen Mitteln aufgebaut werden müsste. Dieses geht zu Lasten von Leistungsverbesserungen bei den Pflegebedürftigen.

Nicht nachvollziehbar ist darüber hinaus, wieso gemäß § 7c Abs. 2 Satz 6 Nummer 3 SGB XI nur „nicht gewerblichen, gemeinwohlorientierten Einrichtungen“ die Beteiligung an Pflegestützpunkten ermöglicht werden soll. Damit werden rund 50 % der Pflegeeinrichtungen in Deutschland, nämlich diejenigen in privater Trägerschaft, ausgeschlossen. Die Regelung steht nicht im Einklang mit der Gesetzesbegründung. Letztere spricht im Hinblick auf den Kreis der Beteiligten unter anderem von „Einrichtungen, die Aufgaben zur Verbesserung der Situation Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen“ wahrnehmen. Private Pflegeeinrichtungen übernehmen diese bereits umfangreich, wie beispielsweise in der oben geschilderten Pflegeberatung nach § 45 SGB XI und einer Vielzahl an Service- und Informationsangeboten zum Ausdruck kommt. Es ist auch nicht nachvollziehbar, wieso rund die Hälfte der Institutionen, die zentral für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen sind, die die Leistungserbringung und die so wichtige

Entlastung für Angehörige übernehmen, ausgeschlossen werden. Statt einen frühen Kontakt zu gewährleisten und vom Wissen und der Erfahrung der Einrichtungen – unabhängig von der Trägerschaft – zu profitieren, findet eine Ausgrenzung statt. Durch die Zulassung von Pflegediensten und -heimen von Kommunen und freigemeinnützigen Trägern droht schließlich noch eine Verzerrung des Wettbewerbs zu Lasten der privaten Anbieter. Es sei diesbezüglich auch auf das Urteil des Bundessozialgerichts vom 28.06.2001 (B 3 P 9/00 R) verwiesen, welches auf Wettbewerbsbenachteiligungen zu Lasten einzelner Leistungserbringer hinwies in Fällen, in denen nicht alle geeigneten Leistungserbringer zugelassen werden.

C) Änderungsvorschlag

Die Änderung von § 7c SGB XI wird gestrichen.

Sektorenübergreifender Landespflegeausschuss – § 8a Abs. 2 SGB XI

Artikel 1, Nr. 4

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es kann auf der Grundlage von landesrechtlichen Vorschriften ein sektorenübergreifender Landespflegeausschuss eingerichtet werden, an dem laut Gesetzestext die Pflegeeinrichtungen nicht beteiligt sind.

B) Stellungnahme

Einen sektorenübergreifenden Landespflegeausschuss für die Pflege einzurichten, in dem die die Versorgung sicherstellenden Pflegeeinrichtungen nicht gleichberechtigt beteiligt sind, obwohl es auch um ihre Belange und die Bedarfe der von ihnen versorgten pflegebedürftigen Menschen geht, muss als Affront gewertet werden. Laut Begründung soll sich dieser Pflegeausschuss mit „Fragen der pflegerischen und medizinischen Versorgung aber auch Alltagsleistungen, die besser verzahnt werden sollen“, befassen. Es ist nicht nachvollziehbar, wie eine sektorenübergreifende Verbesserung der pflegerischen Versorgung erreicht werden soll, wenn diese Fragen alleine von Kassen, Ärzten und Krankenhäusern diskutiert werden sollen. Eine strukturelle Vernetzung kann nicht gelingen, wenn die wichtigsten Akteure dabei außen vor bleiben.

Der bpa fordert daher, dass vor allem die maßgeblichen Verbände der Pflegeeinrichtungen als Partner in die entsprechende Gesetzesformulierung aufgenommen werden.

Für Verbände, die die Voraussetzungen einer maßgeblichen Trägervereinigung nicht erfüllen, schlägt der bpa ein Beteiligungsrecht vor.

Im Gesetzestext heißt es, dass eine Abstimmung mit dem Landesgremium nach § 90a SGB V herbeigeführt werden kann. Nach der Begründung kann dieses auch eine Zusammenführung der beiden Gremien bedeuten. Dieses lehnt der bpa entschieden ab, da die maßgeblichen Verbände der Leistungserbringer in dem Landesgremium nach § 90a SGB V nicht beteiligt sind. Eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit kann nicht gelingen, wenn die Leistungserbringer der Pflege außen vor bleiben.

In der Gesetzesbegründung heißt es, dass es den Ländern freisteht, den neu zu schaffenden sektorenübergreifenden Landespflegeausschuss

nach Abs. 2 an den regulären Landespflegeausschuss nach Abs. 1 anzugliedern. Der bpa begrüßt diese Verzahnung, hält diese aber gleichzeitig für eine wesentliche Voraussetzung, um gemeinsam mit den wesentlichen Akteuren der pflegerischen Versorgung im Land die notwendigen Maßnahmen zu erörtern, Empfehlungen abzugeben und Beschlüsse zu fassen. Der bpa bedauert, dass seine Hinweise zum Referentenentwurf nicht aufgegriffen wurden und der Gesetzentwurf, trotz Änderungen am Text, inhaltlich weitgehend gleich geblieben ist. Um ein koordiniertes Vorgehen der Gremien sicherzustellen und Doppelstrukturen sowie ggf. widersprüchliche Empfehlungen zu vermeiden, ist die vorgesehene Option der Länder, den sektorenübergreifenden Landespflegeausschuss nach Abs. 2 als Unterausschuss des regulären Landespflegeausschusses nach Abs. 1 auszugestalten, als Verpflichtung aufzunehmen.

C) Änderungsvorschlag

§ 8a Abs. 2 SGB XI wird wie folgt geändert:

(2) Sofern nach Maßgabe landesrechtlicher Vorschriften ein Ausschuss zur Beratung über sektorenübergreifende Zusammenarbeit in der Versorgung von Pflegebedürftigen (sektorenübergreifender Landespflegeausschuss) eingerichtet worden ist, entsenden die Landesverbände der Pflegekassen und der Krankenkassen sowie die Ersatzkassen, die Kassenärztlichen Vereinigungen, **die maßgeblichen Verbände der Pflegeheime und Pflegedienste auf Landesebene** und die Landeskrankenhausgesellschaften Vertreter in diesen Ausschuss und wirken an der einvernehmlichen Abgabe gemeinsamer Empfehlungen mit. Soweit erforderlich, ist eine Abstimmung mit dem Landesgremium nach § 90a des Fünften Buches herbeizuführen. **Der sektorenübergreifende Landespflegeausschuss ist an den Landespflegeausschuss nach Absatz 1 angegliedert; insoweit gelten die landesrechtlichen Vorschriften für den Landespflegeausschuss nach Absatz 1 auch für den sektorenübergreifenden Landespflegeausschuss.**

Regionale Pflegeausschüsse – § 8a Abs. 3 SGB XI

Artikel 1, Nr. 4

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Landesverbände der Pflegekassen entsenden Vertreter in regionale Pflegeausschüsse, sofern diese auf der Grundlage von landesrechtlichen Vorschriften eingerichtet werden. Sie wirken an der einvernehmlichen Abgabe von gemeinsamen Empfehlungen mit.

B) Stellungnahme

Sofern die Länder auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte regionale Pflegeausschüsse einrichten, sind die Pflegekassen verpflichtet, daran mitzuwirken. Auch diese Regelung wurde, wie die zu den sektorenübergreifenden Landespflegeausschüssen, nach dem Referentenentwurf geändert, allerdings wurden die Hinweise des bpa aus seiner Stellungnahme nicht aufgenommen. Denn auch hier wäre ein Hinweis auf die Beteiligung der Verbände der Pflegeheime und Pflegedienste notwendig. Laut Begründung soll die Aufgabe dieser Ausschüsse die Koordinierung der örtlichen pflegerischen Versorgung sein. Eine solche Koordinierung kann nicht gelingen, wenn nicht auch die Leistungserbringer der Pflege vor Ort eingebunden sind. Das ist erforderlich, damit alle beteiligten Akteure vor Ort Hand in Hand arbeiten und die pflegerische Versorgung optimiert werden kann. Das nur diejenigen koordinieren, die an der direkten pflegerischen Versorgung nicht beteiligt sind, leuchtet nicht ein.

Zudem muss aus Sicht des bpa sichergestellt werden, dass die gemeinsamen Empfehlungen nicht in die Wettbewerbsfreiheit eingreifen, sondern auch tatsächlich nur empfehlenden Charakter haben. Insbesondere darf es im Zusammenhang mit der Pflegestrukturplanungsempfehlung nach Absatz 4 (siehe dazu unten) nicht zu einer kommunalen Bedarfsplanung kommen.

Um sicherzustellen, dass es eine landesweit einheitliche Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung gibt, muss festgelegt werden, dass die Empfehlungen der regionalen Pflegeausschüsse nur zur Vorbereitung von landesweit gültigen Empfehlungen des Landespflegeausschusses dienen, der die jeweiligen regionalen Empfehlungen koordiniert.

C) Änderungsvorschlag

§ 8a Abs. 3 SGB XI wird wie folgt gefasst:

(3) Sofern nach Maßgabe landesrechtlicher Vorschriften regionale Ausschüsse insbesondere zur Beratung über Fragen der Pflegeversicherung in Landkreisen und kreisfreien Städten eingerichtet worden sind, entsenden die Landesverbände der Pflegekassen Vertreter in diese Ausschüsse und wirken an der einvernehmlichen Abgabe gemeinsamer Empfehlungen mit. **Die Pflegeheime und Pflegedienste in der entsprechenden Region sind zu beteiligen. Die Empfehlungen sind nicht verbindlich und können für landesweite Empfehlungen des Landespflegeausschusses nach Absatz 1 herangezogen werden. Die Vorschriften des Siebten und Achten Kapitels bleiben unberührt.**

Pflegestrukturplanungsempfehlung – § 8a Abs. 4 SGB XI

Artikel 1, Nr. 4

A) Beabsichtigte Neuregelungen

In den Landespflegeausschüssen und den regionalen Pflegeausschüssen wirken deren Mitglieder an der Erstellung und Fortschreibung von Empfehlungen zur Sicherstellung der pflegerischen Infrastruktur (Pflegestrukturplanungsempfehlung) mit und berichten in den Ausschüssen, inwieweit die Empfehlungen berücksichtigt wurden.

B) Stellungnahme

Der bpa lehnt die vorgesehene Pflegestrukturplanungsempfehlung ab. Aus Sicht des bpa ist diese ein Einfallstor für eine Bedarfsplanung auf kommunaler Ebene und auf Landesebene. Die derzeit gewährleistete flächendeckende pflegerische Versorgung darf nicht gefährdet werden. Zu Recht hat deshalb der Pflegebeauftragte der Bundesregierung, Staatssekretär Karl-Josef Laumann, festgestellt:

"Eine wichtige kommunalpolitische Aufgabe ist es, eine ausreichende Zahl an altersgerechtem Wohnraum bereitzustellen. Aber es kann nicht die Aufgabe der Kommune sein, eine verbindliche Pflegebedarfsplanung umzusetzen. Das habe ich massiv verhindert. Nicht die Kommune, sondern die Vielfalt der Anbieter hat nach der Marktöffnung in den letzten Jahren dazu beigetragen, dass neue bedarfsgerechte Angebote vor Ort entstanden sind." (Meldung von Care Invest vom 25. April 2016)

Aus Sicht des bpa ist die Rolle der Kommunen schon bisher ausreichend klar beschrieben. Sie sollen dafür sorgen, dass regional ein breit gefächertes pflegerisches Angebot bereitsteht und somit die pflegebedürftigen Menschen und ihre pflegenden Angehörigen das für sie passende Angebot tatsächlich auswählen können. Aufgabe der Kommunen darf dabei weder die Bedarfssteuerung der Angebote noch die Fallsteuerung der pflegebedürftigen Menschen sein. Es ist kein Risiko der Kommunen, wenn ein Dienstleister einen Pflegedienst, eine Tagespflege, eine Wohngemeinschaft oder ein Pflegeheim anbietet. Die Kommune ging und geht hier keine Auslastungsgarantie ein; das Risiko für ein bedarfsgerechtes Angebot war und bleibt beim Träger. Aufgabe der Kommunen muss es sein, Versorgungslücken zu erkennen und diese zum Wohle der Pflegebedürftigen zu schließen. Als Anbieter dieser fehlenden Leistungen müssen sie des-

halb nicht auftreten. Die vergangenen Interventionen der Bundesländer und der Kommunen hatten häufig eine unerwünschte Nebenwirkung, nämlich lang anhaltende Wettbewerbsverzerrung.

C) Änderungsvorschlag

§ 8a Abs. 4 SGB XI wird wie folgt gefasst:

(4) Die in den Ausschüssen nach den Absätzen 1 und 3 vertretenen Pflegekassen, Landesverbände der Pflegekassen sowie die sonstigen in Absatz 2 genannten Mitglieder wirken in dem jeweiligen Ausschuss an einer nach Maßgabe landesrechtlicher Vorschriften vorgesehenen Erstellung und Fortschreibung von Empfehlungen zur **Identifizierung von Versorgungslücken** ~~Sicherstellung der pflegerischen Infrastruktur (Pflegestrukturplanungsempfehlung)~~ mit. Sie stellen die hierfür erforderlichen Angaben bereit, soweit diese ihnen im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgaben verfügbar sind und es sich nicht um personenbezogene Daten handelt. Die Mitglieder nach Satz 1 berichten den jeweiligen Ausschüssen nach den Absätzen 1 bis 3 insbesondere darüber, in wie weit dieser Empfehlungen von den Landesverbänden der Pflegekassen und der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen, den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landeskrankenhausgesellschaften bei der Erfüllung der ihnen nach diesem und dem Fünften Buch übertragenen Aufgaben berücksichtigt wurden. **Die Vorschriften des Siebten und Achten Kapitels bleiben unberührt.**

Berücksichtigung der Empfehlungen der Pflegeausschüsse bei Versorgungs-, Vergütungs- und Rahmenverträgen – § 8a Abs. 5 SGB XI

Artikel 1, Nr. 4

A) Beabsichtigte Neuregelung

Empfehlungen der Landespflegeausschüsse, der sektorenübergreifenden Landespflegeausschüsse und der regionalen Pflegeausschüsse sollen beim Abschluss der Versorgungs- und Rahmenverträge und von den Vertragsparteien nach dem Achten Kapitel beim Abschluss der Vergütungsverträge einbezogen werden.

B) Stellungnahme

Der bpa lehnt diese Regelung weiterhin entschieden ab. **Empfehlungen eines Ausschusses auf regionaler Ebene, an denen u.U. noch nicht einmal die Pflegeeinrichtungen oder ihre Verbände beteiligt sind, können unmöglich Einfluss auf Versorgungs-, Vergütungs- und Rahmenverträge entfalten.** Durch die Rahmenverträge nach § 75 SGB XI soll eine einheitliche Versorgung sichergestellt werden. Durch die in § 8a Abs. 5 SGB XI vorgesehene Regelung würden landeseinheitliche Rahmenverträge durch regionale Empfehlungen ausgehebelt.

Auch Versorgungsverträge zwischen den Pflegekassen und den Pflegeeinrichtungen können nicht abhängig gemacht werden von regionalen Empfehlungen. Auf den Abschluss von Versorgungsverträgen sowie Vergütungsvereinbarungen haben Pflegeheime und Pflegedienste einen Anspruch, sofern die gesetzlichen und vertraglichen Anforderungen erfüllt werden. Hier besteht für die Pflegekassen ein Kontrahierungszwang; dieser darf nicht aufgehoben werden aufgrund lokaler Empfehlungen. Hier ist erneut auf die oben bereits zitierten Äußerungen des Pflegebeauftragten der Bundesregierung zu verweisen.

C) Änderungsvorschlag

§ 8a Abs. 5 SGB XI wird gestrichen.

Bericht der Länder über die finanzielle Förderung der Pflegeeinrichtungen – § 10 Abs. 2 SGB XI

Artikel 1, Nr. 5

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Länder berichten dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. Juni über Art und Umfang der finanziellen Förderung der Pflegeeinrichtungen im vorausgegangenen Kalenderjahr sowie die damit verbundenen durchschnittlichen Investitionskosten für die Pflegebedürftigen.

B) Stellungnahme

Der bpa begrüßt diese Regelung. Die Länder sind bisher ihren insbesondere nach § 9 SGB XI bestehenden Verpflichtungen nahezu ausnahmslos nicht oder nicht ausreichend nachgekommen. Die jährlichen Berichte werden hierbei die notwendige Transparenz schaffen. Die Förderung muss strikt wettbewerbsneutral zwischen Anbietern und Leistungsbereichen erfolgen. Um dieses überprüfen zu können, bieten die vorgesehenen jährlichen Berichte der Länder die notwendige Grundlage.

C) Änderungsvorschlag

Keinen.

Abgrenzung zur Eingliederungshilfe – § 13 SGB XI

Artikel 1, Nr. 6

A) Beabsichtigte Neuregelungen

Im häuslichen Umfeld gehen die Leistungen der Pflegeversicherung den Leistungen der Eingliederungshilfe vor, es sei denn, bei der Leistungserbringung steht die Erfüllung der Aufgaben der Eingliederungshilfe im Vordergrund. Außerhalb des häuslichen Umfelds gehen die Leistungen der Eingliederungshilfe den Leistungen der Pflegeversicherung vor.

Die Leistungen nach § 45b SGB XI bleiben bei den Fürsorgeleistungen nach § 13 Abs. 3 weiterhin ohne Berücksichtigung, der Regelungsgegenstand wird in den § 45b Abs. 3 verschoben.

Der Bundesrat fordert in seiner Stellungnahme, dass die Leistungen der Pflegeversicherung grundsätzlich den Leistungen der Eingliederungshilfe vorgehen.

B) Stellungnahme

Es ist begrüßenswert, dass der Gesetzgeber hier versucht, die Leistungen der Pflegeversicherung und die Leistungen der Eingliederungshilfe voneinander abzugrenzen. Tatsächlich ist jedoch zu befürchten, dass konkurrierende Leistungen nicht verhindert werden, sondern eher ausgebaut. Sollen etwa zur Entlastung der Eingliederungshilfe möglichst umfassend die Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch genommen werden? Alleine die kaum abzugrenzenden Zuständigkeiten für die Betreuung seien hier genannt, nachdem diese jüngst zu einer eigenständigen Leistung der Pflegeversicherung massiv ausgebaut wurde. Die vorgelegte Regelung wird aus Sicht des bpa nicht zur notwendigen Klarstellung in der Praxis führen. Es ist nicht ersichtlich, in welchen Fällen die Pflegeversicherung und in welchen Fällen die Eingliederungshilfe greift, wie die trennscharfe Abgrenzung der Leistungen erfolgt und wann welche Leistung im Vordergrund stehen soll.

In der Begründung wird darauf verwiesen, dass zunächst abzugrenzen ist, ob eine zu erbringende Leistung dem häuslichen oder dem außerhäuslichen Umfeld zuzuordnen ist. Alleine diese Formulierung macht deutlich, welche Folgen diese Regelung haben wird.

Es ist zu begrüßen, dass laut Gesetzesbegründung einheitliche Lebens-

zusammenhänge nicht zerrissen werden sollen und dass der Leistungsbezug aus einer Hand auch künftig weiterhin möglich sein soll. Trotz dieser Korrektur gegenüber dem Referentenentwurf, bleibt die Abgrenzung unzulänglich. Unklar bleibt, wann welche Leistung im Vordergrund steht, wodurch sich – insbesondere bei Betreuungsleistungen – die Zuordnung ergibt. Durch die Beschreibung, was nicht passieren soll, gibt der Gesetzgeber zu erkennen, was die Folgen des Gesetzes sein könnten. Doch das verhindert man nicht durch Soll-Vorschriften in der Gesetzesbegründung, sondern nur durch eine klare und einheitliche Regelung im Gesetzestext selbst, die bisher fehlt. Die Abgrenzungsprobleme werden in der Folge zu diversen Rechtsstreitigkeiten führen. Es ist zu befürchten, dass es in jedem Einzelfall zu einem Streit um die Zuständigkeit kommen wird.

In diesem Zusammenhang ist insbesondere der grundsätzliche Vorrang der Pflegeversicherungsleistungen in der Häuslichkeit problematisch.

Die Abgrenzungsproblematik eröffnet zudem gänzlich neue Problemfelder. Ein Beispiel für ein solches lässt sich bereits jetzt in den Beratungen zum Bundesteilhabegesetz feststellen. In der Bundesrats-Stellungnahme (Drucksache 428/16) wird die Einfügung der §§ 91 Abs. 5 und 6 SGB IX gefordert. Diese hätten unter dem neuen Leistungsrecht des PSG III zur Folge, dass Menschen mit Behinderung, die sich in einer Pflegeeinrichtung befinden, vorrangig Hilfe zur Pflege erhalten und keine ergänzenden Leistungen der Eingliederungshilfe beziehen können. Hierdurch wären alle neben den Zuschüssen der Pflegekassen für Menschen mit Behinderung bestehenden Leistungsvereinbarungen zur Förderung der Teilhabe über die Eingliederungshilfe obsolet. Bisher wurde in einer Vielzahl an zugelassenen Pflegeeinrichtungen auch eine ergänzende Vereinbarung über die Eingliederungshilfe geschlossen, da der spezielle Aufwand dies notwendig machte. In besonderem Maße müsste dies für Pflegeeinrichtungen der Phase F richten, welche strukturell angewiesen sind auf ergänzende Eingliederungshilfe, um deutlich weitergehende Teilhabemöglichkeiten erst zu eröffnen.

Die Forderung des Bundesrates nach einem generellen Vorrang der Pflegeversicherung vor der Eingliederungshilfe lehnt der bpa ab. Dieses würde dazu führen, dass die Pflegeversicherung finanziell erheblich belastet würde, nur um die Eingliederungshilfe finanziell zu entlasten. Aus Sicht des bpa darf es aber nicht das Ziel der Reform sein, einen möglichst großen Finanzierungsanteil auf die Pflegeversicherung zu übertragen. Zudem droht hier, dass künftig in erheblichen Bereichen der heutigen Eingliederungshilfe die Pflegeversicherung und damit Pflegekassen und MDK Vertrags- und Prüfreime übernehmen. Damit würde die heutige Eingliederungshilfe inhaltlich massiven und wohl kaum gewollten Systemänderungen unterworfen.

C) Änderungsvorschlag

(3) ¹Die Leistungen der Pflegeversicherung gehen den Fürsorgeleistungen zur Pflege

1. nach dem Zwölften Buch,
2. nach dem Lastenausgleichsgesetz, dem Reparationsschädengesetz und dem Flüchtlingshilfegesetz,
3. nach dem Bundesversorgungsgesetz (Kriegsopferfürsorge) und nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen,

vor, soweit dieses Buch nichts anderes bestimmt. ²Leistungen zur Pflege nach diesen Gesetzen sind zu gewähren, wenn und soweit Leistungen der Pflegeversicherung nicht erbracht werden oder diese Gesetze dem Grunde oder der Höhe nach weitergehende Leistungen als die Pflegeversicherung vorsehen. ~~³Im häuslichen Umfeld im Sinne des § 36 der Pflegebedürftigen gehen die Leistungen der Pflegeversicherung den Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach dem Zwölften Buch, dem Bundesversorgungsgesetz und dem Achten Buch vor, es sei denn, bei der Leistungserbringung steht die Erfüllung der Aufgaben der Eingliederungshilfe im Vordergrund.~~ ⁴ Innerhalb und außerhalb ~~Außerhalb~~ des häuslichen Umfelds gehen die Leistungen der Eingliederungshilfe den Leistungen der Pflegeversicherung vor, soweit in diesem Buch nichts anderes bestimmt ist. ⁵Die notwendige Hilfe in den Einrichtungen nach § 71 Absatz 4 ist einschließlich der Pflegeleistungen zu gewähren.

Leistungen bei Pflegegrad 1 – § 28a SGB XI

Artikel 1, Nr. 7

A) Beabsichtigte Neuregelung

Pflegebedürftige in Pflegegrad 1 erhalten Anspruch auf den Wohngruppenzuschlag nach § 38a SGB XI, ohne dass sie Leistungen nach den §§ 36, 37, 38, 45b oder § 123 beziehen müssen.

B) Stellungnahme

Der bpa begrüßt diese Regelung. Damit wird sichergestellt, dass Pflegebedürftige in Pflegegrad 1 den Wohngruppenzuschlag in Anspruch nehmen können. Das war bisher nicht eindeutig geregelt. Denn in § 28a SGB XI ist zwar auch jetzt schon der Anspruch auf § 38a SGB XI verankert. Allerdings werden Leistungen nach § 38a SGB XI nur gewährt, wenn Leistungen nach den §§ 36, 37, 38, 45b oder § 123 SGB XI bezogen werden, auf die allerdings in Pflegegrad 1 kein Anspruch besteht. § 28a SGB XI hat daher in der bisherigen Formulierung einen Anspruch auf den Wohngruppenzuschlag postuliert, der aber faktisch nicht eingelöst werden konnte, weil die Bestimmungen von § 38a SGB XI dieses verhindert haben. Dieses Problem wird durch die Neuregelung behoben.

Der bpa fordert darüber hinaus, dass bei Pflegegrad 1 auch Leistungen der Verhinderungspflege und der Kurzzeitpflege gewährt werden. Dieses würde die pflegenden Angehörigen entlasten und die Versorgung der Pflegebedürftigen gerade in dem niedrigen Pflegegrad sicherstellen.

C) Änderungsvorschlag

In § 28a SGB XI werden folgende Nummer 9 und 10 neu hinzugefügt:

9. Verhinderungspflege gemäß § 39,

10. Kurzzeitpflege gemäß § 42.

Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfen – § 37 Abs. 3 Satz 3 SGB XI

Artikel 1, Nr. 10

A) Beabsichtigte Neuregelung

Pflegebedürftige und pflegende Angehörige müssen während der Beratung bei ihnen zu Hause auf die bestehenden Auskunfts-, Beratungs- und Unterstützungsangebote hingewiesen werden.

Der Bundesrat fordert, dass bei der Durchführung der Beratung durch kommunale Beschäftigte die Kommunen von der Pflegeversicherung auch eine Vergütung erhalten.

B) Stellungnahme

Der Hinweis auf weitere Möglichkeiten der Beratung für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen ist sinnvoll. Um jedoch eine Vollständigkeit des Angebots darzustellen, muss – neben den Pflegestützpunkten und der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI – ebenfalls auf die Beratungsmöglichkeiten nach § 45 SGB XI hingewiesen werden.

Der bpa lehnt die Forderung des Bundesrats nach Vergütung der kommunalen Beschäftigten aus der Pflegeversicherung entschieden ab. Zur grundsätzlichen Kritik an der Übertragung dieser Beratungsleistungen verweist der bpa auf seine Ausführungen zu den Modellvorhaben zur kommunalen Beratung nach § 123 SGB XI (s. Seite 59). Hier muss in aller Deutlichkeit noch einmal darauf hingewiesen werden: Die Beratung von Pflegegeldempfängern und ihren Angehörigen im Rahmen von § 37 Abs. 3 SGB XI erfolgt bisher sehr erfolgreich durch die von den Pflegekassen zugelassenen Pflegedienste, die eine qualitativ gute und qualifizierte Beratung flächendeckend gewährleisten. Jetzt soll – auf Drängen der Bundesländer – dieses bewährte System zumindest in Teilen aufgegeben werden, indem kommunale Beschäftigte diese Beratung übernehmen. Da die Kommunen auch Kostenträger sind, wird damit die bewährte Differenzierung zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern aufgeweicht. Die Kommunen steigen auf ihren eigentlichen Wunsch hin in die Leistungserbringung ein und wollen sich jetzt dafür auch noch von der Pflegeversicherung die Kosten erstatten lassen. Das ist nicht nachvollziehbar. Zu Recht weist die Stellungnahme darauf hin, dass die Kommunen diese Beratung „zusätzlich im eigenen Interesse einer Kontaktaufnahme mit den Pflegebedürftigen durchführen“. Dieses Interesse rechtfertigt es in keiner Weise, dafür aus dem Teilleistungssystem der Pflegeversicherung den Kommu-

nen auch noch eine Kostenerstattung zu gewähren.

C) Änderungsvorschlag

§ 37 Abs. 3 Satz 3 SGB XI wird wie folgt geändert:

„Die Pflegebedürftigen und die häuslich Pflegenden sind bei der Beratung auch auf die Auskunfts-, Beratungs- und Unterstützungsangebote des für sie zuständigen Pflegestützpunktes, **die Pflegekurse und individuellen Schulungen nach § 45** sowie auf die Pflegeberatung nach § 7a hinzuweisen.“

Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen – § 38a SGB XI

A) Gewünschte Neuregelung

Aufgrund der bestehenden Schwierigkeiten bei der Antragsbewilligung nach § 38a SGB XI hält der bpa eine Klarstellung in § 38a Abs. 1 Nr. 3 und 4 SGB XI für erforderlich. Um folgende Klarstellung wird gebeten:

1. die Beauftragung der Person (Präsenzkraft) nach § 38a Abs. 1 Nr. 3 SGB XI muss auch über den Pflegedienst erfolgen können. Eine direkte Beauftragung zwischen den Pflegebedürftigen und den Präsenzkraften kann, muss aber nicht vorliegen,
2. auch eine durchgehende Anwesenheit der beauftragten Präsenzkraft in der Wohngruppe führt nicht dazu, dass eine Versorgungsform vorliegt, in der gemäß § 38a Abs. 1 Nr. 4 SGB XI der Leistungen angeboten werden, die dem im jeweiligen Rahmenvertrag für die vollstationäre Pflege weitgehend entspricht.

Darüber hinaus hält der bpa dringend eine gesetzliche Klarstellung wie im bisherigen § 13 Abs. 3a SGB XI (zukünftig § 45b Abs. 3 SGB XI) für erforderlich, dass auch der Wohngruppenzuschlag nach § 38a SGB XI bei den Leistungen der Hilfe zur Pflege durch die Sozialhilfeträger keine Berücksichtigung findet.

B) Stellungnahme

In einigen Bundesländern, beispielsweise in Mecklenburg-Vorpommern, verweigern einzelne Pflegekassen seit 2014 flächendeckend und systematisch den WG-Zuschlag, weil sie trotz ambulanter Versorgung durch einen Pflegedienst pauschal eine stationäre Vollversorgung unterstellen, insbesondere wenn eine 24stündige Betreuung über Präsenzkraft in der WG sichergestellt wird und die Beauftragung der Präsenzkraft über die versorgenden Pflegedienste erfolgt und nicht direkt durch die Bewohner. Diese Versorgungsmodelle entsprechen aber der Lebenswirklichkeit und den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen in Wohngemeinschaften. Sofern die alternativen Wohnformen vom Gesetzgeber weiter gefördert werden sollen, ist es zwingend notwendig, diese Realitäten anzuerkennen und keine übermäßigen Anforderungen an die Organisation der Wohngruppen zu stellen, die die Pflegebedürftigen wie auch Angehörige überfordern. So hat das Bundessozialgericht zwischenzeitlich mit Urteil vom 18. Februar 2016 (B 3 P 5/14 R, vgl. dort unter Rdn. 18) bestätigt, dass auch die Bewohner in fremd organisierten Wohngruppen Anspruch auf den Wohngruppenzuschlag haben. Zudem ergibt sich aus dem eigenen Leistungs-

rechtlichen Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes zum SGB XI vom 26.04.2016, dass eine Anwesenheit der Präsenzkraft rund um die Uhr nicht erforderlich ist (Punkt 2.4 zu § 38a). Im Umkehrschluss ist eine durchgehende Anwesenheit aber eben auch nicht anspruchshindernd.

Es liegt gerade keine quasistationäre Versorgungsform vor, wenn die Präsenzkräfte – auch sofern sie rund um die Uhr erreichbar sind – keine individuellen pflegerischen Aufgaben verrichten und hierzu Leistungen des Pflegedienstes eingekauft werden. Damit unterscheidet sich das Versorgungsangebot wesentlich vom vollstationären Bereich. In allen anderen Fällen würde es sich dann um stationäre Versorgung handeln. Die vom Bundesgesetzgeber mit dem PSG I angestrebte Förderung von ambulant betreuten Wohngemeinschaften wird durch die Weigerung einiger Pflegekassen zur Zahlung des WG-Zuschlags massiv beeinträchtigt, wohingegen andere Pflegekassen den Zuschlag zahlen. Gleichwohl wird den Versicherten dieser Pflegekassen der Anspruch aus § 38a SGB XI dauerhaft verweigert. Ebenso kann die Bewohnergemeinschaft keine eigenen Zahlungen an die Präsenzkräfte leisten, weil sie in der Rechtsform der GbR nur schwer ein Konto bei einer Bank eröffnen kann. Im Interesse der Versicherten hält der bpa daher hier eine gesetzliche Klarstellung im PSG III für dringend erforderlich.

Hinsichtlich der erbetenen Klarstellung zur Nichtberücksichtigung des Wohngruppenschlages nach § 38a SGB XI bei den Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII verweist der bpa auf die (rechtswidrige) Verfahrensweise einiger überörtlicher Sozialhilfeträger, die den Wohngruppenschlag der Pflegekassen auf die Leistungen der Hilfe zur Pflege in Wohngruppen anrechnen. Insbesondere im Land Berlin haben sich aufgrund des dort vereinbarten Leistungskomplexsystems für Hilfebedürftige, welche in ambulanten Wohngruppen durch Pflegedienste versorgt werden (LK 19 und 38), zahlreiche rechtliche Auseinandersetzungen um die Anrechnung des Wohngruppenschlages entwickelt, die mittlerweile vor dem Bundessozialgericht anhängig sind (B 8 SO 13/16 R; B 8 SO 14/16 R). Auch in anderen Bundesländern ohne spezielle SGB XII-Leistungskomplexe für ambulante Wohngruppen war die Frage bereits Gegenstand gerichtlicher Auseinandersetzung und wurde zugunsten der Hilfebedürftigen entschieden, so dass der Wohngruppenschlag nach § 38a SGB XI zusätzlich zu den Leistungen der Hilfe zur Pflege zu gewähren ist (SG Halle, Beschluss vom 6. März 2014 – S 24 SO 223/13 ER). Der bpa weist darauf hin, dass der mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz von 2012 eingeführte Wohngruppenschlag eine zusätzliche Leistung für Pflegeversicherte Personen bedeuten sollte und maßgeblich zum Aufbau und zur Förderung von alternativen Wohnformen beitragen soll, in dem die Hilfebedürftigen dort einen Zuschlag für die Kosten erhalten, die im Zusammenhang mit der Verwaltung und Organisation der Wohngruppe entstehen. Der Wohngruppenschlag dient hingegen nicht der Entlastung

der Sozialhilfeträger von der Hilfe zur Pflege. Insbesondere in Berlin handelt es sich bei den SGB XII-Leistungskomplexen 19 und 38 um Leistungen der individuellen Pflege, die gerade nicht Gegenstand der Leistungen des Wohngruppenzuschlages nach § 38a SGB XI ist und folglich auch nicht mit der Hilfe zur Pflege nach § 61 SGB XI verrechnet werden darf. Der bpa fordert hier daher eine gesetzliche Klarstellung, entsprechend der Regelung, wie sie auch für die bisherigen zusätzlichen Betreuungsbeträge nach § 45b SGB XI im § 13 Abs. 3a SGB XI bestand, der nunmehr auf den Entlastungsbetrag in den § 45b Abs. 3 SGB XI verlagert werden soll.

C) Änderungsvorschlag

§ 38a SGB XI wird wie folgt geändert:

(1) Pflegebedürftige haben Anspruch auf einen pauschalen Zuschlag in Höhe von 205 Euro monatlich, wenn

3. eine Person **oder ein Anbieter, der eine solche Person beschäftigt**, von den Mitgliedern der Wohngruppe gemeinschaftlich beauftragt ist, unabhängig von der individuellen pflegerischen Versorgung allgemeine organisatorische, verwaltende, betreuende oder das Gemeinschaftsleben fördernde Tätigkeiten zu verrichten oder hauswirtschaftliche Unterstützung zu leisten, und

4. keine Versorgungsform vorliegt, in der der Anbieter der Wohngruppe oder ein Dritter den Pflegebedürftigen Leistungen anbietet oder gewährleistet, die dem im jeweiligen Rahmenvertrag nach § 75 Absatz 1 für vollstationäre Pflege vereinbarten Leistungsumfang weitgehend entsprechen; **eine solche Versorgungsform liegt nicht schon allein dann vor, wenn Personen nach Nummer 3 durchgehend in der Wohngruppe anwesend sind.** Der Anbieter einer ambulant betreuten Wohngruppe hat die Pflegebedürftigen vor deren Einzug in die Wohngruppe in geeigneter Weise darauf hinzuweisen, dass ~~dieser~~—Leistungsumfang **für vollstationäre Pflege** von ihm oder einem Dritten in der Wohngruppe nicht erbracht wird, sondern die Versorgung **jeweils individuell zu vereinbaren ist und** auch durch die aktive Einbindung ihrer eigenen Ressourcen und ihres sozialen Umfeldes sichergestellt werden kann.

Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 3 angefügt:

(3) Der Wohngruppenzuschlag nach Absatz 1 findet bei den Fürsorgeleistungen zur Pflege nach § 13 Absatz 3 Satz 1 keine Berücksichtigung.

figung. § 63b Absatz 1 Satz 3 des Zwölften Buches findet auf den Wohngruppenschlag keine Anwendung.

Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson – § 39 SGB XI

A) Gewünschte Neuregelung

Der bpa hält eine Klarstellung zur Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI für erforderlich. Im Einvernehmen mit der Auslegung des GKV-Spitzenverbandes im leistungsrechtlichen Rundschreiben ist der bpa der Auffassung, dass die Verhinderungspflege auch bei stundenweiser Verhinderung und für regelmäßige persönliche Termine der Pflegeperson in Anspruch genommen werden darf.

B) Stellungnahme

In der Pflegefachpresse sind zuletzt wiederholte Artikel einzelner Autoren erschienen (Richter in: Häusliche Pflege 3/2016, S. 60 ff., 4/2016, S. 19; 5/2016, S. 20 ff.; sowie Heiber in: Häusliche Pflege 7/2014, S. 7 f.), die u.a. eine regelmäßige und geplante Inanspruchnahme von Leistungen der Verhinderungspflege in Frage stellen, soweit die Verhinderung der Pflegeperson nicht nur kurzzeitig besteht, sondern regelmäßig genutzt wird, um in einem Mindestmaß auch eigenen Bedürfnissen, Treffen mit Freunden oder Hobbies nachzugehen. Konkret ging es dabei um regelmäßige Termine einer Pflegeperson im Sportverein, die den Einsatz von Verhinderungspflege erforderlich machen – meist stundenweise.

Nach Auffassung des bpa ist dies ein nahezu typischer Anwendungsfall bei der Verhinderungspflege und wird auch seitens der Pflegekassen bisher so bewilligt. Gleichwohl behaupten die in der Pflegefachpresse bekannten Autoren der oben erwähnten Artikel wiederholt öffentlich und nachdrücklich das Gegenteil, so dass sowohl Kunden als auch Pflegedienste erheblich verunsichert werden und Rückforderungen und weitere Konsequenzen seitens der Pflegekasse fürchten. Auch wenn bereits andere namhafte Pflegerechterspezialisten, die regelmäßige Verhinderungstermine als geplante Erholungsphasen als von dem Verhinderungspflegeanspruch nach § 39 SGB XI umfasst ansehen, hält der bpa eine dahingehende gesetzliche Klarstellung im PSG III für dringend erforderlich, so dass die Verhinderungspflege auch regelmäßig an bestimmten Tagen oder Stunden in Anspruch genommen werden kann. Denn dies trägt dazu bei, die Pflegebereitschaft von pflegenden Angehörigen in der übrigen Zeit zu erhalten und neue Kräfte zu schöpfen. Dazu sollen sie Erholungszeiten, wie z.B. Treffen mit Freunden und Vereinstermine, wahrnehmen können, auch soweit diese regelmäßig stattfinden. Zum anderen ist die ausdrückliche Aufnahme der stundenweisen Verhinderungspflege ins Gesetz sinnvoll, weil die grundsätzliche Gewährung der stundenweisen Verhinde-

rungspflege schon lange der Praxis der Pflegekassen entspricht und daher die Versicherten auch ausdrücklich im Gesetz auf diesen Anspruch hingewiesen werden sollten.

C) Änderungsvorschlag

§ 39 Abs. 1 SGB XI wird nach Satz 1 wie folgt ergänzt:

(1) Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegekasse die nachgewiesenen Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für längstens sechs Wochen je Kalenderjahr; § 34 Absatz 2 Satz 1 gilt nicht. **Die Verhinderung kann auch stundenweise und für regelmäßige persönliche Termine der Pflegeperson in Anspruch genommen werden.** Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat. Die Aufwendungen der Pflegekasse können sich im Kalenderjahr auf bis zu 1 612 Euro belaufen, wenn die Ersatzpflege durch andere Pflegepersonen sichergestellt wird als solche, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder die mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben.

Stationäre Leistungsbeträge – § 43 SGB XI

Änderungsantrag 6 der Fraktionen CDU/CSU und SPD

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Leistungsbetrag für vollstationäre Dauerpflege darf für Unterkunft und Verpflegung verwandt werden, soweit er die pflegerischen Aufwendungen und die Aufwendungen für medizinische Behandlungspflege übersteigt.

B) Stellungnahme

Der bpa begrüßt diese Neuregelung, für die er sich seit längerem eingesetzt hat.

Bereits von Anfang hat der bpa darauf hingewiesen, dass es in einigen Fällen rechnerisch auch zu sogenannten negativen Eigenanteilen kommen wird. Dies geschieht dann, wenn der Pflegesatz niedriger ist als die Pflegesachleistung. Die vom bpa geforderte Klarstellung, dass in solchen Fällen der Differenzbetrag zur Mitfinanzierung der Kosten von Unterkunft und Verpflegung genutzt werden kann, um Leistungskürzungen zu vermeiden, fehlte bisher im Gesetz. Diese Regelungslücke ist nun erkannt worden und wird mit dem vorliegenden Änderungsantrag geschlossen. Das wird dazu führen, dass auch Bewohner in Pflegeheimen mit eher niedrigen Pflegesätzen den vollen Leistungsbetrag aus der Pflegeversicherung erhalten. Ein Heimplatz wird dadurch insbesondere für Bewohner in den neuen Bundesländern deutlich preiswerter.

C) Änderungsvorschlag

Keinen.

Entlastungsbetrag – § 45b SGB XI

Artikel 1, Nr. 13

A) Beabsichtigte Neuregelung

Für die Inanspruchnahme des Entlastungsbetrags nach § 45b SGB XI bedarf es künftig keines Antrags mehr, sondern der Anspruch besteht, wenn die Voraussetzungen nach § 45b Abs. 1 Satz 1 SGB XI erfüllt sind.

Der Entlastungsbetrag wird künftig nicht auf den Leistungsanspruch des Sozialhilfeträgers angerechnet und steht damit auch Empfängern von Fürsorgeleistungen zu.

B) Stellungnahme

Keine Antragsnotwendigkeit

Der bpa begrüßt diese Neuregelung, für die er sich aufgrund von Praxiserkenntnissen seit längerem eingesetzt hat, außerordentlich.

Der bpa hatte bereits die rechtliche Klärung der Ansprüche von Versicherten auf Leistungen nach § 45 b Abs. 1a SGB XI ohne ein gesondertes Antragsverfahren, wie es auch der GKV-Spitzenverband in seinem Rundschreiben zum SGB XI vertreten hat, unterstützt. Bereits mit Auftreten der neu erhobenen flächendeckenden Forderung, bei der Entlastungsleistung auf einen gesonderten Antrag zu bestehen, hatte der bpa den Pflegebeauftragten der Bundesregierung informiert und eine gesetzliche Klarstellung erbeten. Dieser Bitte ist die Bundesregierung nun nachgekommen.

Damit wird klargestellt, dass der Anspruch auf den Entlastungsbetrag mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI und dem Vorliegen von häuslicher Pflege besteht. Ab diesem Zeitpunkt steht der Entlastungsbetrag den Anspruchsberechtigten monatlich jeweils ohne weiteres zur Verfügung. Ab diesem Zeitpunkt kann auch der Entlastungsbetrag – ebenso wie bisher die zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen – innerhalb des jeweiligen Kalenderjahres in Anspruch genommen werden. Das bedeutet, dass die grundsätzlich monatlich entstehenden Ansprüche, soweit sie in dem jeweiligen Monat nicht genutzt werden, nicht verfallen, sondern die nicht ausgenutzten Beträge auch noch im weiteren Verlauf des Kalenderjahres genutzt werden können (sog. „Ansparen“). Am Ende des Kalenderjahres nicht verbrauchte Beträge können zudem noch bis in das darauffolgende Kalenderhalbjahr übertragen werden. Dies ermöglicht damit weiterhin eine besonders flexible und bedarfs-

gerechte Handhabung des Anspruchs, ohne das grundsätzliche Ziel aus den Augen zu verlieren, den Betroffenen eine möglichst kontinuierliche Entlastung zu ermöglichen und Anreize zu setzen, diese auch tatsächlich wahrzunehmen. Einer gesonderten Antragstellung vor Beginn des Bezugs von Leistungen bedarf es nicht, um den Anspruch auf den Entlastungsbetrag entstehen zu lassen. Es reicht aus, wenn der Antrag auf die Erstattung der Kosten für die entstandenen Eigenbelastungen nachträglich eingereicht wird.

Ferner wird begrüßt, dass der Entlastungsbetrag weiterhin keine Berücksichtigung und damit Anrechnung bei den Fürsorgeleistungen zur Pflege findet.

C) Änderungsvorschlag

Keinen.

Berücksichtigung der Empfehlungen nach § 8a SGB XI beim Versorgungsvertrag – § 72 Abs. 3 SGB XI

Stellungnahme des Bundesrats, Ziffer 18

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Bundesrat fordert, dass ein Anspruch auf Abschluss eines Versorgungsvertrags nur besteht, wenn der Vertragsinhalt nicht in Widerspruch zu den Empfehlungen der Pflegeausschüsse nach § 8a SGB XI steht.

B) Stellungnahme

Der bpa lehnt diese Forderung ab. Zu seiner Kritik an den Empfehlungen der Ausschüsse nach § 8a SGB XI wird auf die entsprechenden Ausführungen verwiesen (s. Seite 15 zum sektorenübergreifenden Landespflegeausschuss, Seite 17 zu den regionalen Pflegeausschüssen, Seite 19 zu den Pflegestrukturplanungsempfehlungen und Seite 21 zur Berücksichtigung der Empfehlungen bei den Versorgungs-, Vergütungs- und Rahmenverträgen).

Mit dem Änderungsbegehren des Bundesrates würde der Abschluss von Versorgungsverträgen abhängig sein von regionalen Empfehlungen. Folgt der Bundesgesetzgeber dem Ansinnen des Bundesrates, würde er faktisch einen Teil seiner Gesetzgebungskompetenz aufgeben und es den Ländern ermöglichen, die Zulassungskriterien mitzubestimmen. Der Bundesrat weist selbst in seiner Begründung darauf hin, dass es ohne die von ihm gewollte Änderung einen Kontrahierungszwang bei der Zulassung gibt. Dieser darf auch nicht aufgegeben werden! Denn dieser hat dazu beigetragen, dass es in der Bundesrepublik ein flächendeckendes Angebot an Pflegeheimen und Pflegediensten gibt. Angesichts des demografischen Wandels und der weiter zunehmenden Pflegebedürftigkeit darf es beim notwendigen weiteren Ausbau der pflegerischen Infrastruktur keine neuen Hindernisse geben. Der bpa appelliert daher dringend an die Bundesregierung, dem Änderungswunsch des Bundesrates nicht zu entsprechen. An dieser Stelle sei erneut auf die Aussage des Pflegebeauftragten der Bundesregierung, Staatssekretär Karl-Josef Laumann, verwiesen:

"Eine wichtige kommunalpolitische Aufgabe ist es, eine ausreichende Zahl an altersgerechtem Wohnraum bereitzustellen. Aber es kann nicht die Aufgabe der Kommune sein, eine verbindliche Pflegebedarfsplanung umzusetzen. Das habe ich massiv verhindert. Nicht die Kommune, sondern die Vielfalt der Anbieter hat nach der Marktöffnung in den letzten Jahren dazu beigetragen, dass neue bedarfsgerechte Angebote vor Ort entstan-

den sind." (Meldung von Care Invest vom 25. April 2016)

Öffnung stationärer Pflegeeinrichtungen – § 72 Abs. 5 SGB XI

Stellungnahme des Bundesrats, Ziffer 19

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Bundesrat fordert, dass Pflegeheime unterstützende Leistungen für Pflegebedürftige, die keine Bewohner sind, erbringen können sollen. Dazu soll ein entsprechender Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI abgeschlossen werden.

B) Stellungnahme

Der bpa begrüßt diesen Änderungsvorschlag ausdrücklich. Es ist richtig, die Kompetenzen, das Personal und die Infrastruktur stationärer Pflegeeinrichtungen zu nutzen und ihnen somit eine stärkere Öffnung in das Quartier zu ermöglichen. Zu Recht verweist der Bundesrat in seiner Begründung darauf, dass die Angebote der Pflegeheime die Versorgung von Pflegebedürftigen in der unmittelbaren Umgebung der Einrichtung optimal ergänzen können und dass dadurch vor Ort die Versorgung weiter verbessert werden könnte.

Der bpa hatte in diesem Zusammenhang bereits in seiner Stellungnahme zum Zweiten Pflegestärkungsgesetz vorgeschlagen, dass Pflegeheime auch Leistungen der teilstationären Pflege anbieten können sollten. Dieses wäre eine weitergehende Ergänzung des Vorschlags des Bundesrates.

Immer wieder wird betont, dass die heutigen Pflegeheime sich zu regionalen Kompetenzzentren entwickeln sollen. Es ist naheliegend und unbestritten, dass sie in den Regionen eine wichtige Rolle nicht nur bei der Bewältigung von Pflegebedürftigkeit spielen können, sondern auch mit Beratung, Schulung, Information und vielfältigen Angeboten aufwarten können. Unproblematisch wäre es z.B. möglich, zu einem flächendeckenden Angebot an Tagespflege beizutragen durch eine einfache Ausweitung des Versorgungsauftrages der Pflegeheime durch die Möglichkeit, integrierte Tagespflege anbieten zu können. Damit würde dem Leitbild des regionalen Pflege-Kompetenzzentrums erkennbar gefolgt.

Deshalb schlägt der bpa vor, dass auch Pflegeheime eine integrierte Tagespflege anbieten können. Zugelassene Pflegeheime sind anerkannte Anbieter und bieten Gewähr für eine verlässliche pflegerische Versorgung. Dieses Potential der über 13.000 Pflegeheime sollte zum flächendeckenden Ausbau der teilstationären Strukturen genutzt werden.

C) Änderungsvorschläge

§ 71 Abs. 2 SGB XI und § 72 Abs. 2 SGB XI werden wie folgt gefasst:

§ 71 Abs. 2 SGB XI

Stationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime) im Sinne dieses Buches sind selbständig wirtschaftende Einrichtungen, in denen Pflegebedürftige:

1. unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt werden,
2. ganztägig (vollstationär) oder tagsüber oder nachts (teilstationär) untergebracht und verpflegt werden können.

Pflegeheime können dabei auch teilstationäre Versorgung gemäß § 41 anbieten.

§ 72 Abs. 2 SGB XI

Der Versorgungsvertrag wird zwischen dem Träger der Pflegeeinrichtung oder einer vertretungsberechtigten Vereinigung gleicher Träger und den Landesverbänden der Pflegekassen im Einvernehmen mit den überörtlichen Trägern der Sozialhilfe im Land abgeschlossen, soweit nicht nach Landesrecht der örtliche Träger für die Pflegeeinrichtung zuständig ist; für mehrere oder alle selbständig wirtschaftenden Einrichtungen (§ 71 Abs. 1 und 2) eines Pflegeeinrichtungsträgers, die vor Ort organisatorisch miteinander verbunden sind, kann ein einheitlicher Versorgungsvertrag (Gesamtversorgungsvertrag) geschlossen werden. **Der Versorgungsvertrag der Pflegeheime erstreckt sich dabei regelmäßig auch auf die teilstationäre Versorgung.** Er ist für die Pflegeeinrichtung und für alle Pflegekassen im Inland unmittelbar verbindlich.

Rahmenverträge, Bundesempfehlungen und -vereinbarungen über die pflegerische Versorgung – § 75 Abs. 2 SGB XI

Artikel 1, Nr. 16

A) Beabsichtigte Neuregelung

In den Landesrahmenverträgen nach § 75 SGB XI sollen künftig auch Regelungen zu den Vertragsvoraussetzungen und zur Vertragserfüllung für eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung, zu Abrechnungsprüfungen und zu Grundsätzen für die Zahlung einer ortsüblichen Vergütung aufgenommen werden.

B) Stellungnahme

Der bpa lehnt diese Änderungen ab. Sie führen zu mehr Bürokratie, wirken der Rechtsklarheit entgegen und sind entbehrlich, da die bestehenden Regelungen bereits völlig ausreichen. Zudem droht die wettbewerbliche Ausgestaltung der Pflegeversicherung ausgehöhlt zu werden, obwohl sie eine herausragende Rolle beim Aufbau eines flächendeckenden Angebotes bei gleichzeitiger Begrenzung der Kosten gespielt hat.

Zu den Vertragsvoraussetzungen und zur Vertragserfüllung für eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung:

Ziel dieser Regelung soll offenbar ein Schutz vor unlauteren Anbietern sein. Dabei verweist die Begründung selbst auf § 72 Absatz 3 Satz 1 Nr. 2 SGB XI, wonach die Pflegeeinrichtungen jederzeit die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung bieten müssen. Zu Recht heißt es dazu in der Begründung: „Dies umfasst im rechtmäßigen Geschäftsverkehr eine ordnungsgemäße Vertragserfüllung und deren Abrechnung.“ Damit verweist der Gesetzgeber selbst darauf, dass es für sein Anliegen bereits eine entsprechende Gesetzesregelung gibt. Einer weiteren bedarf es nach Ansicht des bpa daher nicht. Der Gesetzgeber geht aber weiter und will nun landesrechtliche Einzelregelungen ermöglichen. Das würde bedeuten, dass alle sechzehn Bundesländer für die Zulassung auf Landesebene unterschiedliche Anforderungen formulieren könnten. Einem Pflegedienst-Inhaber, der in Brandenburg alle Anforderungen des Rahmenvertrags erfüllt, könnte in Berlin der Rahmenvertrag verweigert werden, weil er dort nicht alle Anforderungen an die „Geeignetheit“ seiner Person erfüllt. Die Zulassung eines Leistungserbringers wäre damit faktisch nicht mehr gesetzlich geregelt, sondern lediglich durch ei-

nen Normsetzungsvertrag. Zudem würde damit der Flickenteppich an unterschiedlichen Regelungen in der Bundesrepublik Deutschland vergrößert werden. Der bpa warnt eindringlich davor. Ein Wettbewerb der Bundesländer um die schärfsten Vertragsvoraussetzungen bringt den Pflegebedürftigen und den Kostenträgern nicht mehr Sicherheit, erschwert aber den notwendigen Ausbau der Pflege-Infrastruktur, der angesichts der demografischen Entwicklung dringend notwendig ist. Es braucht hier keine neuen und schärferen Regelungen, sondern die Anwendung und Umsetzung der bereits bestehenden.

Der bpa appelliert daher dringend an den Gesetzgeber, insbesondere die in der Begründung genannten Punkte hinsichtlich der Kriterien zur Geeignetheit und Zuverlässigkeit des Inhabers, des Gesellschafters, des Geschäftsführers oder der verantwortlichen Pflegefachkraft der Pflegeeinrichtung zu streichen. Denkbar wäre eine Regelung analog der bestehenden Landesheimgesetze, deren vergleichbare Anwendung im ambulanten Sektor aus bpa-Sicht nichts entgegensteht.

Außerdem fordert der bpa, dass Rechnungslegungs- und Buchführungsunterlagen einschließlich der Leistungsnachweise nicht in den Landesrahmenverträgen geregelt werden dürfen. Solche Vorschriften greifen tief in die Entscheidungshoheit der Pflegeeinrichtungen ein und berühren Betriebsinterna. Die Buchführung wird darüber hinaus bereits durch die Pflege-Buchführungsverordnung sowie durch die allgemeinen Grundsätze kaufmännischer Buchführung normiert. Insofern sind Regelungen zu Buchführungsunterlagen nicht nur verzichtbar, sondern auch verwirrend. Entscheidend ist, dass eine Leistung erbracht und nur der dafür vereinbarte Preis abgerechnet wurde. Eine externe Steuerung der Kosten einer Pflegeeinrichtung ist weder hilfreich noch angemessen, zumal das betriebliche Risiko in jedem Fall beim Träger verbleibt. Die Regulierungsdichte in der Pflege ist bereits jetzt äußerst hoch; durch solche Änderungen darf nicht jede unternehmerische Freiheit eingeschränkt werden.

Zu den Abrechnungsprüfungen:

Es besteht keine Notwendigkeit, in jedem Landesrahmenvertrag Regelungen zu den Abrechnungsprüfungen zu vereinbaren, weil bereits jetzt in den Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen Regelungen zur Abrechnung getroffen werden können und die Abrechnung von den Pflegekassen jederzeit geprüft werden kann. Zudem ist durch die neue Qualitätsprüfungsrichtlinie für die Abrechnungsprüfung, sowohl für Leistungen des SGB XI als auch des SGB V, Bestandteil der jährlichen Regelprüfung des MDK. Bei Verdacht oder Anlass kann zudem jederzeit die Abrechnung geprüft werden. Eine Notwendigkeit, die Verfahren dafür zu beschreiben, besteht daher nicht. Denn bereits jetzt heißt es in § 75 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2

SGB XI:

„Die Verträge regeln insbesondere ... die allgemeinen Bedingungen der Pflege einschließlich ... der Abrechnung der Entgelte und der hierzu erforderlichen Bescheinigungen und Berichte.“

Dass diese Regelungen ausreichend sind, zeigen auch die Fälle, in denen die Kostenträger auf dieser Grundlage gegen Betrugsfälle vorgegangen sind und die entsprechenden Leistungserbringer sanktioniert wurden und Rückzahlungen geleistet haben.

Zu den Grundsätzen für die Zahlung einer ortsüblichen Vergütung:

Aus Sicht des bpa besteht keine Notwendigkeit für diese Regelung. Um sittenwidrige Löhne in den Pflegeeinrichtungen zu vermeiden, bedarf es dieser nicht. Die in der Begründung erwähnten Küchen- und Hauswirtschaftskräfte fallen zwar nicht unter eine Verordnung nach dem Arbeitnehmer-Entsendegesetz, aber unter das Mindestlohngesetz. Insofern sind sie entsprechend geschützt. Für Pflegefachkräfte besteht angesichts des gravierenden Fachkräftemangels und des Pflegemindestlohns ohnehin keine Gefahr von Niedriglöhnen. Laut Gesetzesbegründung sollen durch die ortsübliche Entlohnung Niedriglöhne verhindert werden, dieser Zweck wird durch die Mindestlohnregelungen erfüllt, damit ist die Regelung obsolet. Zudem ist dem Gesetzgeber der Eingriff in die Tarifautonomie verfassungsrechtlich untersagt. Darüber hinaus wird auch an dieser Stelle wieder deutlich, dass der Gesetzgeber die Regulierungsdichte und die bürokratischen Anforderungen immer weiter erhöht. Immer mehr Nachweisebenen sind aus Sicht des bpa nicht erforderlich. An dieser Stelle muss auch darauf hingewiesen werden, dass eine wettbewerbliche Ausrichtung auch eine Konkurrenz über die Kosten der Leistung notwendig braucht. Eine über die oben beschriebene Mindestabsicherung hinausgehende Regelung würde letztlich zu einer Verteuerung der Pflege auf dem Niveau der höchsten Personalkosten führen, wobei dann auch klar zu formulieren wäre, dass es bei unveränderter Sachleistung der Pflegebedürftigen und die Sozialhilfeträger wären, welche die Mehrkosten zu tragen hätten.

C) Änderungsvorschläge

Die Änderungen in § 75 Abs. 2 SGB XI werden wieder gestrichen:

...

2. die allgemeinen Bedingungen der Pflege einschließlich ~~der Vertragsvoraussetzungen und der Vertragserfüllung für eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung~~, der Kostenübernahme

der Abrechnung der Entgelte und der hierzu erforderlichen Bescheinigungen und Berichte,

...

7. die Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze für Wirtschaftlichkeits-~~und Abrechnungs~~prüfungen,

...

~~10. die Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze für die Zahlung einer ortsüblichen Vergütung an die Beschäftigten nach § 72 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2.~~

Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen – § 79 Abs. 4 SGB XI

Artikel 1, Nr. 17

A) Beabsichtigte Neuregelung

Zur weiteren Prüfmöglichkeit der Abrechnungen von Pflegeleistungsanbietern werden die bestehenden Vorschriften zur Wirtschaftlichkeitsprüfung um Abrechnungsprüfungen erweitert.

B) Stellungnahme

Der bpa lehnt diese Regelung entschieden ab. Wie bereits oben zu den Rahmenverträgen nach § 75 Abs. 2 SGB XI ausgeführt, bedarf es keiner gesonderten Regelungen zu den Abrechnungsprüfungen, weil diese bereits heute möglich sind und auch tatsächlich durchgeführt werden. Ganz offensichtlich ist die Berichterstattung im April dieses Jahres über den Betrug von Pflegediensten („Die Welt“ vom 17. April 2016: „Betrug durch russische Pflegedienste grassiert“) der Hintergrund dafür. Der Gesetzgeber versucht nun mit einem Maßnahmenpaket an diversen Stellen in den Sozialgesetzbüchern die Regelungen für Abrechnungsprüfungen zu erweitern und zu verschärfen.

Der Bundesgesetzgeber sieht sich hier offenbar unter Handlungsdruck –

- ohne die bereits bestehenden Möglichkeiten zur Abrechnungsprüfung ausreichend zu würdigen,
- ohne die möglicherweise nicht ausreichende Umsetzung der Abrechnungsprüfungen vor Ort durch Pflegekassen und Sozialhilfeträger zu thematisieren und
- ohne abzuwägen, ob es angesichts des bekannt gewordenen Betrugs angemessen ist, eine derart umfassende Verschärfung mit erheblichem bürokratischen Aufwand auf alle 26.000 deutschen Pflegeeinrichtungen auszudehnen.

Die Abrechnungsprüfung soll sich auch auf Erstattungsleistungen wie die Verhinderungspflege beziehen. Das ist aus Sicht des bpa nicht möglich, es sei denn, dass beim Pflegebedürftigen selbst eine Abrechnungsprüfung vorgenommen werden soll.

Umfasst werden soll auch die Abrechnung der Leistungen für Unterkunft und Verpflegung nach § 87 SGB XI. Das ist aus Sicht des bpa überflüssig,

weil die Pflegeheime aufgrund des Differenzierungsverbots bei diesen Kosten nicht von den vereinbarten abweichen dürfen und es sich um eine taggenaue Abrechnung handelt. Diese Regelung verkennt die Situation in der stationären Pflege. Sie ist überflüssig; ein weiteres Instrument zur Abrechnungsprüfung ist nicht notwendig. Der guten Ordnung halber sei darauf hingewiesen, dass Grundlage der Wirtschaftlichkeitsprüfung unverändert die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit der Pflegeleistungen ist, nicht aber die Verfügungsgewalt über die Buchhaltungsunterlagen der Pflegeeinrichtung.

C) Änderungsvorschlag

§ 79 Abs. 4 SGB XI wird gestrichen.

Berechnung der einheitlichen Eigenanteile – § 91e SGB XI

A) Gewünschte Neuregelung

Zur künftigen Umsetzung der einheitlichen Eigenanteile in stationären Pflegeeinrichtungen wäre eine gesetzliche Klarstellung hilfreich, um einerseits die gesetzlichen Anforderungen zu erfüllen und andererseits eine für alle Beteiligten sowie dann insbesondere für pflegebedürftige Menschen nachvollziehbare Regelung zu schaffen, die bundesweit einheitlich gilt. Diese Klarstellung müsste abweichende Regelungen in den 16 Landesrahmenverträgen kurzfristig obsolet machen.

B) Begründung

Der bpa schlägt folgende Vorgehensweise zur Berechnung der einheitlichen Eigenanteile vor.

Grundsätzlich wird immer der volle Kalendermonat abgerechnet. Ermittelt werden die durchschnittlichen Monatstage mit dem Durchschnitt der Jahrestage aus vier Jahren inkl. Schaltjahr (30,4375 - hilfsweise 30,42). Somit bleiben die Beträge für die Pflegesachleistung, den Bestandsschutzbetrag und den einrichtungseinheitlichen Eigenanteil konstant. Zudem stehen sowohl ein monatlicher einrichtungseinheitlicher Eigenanteil zur Verfügung, als auch ein rechnerisch ermittelter täglicher einrichtungseinheitlicher Eigenanteil.

Bei Abwesenheitstagen wird ergänzend zur ausgewiesenen vollen Monatsabrechnung auf die tatsächlich relevanten Abwesenheitstage Bezug genommen und die jeweils im Bundesland vereinbarte Abwesenheitsregelung aufgegriffen. Hier wird somit der Abzugsbetrag ausgewiesen. Die leichten Abweichungen werden in Kauf genommen, zumal sich diese ausgleichen dürften.

Es ist darauf hinzuweisen, dass es trotzdem zu minimalen Abweichungen beim monatlichen einheitlichen Eigenanteil kommen kann, die auf wohl kaum vermeidbare Rundungsungenauigkeiten bei der Rechnung mit 30,42 Tagen zurückzuführen sind. Folgende Tabelle macht dies deutlich:

PG	PS täglich	PS monatlich	LB	EA	EA täglich	EA monatlich	Abweichung
2	44,38	1350,04	770	580,04			0,07
3	6055	1841,93	1262				0,18
4	77,42	2355,12	1775				-0,01
5	84,98	2585,09	2005	580,09	19,07	580,11	0.02

Es bedarf daher einer entsprechenden Klarstellung des Gesetzgebers, dass trotz dieser minimalen Abweichungen die gesetzlichen Anforderungen an einen innerhalb der Pflegegrade einheitlichen Eigenanteil erfüllt sind.

Bei Teilmonaten wird ebenfalls ergänzend zur ausgewiesenen vollen Monatsabrechnung ein Abzugsbetrag ausgewiesen, der auf die tatsächlich in Anspruch genommenen Belegungstage Bezug nimmt. Damit wird der tatsächlich zu tragende Betrag separat ausgewiesen. Die leichten Abweichungen werden in Kauf genommen, zumal sich diese ausgleichen dürften.

Der Bestandsschutzbetrag ermittelt sich aus der Differenz der Eigenanteile Dezember 2016 und Januar 2017 und wird dann konstant unverändert gezahlt.

Die Pflegereform wird genutzt, um bundeseinheitliche Abrechnungsstandards zu schaffen. Jedenfalls bei einer taggenauen Abrechnung, die in einigen Bundesländern das gängige Verfahren darstellt, erweist sich ansonsten offenbar der unabhängig von der Zahl der Kalendertage im Monat gleichbleibende Leistungsbetrag der Pflegeversicherung für die Berechnung des einrichtungseinheitlichen Eigenanteils als problematisch.

Notwendig ist eine gesetzliche Regelung, da eine Anpassung zahlreicher Rahmenverträge sowohl zeitlich scheitern wird, als auch an den bisherigen Regelungen, welche im jeweiligen Bundesland eine gewisse Übung haben entstehen lassen.

Vermieden wird damit z.B. eine Abrechnung, die in jedem Monat von den vertraglich vereinbarten Pflegesätzen abweichen könnte. Gesichert ist der auszuweisende einheitliche Eigenanteil. Gesichert ist darüber hinaus vor allem, dass die Verantwortlichen vor Ort nur eine überschaubar komplexe Regelung in den Gesprächen mit pflegebedürftigen Menschen und Angehörigen erläutern müssen.

Allen Beteiligten wird eine gemeinsame Regelung zur Abrechnung zur Verfügung gestellt, die erhebliche Komplikationen (nicht nur) zum Jahresbeginn vermeidet und eine einheitliche Programmierung ermöglicht.

C) Änderungsvorschlag

Anfangs- und Endzeit bei ambulanter Pflege – § 105 SGB XI

Stellungnahme des Bundesrates, Ziffer 23

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Bundesrat fordert, dass bei der Abrechnung von Leistungen der ambulanten Pflege die Anfangs- und Endzeit angegeben werden muss.

B) Stellungnahme

Der bpa lehnt diese Forderung ab. Entgegen der Vorstellung des Bundesrates, dass dadurch die Durchführung der Pflege für alle Beteiligten transparenter werden würde, wird sie vor allem zu einer zusätzlichen Belastung für die Pflegekräfte werden, die wieder mehr Zeit für die Dokumentation aufbringen müssten. Dieses wäre ein Rückschlag für die bisher erfolgreiche Entbürokratisierung der Pflege.

Der bpa kritisiert auch die hinter diesem Vorschlag stehende Begründung. Die beabsichtigte Neuregelung soll eingeführt werden, um Vertragsverstöße gezielt überprüfen zu können und Abrechnungsbetrug gerichtsfest nachzuweisen. Ganz offensichtlich ist die Berichterstattung im April dieses Jahres über den Betrug von Pflegediensten („Die Welt“ vom 17. April 2016: „Betrug durch russische Pflegedienste grassiert“) der Hintergrund dafür. Der Bundesrat will nun, ebenso wie die Bundesregierung, an diversen Stellen in den Sozialgesetzbüchern die Regelungen für Abrechnungsprüfungen zu erweitern und zu verschärfen,

- ohne die bereits bestehenden Möglichkeiten zur Abrechnungsprüfung ausreichend zu würdigen,
- ohne die möglicherweise nicht ausreichende Umsetzung der Abrechnungsprüfungen vor Ort durch Pflegekassen und Sozialhilfeträger zu thematisieren und
- ohne abzuwägen, ob es angesichts des bekannt gewordenen Betrugs angemessen ist, eine derart umfassende Verschärfung mit erheblichem bürokratischen Aufwand auf alle 26.000 deutschen Pflegeeinrichtungen auszudehnen.

Die Anfangszeiten der Leistungserbringung durch ambulante Pflegedienste werden bereits dokumentiert. In aller Regel handelt es sich jedoch um Pauschalleistungen, die nicht an eine Dauer gekoppelt sind. Oft stehen diese in einem inhaltlichen Zusammenhang mit Pauschalleistungen der Behandlungspflege. Die Mitarbeiter der Pflegedienste wären für eine sachgerechte Abgrenzung der jeweiligen Leistungen gezwungen mit der

Stoppuhr zu agieren und alles einzeln zu dokumentieren. All das ohne einen tatsächlichen Nutzen für die Abrechnung der Leistungskomplexe oder der Behandlungspflegeleistungen zu generieren. Es liegt darin begründet, dass sich die beteiligten Vertragspartner auf die Dokumentation der Anfangszeit verständigt haben – nicht der des Beginns und Endes jeder Leistung.

Durch den Vorschlag des Bundesrates wird die Bekämpfung von Betrug in der Pflege nicht verbessert, sondern den Pflegekräften wird ihre tägliche Arbeit durch zusätzliche bürokratische Anforderungen erschwert. Das ist unverhältnismäßig. Der bpa fordert daher die Bundesregierung auf, den Vorschlag des Bundesrates nicht umzusetzen.

C) Änderungsvorschlag

§ 105 SGB XI bleibt unverändert.

Pflegestatistiken – § 109 SGB XI

Artikel 1, Nr. 19

A) Gewünschte Neuregelung – Vorschlag des bpa

Der bpa schlägt vor, in den Pflegestatistiken auch den Anteil der Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz zu erheben.

B) Stellungnahme

Der bpa bittet den Gesetzgeber, auch weiterhin das Merkmal der erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz in den Pflegestatistiken zu erfassen. Zwar wird dieses Merkmal mit dem neuen Begutachtungsassessment (NBA) nicht mehr separat festgestellt, sehr wohl aber im Zusammenhang. Unabhängig davon spielt es aber in der Praxis der Pflegeeinrichtungen und der Pflegekräfte eine erhebliche Rolle. Deswegen sollte es unbedingt weiterhin erfasst werden. Denn die meisten Menschen in den Pflegeheimen haben eine eingeschränkte Alltagskompetenz; und auch in der ambulanten Pflege sind diese Menschen eine besondere Herausforderung für Angehörige und Pflegekräfte. Ob ein Pflegebedürftiger eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz hat oder nicht, ist ein Faktor, der seine Versorgung erheblich beeinflusst. Für eine sach- und fachgerechte Versorgungsplanung, Personalbemessung und Pflegeberatung ist deshalb auch weiterhin die Erfassung der erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz erforderlich. Es ist insofern unverständlich, auf verlässliche Daten zu einem der relevantesten Versorgungsanforderungen zu verzichten.

Darüber hinaus plädiert der bpa dafür, die Angaben in § 109 SGB XI so zu präzisieren, dass auch die Beeinträchtigungen in den jeweiligen Bereichen nach § 14 Abs. 2 SGB XI (wie Mobilität, kognitive Fähigkeiten usw.) erfasst werden. Dieses würde eine weiter verbesserte Informationslage und darauf zugeschnittene Maßnahmen ermöglichen.

C) Änderungsvorschlag

§ 109 Abs. 1 Nr. 5 SGB XI wird wie folgt gefasst:

5. betreute Pflegebedürftige **und Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz** nach Geschlecht, Geburtsjahr, Wohnort, Wohnort vor dem Einzug in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung, Art, Ursache,

Grad **aufgeteilt nach den in § 14 Abs. 2 genannten Bereichen** und
Dauer der Pflegebedürftigkeit, Art des Versicherungsverhältnisses,

Qualitätsausschuss – § 113b SGB XI

Artikel 1, Nr. 20

Änderungsantrag 15 der Fraktionen CDU/CSU und SPD

A) Beabsichtigte Neuregelung

In der Geschäftsordnung zum Qualitätsausschuss sollen Vereinbarungen für die Erstattung von Reisekosten der Selbsthilfeorganisationen getroffen werden.

Der Bundesrat fordert, dass dem Qualitätsausschuss ein Vertreter der Länder angehört.

Die Fraktionen CDU/CSU und SPD fordern, dass der Qualitätsausschuss das Nähere zur Weitergabe von Daten an Dritte auf der Grundlage der Qualitätsdarstellungsvereinbarungen bestimmen soll.

B) Stellungnahme

Der bpa begrüßt die Regelung zu den Reisekosten, schlägt aber ergänzend vor, dass im Zuge der Gleichbehandlung die Reisekosten aller ehrenamtlich mitwirkenden Vertreter der Vertragsparteien erstattet werden sollten.

Den Vorschlag des Bundesrates zur Beteiligung der Länder am Qualitätsausschuss lehnt der bpa ab. Die Interessen der Länder im Qualitätsausschuss sind bereits durch einen Vertreter der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und einen Vertreter der kommunalen Spitzenvertreter auf Bundesebene ausreichend gewahrt.

Den Änderungsantrag 15 der Fraktionen CDU/CSU und SPD lehnt der bpa ab. Eine Datenweitergabe könnte im Ergebnis zur Verwirrung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen führen sowie die einheitliche Darstellung der Qualitätsergebnisse gefährden. Die nach den gesetzlichen Vorgaben entwickelten wissenschaftlichen Qualitätsmessungs- und Darstellungen würden entwertet und dem Belieben anheimgestellt. Die erhobenen Daten könnten in einen vollständigen anderen Kontext gestellt werden und deren Ergebnisse wären verfremdet. Da die Änderung in § 113b SGB XI eine Folgeänderung zu der beabsichtigten Änderung in § 115 Abs. 1c SGB XI ist, wird auf die weiteren Ausführungen dort verwiesen. Zudem weist dieser Änderungsantrag jedoch darauf hin, dass die heutige Praxis einiger Pflegekassen offensichtlich nicht den gesetzlichen Anforder-

rungen entsprechen kann, wenn dort bereits jetzt Daten zur Verfügung gestellt werden, die dann abweichend von der vereinbarten Veröffentlichungsform genutzt werden und teils skurrile, zumindest aber unplausible und nahezu beliebige Ergebnisse produzieren. Eine von der vereinbarten Darstellung abweichende Nutzung von Qualitätsdaten kann erst dann einen Mehrwert bedeuten, wenn alle Einzelergebnisse jeweils valide und reliabel sind und somit auch außerhalb des vereinbarten Zusammenhangs eine plausible Aussage ermöglichen.

C) Änderungsvorschlag

§ 113b Abs. 7 Satz 1 Nr. 9 SGB XI wird wie folgt geändert:

9. zur Gewährleistung der Beteiligungs- und Mitberatungsrechte nach diesem Gesetz einschließlich der Erstattung von Reisekosten ~~nach § 118 Absatz 1 Satz 6~~ sowie

Änderungsantrag 15 wird nicht angenommen.

Klarstellung zu Beteiligungsrechten – § 113c Abs. 2 SGB XI

Änderungsantrag 16 der Fraktionen CDU/CSU und SPD

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. und die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene wirken beratend am Verfahren nach § 113c SGB XI mit. Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen wirken nach Maßgabe von § 118 SGB XI mit.

B) Stellungnahme

Der bpa lehnt diese Änderung ab. Die Beteiligungsrechte der genannten sind bereits bisher sichergestellt. Es bedarf keiner darüber hinaus gehenden Mitwirkungsrechte.

C) Änderungsvorschlag

Der Änderungsantrag wird abgelehnt.

Weitergabe von Qualitätsdaten an Dritte – § 115 Abs. 1c SGB XI

Änderungsantrag Nr. 18 der Fraktionen CDU/CSU und SPD

A) Beabsichtigte Neuregelungen

Mit der Neuregelung wird unter bestimmten Bedingungen erstmals ein Datenzugang zu Daten aus den Qualitätsprüfungen für Dritte eröffnet.

B) Stellungnahme

Der bpa lehnt die beabsichtigte Neuregelung ab. In der Praxis würde es dazu führen, dass Dritte in elektronischer Form die Daten erhalten könnten, die den Transparenzvereinbarungen, die bisher als „Pflegetoten“ bekannt sind, zugrunde liegen. Es erstaunt zunächst, dass für eine solche Regelung überhaupt keine Notwendigkeit nachgewiesen wird. In der Begründung heißt es nur, dass damit „erstmalig“ ein Datenzugang eröffnet wird. Warum es eines solchen Datenzugangs bedarf, wird aber nicht dargelegt, ebenso wenig, welche Dritten ein Interesse an diesen Daten haben könnten. Es ist aus Sicht des bpa auch nicht nachvollziehbar, dass in der Begründung zu dieser Regelung nur die „Interessen der Nutzer“ der Daten Erwähnung finden – die Interessen der Pflegebedürftigen werden nicht hinterfragt.

Aus Sicht des bpa kann es durch diese Regelung zu einer Verwirrung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen kommen. Auch wenn die Daten nur zu nicht gewerblichen Zwecken genutzt werden dürfen, ist absehbar, dass Institutionen und Portale die Daten nutzen werden. Sie werden sie aufbereiten und anschließend mit ihrer eigenen Interpretation veröffentlichen oder Pflegebedürftigen anbieten. Damit wäre die Einheitlichkeit bei der Qualitätsdarstellung gefährdet und die nach den gesetzlichen Vorgaben des PSG II entwickelten wissenschaftlichen Qualitätsmessungsverfahren und Darstellungen würden entwertet und dem Belieben anheimgestellt. Anders als bisher bei den Pflegetoten würde es dann nicht mehr eine Darstellung geben, sondern für einen Pflegedienst oder für ein Pflegeheim könnte es verschiedene Ergebnisse geben, weil Dritte die Ergebnisse anders gewichten oder zusammenstellen. Die erhobenen Daten könnten in einen vollständigen anderen Kontext gestellt werden und deren Ergebnisse wären verfremdet. Wenn man dieses an den derzeitigen Pflegetoten verdeutlicht, wäre es so, als ob die Pflegekassen für ein Pflegeheim dann z.B. eine Pflegetote von 2,0 veröffentlicht, aber ein Internetportal eine Note von 1,0 oder von 3,0. Wenn das Internetportal eine effektive Suchmaschinenoptimierung betreibt, könnte ein Pflegebedürftiger oder ein Angehöriger bei der Suche nach einem bestimmten Pflegeheim damit zu-

erst auf dessen Ergebnis stoßen, während das von den Pflegekassen und dem Pflegeheim veröffentlichte Ergebnis der Qualitätsdarstellung nicht beachtet würde.

Aus Sicht des bpa muss bei der Darstellung der Ergebnisse der Qualitätsprüfungen die Einheitlichkeit gewahrt bleiben. Daher sollte § 115 SGB XI unverändert bleiben. Denkbar wäre höchstens die Bereitstellung der Daten zu Forschungszwecken.

C) Änderungsvorschlag

Der Änderungsantrag 18 wird nicht angenommen.

Modellvorhaben zur kommunalen Beratung – § 123 SGB XI

Artikel 1, Nr. 24

A) Beabsichtigte Neuregelungen

Im Rahmen von 60 Modellvorhaben können Kommunen Leistungen der Pflegeberatung übernehmen. Darunter fallen die Pflegeberatung nach den §§ 7a bis 7c SGB XI, die Beratungseinsätze bei Pflegegeldempfängern nach § 37 Abs. 3 SGB XI und die Pflegekurse und individuellen Schulungen nach § 45 SGB XI. Die Modellvorhaben müssen von den Ländern genehmigt werden. Bei der Hälfte der Modellvorhaben soll sichergestellt sein, dass es noch keine Erfahrungen in der mehrjährigen Zusammenarbeit mit z.B. Pflegestützpunkten gibt. Entscheiden die Modellvorhaben, Beratungsangebote durch eigene Beratungsstellen zu erbringen, werden die bisherigen Anbieter von der Erbringung ausgeschlossen.

B) Stellungnahme

Als Ziel wird in der Begründung formuliert, dass die Beratung verbessert werde, indem sie in den Händen der Kommunen zusammengeführt oder verzahnt werde. Offen bleibt, warum es zwangsläufig zu einer Verbesserung der Beratung kommt, wenn die Kommunen diese Aufgabe übernehmen. Der bpa kann nicht erkennen, wie eine solche Verbesserung erreicht werden kann, wenn bewährte Beratungsstrukturen bei den Pflegekassen (im Hinblick auf die leistungsrechtliche Pflegeberatung nach §§ 7a bis 7c SGB XI) und bei den Pflegediensten (im Hinblick auf die Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI und auf die Pflegekurse und individuellen Schulungen nach § 45 SGB XI) zwangsweise abgebaut werden. Es wird im Gegenteil viel bürokratischer Aufwand entstehen, diese Beratungsstrukturen in den Händen der Kommunen neu aufzubauen.

Auf entschiedenen Widerstand beim bpa stößt die Regelung, dass die bisherigen Anbieter von der Erbringung der Beratungsleistungen insbesondere nach § 37 Abs. 3 ausgeschlossen werden. Das bedeutet einen erheblichen Eingriff in bestehende leistungsrechtliche Verträge. Der bpa zweifelt die rechtliche Zulässigkeit einer solchen Regelung an. Hinsichtlich der Leistungen nach § 45 SGB XI steht die Begründung: „Anspruchsberechtigten steht es weiterhin frei, Pflegekurse auch außerhalb des Modellvorhabens wahrzunehmen“ im Widerspruch zum Gesetzestext. Gemäß Abs. 6 Satz 1 ist nur noch die Modellkommune Leistungserbringer. Viele Pflegedienste, die Mitglied im bpa sind, haben mit verschiedenen Pflegekassen Vereinbarungen über die Erbringung von Pflegekursen und individuellen Schulungen auf der Grundlage von § 45 SGB XI geschlossen.

Nach den Vorstellungen des Gesetzentwurfs würden diese Vereinbarungen nichtig, wenn die entsprechende Kommune sich entscheiden sollte, Leistungen nach § 45 SGB XI selbst zu erbringen. Es erscheint zweifelhaft, dass Kommunen aufgrund einfacher gesetzlicher Regelung die Ermächtigung haben, in die Vertragsfreiheit und das Recht auf freie Berufsausübung Dritter einzugreifen. Neben der rechtlichen Frage ist auch völlig unklar, ob die Kommunen überhaupt in der Lage wären, sofort in dem Umfang die Beratungs- bzw. Schulungsleistungen nach § 45 SGB XI sicherzustellen, wie es bisher in vielen Fällen durch die Pflegedienste erfolgt. Zudem würde mit einem solchen Vorgehen auch die Wahlfreiheit der Versicherten ausgehebelt. In der jetzigen Situation entscheiden sich die Pflegebedürftigen oder ihre Angehörigen für einen Pflegedienst ihrer Wahl, der die individuellen Schulungen und Pflegekurse erbringt. Sind sie mit dem Pflegedienst nicht zufrieden, können sie problemlos die Leistungen bei einem anderen Pflegedienst in Anspruch nehmen. Das wird künftig so in den Modellkommunen nicht mehr möglich sein. Die Pflegeberatung wird konzentriert und monopolisiert von der Kommune erbracht. Ist der Pflegebedürftige mit der Beratung durch die Kommune nicht einverstanden, hat er keine Alternative. Dieses Beispiel verdeutlicht, dass durch die Modellversuche keine Verbesserung der Beratung erreicht wird, sondern eine Einschränkung der Wahlfreiheit.

Im Sinne der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen hat sich die Trennung von Kostenträgern und Leistungserbringern in der Pflege bewährt. In diesem Zusammenhang verweist der bpa auch auf die Stellungnahme des Bundesrates zum PSG III (Bundesrats-Drucksache 410/16 (Beschluss)). Dort wird auf Seite 54 zu § 64b SGB XII auf den der Sozialhilfe immanenten Grundsatz des sozialrechtlichen Dreiecksverhältnisses hingewiesen, „nach dem der Leistungs- und Kostenträger ... die Kosten der Leistungserbringung zwar trägt, die Leistungserbringung aber durch einen Dritten erfolgt. Es ist hier kein Grund ersichtlich und auch in der Gesetzesbegründung dafür nicht aufgeführt, dass von dem oben beschriebenen und seit jeher geltenden und bewährten Strukturprinzip der Sozialhilfe abgewichen werden müsste oder auch nur sollte.“ **Erstaunlich ist, dass sich die Bundesländer bei ihren Ausführungen zur häuslichen Pflegehilfe im SGB XII auf die Trennung von Kosten- und Leistungsträgern berufen, aber bei den Modellvorhaben auf genau diese Trennung verzichten.**

Wenn Kostenträger wie die Kommunen durch diese Modellvorhaben verstärkt in die Beratung von Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen tätig werden, stellt sich zudem die Frage, mit welchem Ziel die Beratung erfolgt. Beraten die Kommunen umfassend im Sinne des Pflegebedürftigen oder aber spielen auch Kostengesichtspunkte, wie beispielsweise die Haushaltslage eine Rolle, weil die Kommune als Sozialhilfeträger ein Interesse an einer Steuerung in eine möglichst kostengünstige pflegerische Versorgung hat?

Auch deshalb muss sichergestellt werden, dass Leistungen, die Pflegedienste und Pflegeheime erbringen, nicht auf Kostenträger übertragen werden, auch wenn es sich dabei zunächst „nur“ um Beratungsleistungen handelt. Daher begrüßt der bpa die Regelung in § 123 Abs. 6 SGB XI: Sofern sich die Kommunen für die Beratung nach § 37 Absatz 3 SGB XI Dritter bedienen, ist die Leistungserbringung allen in § 37 Absatz 3 Satz 1 und Absatz 8 genannten Einrichtungen zu ermöglichen. Diese Regelung darf aber nicht nur für die Leistungen nach § 37 Abs. 3 SGB XI gelten, sondern sie muss auch für Leistungen nach § 45 SGB XI gelten. Dazu muss auch der nachfolgende in der Begründung enthaltene Satz in den Gesetzestext aufgenommen werden:

„Anspruchsberechtigten steht es weiterhin frei, Pflegekurse auch außerhalb des Modellvorhabens wahrzunehmen.“

Die Länder sollen sicherstellen, dass die Hälfte der Modellvorhaben von solchen Kreisen und Städten durchgeführt wird, in denen noch keine mehrjährigen Erfahrungen in der strukturierten Zusammenarbeit mit Beratungsstellen z.B. im Rahmen von Pflegestützpunkten vorliegen. Auch wenn der bpa die Modellvorhaben grundsätzlich ablehnt, ist diese Detailregelung aus Sicht des bpa sinnvoll, weil es um neue Modellvorhaben gehen sollte und eine Wiederholung von Erfahrungen vermieden werden sollte.

C) Änderungsvorschläge

Sofern § 123 SGB XI nicht wieder gestrichen wird, sind wenigstens die nachfolgenden Änderungen erforderlich:

§ 123 Abs. 6 SGB XI wird wie folgt geändert:

~~(6) Mit Aufnahme der Beratungstätigkeit im Rahmen eines Modellvorhabens geht die Verantwortung für die Pflegeberatung nach den §§ 7a bis 7 c und für die Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 von anspruchsberechtigten Pflegebedürftigen mit Wohnort im Bereich der örtlichen Zuständigkeit der Beratungsstelle und deren Angehörige sowie für die Pflegekurse nach § 45 auf den Antragsteller nach Absatz 1 Satz 1 über.~~ Die Antragsteller können sich zur Erfüllung ihrer Aufgaben Dritter bedienen. Sofern sie sich für die Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 **und nach § 45** Dritter bedienen, ist die Leistungserbringung allen in § 37 Absatz 3 Satz 1 und Absatz 8 genannten Einrichtungen **sowie den in § 45 Abs. 1 genannten Pflegekassen und den von ihr beauftragten Einrichtungen** zu ermöglichen. **Anspruchsberechtigten steht es weiterhin frei, Beratungsleis-**

tungen nach § 37 Absatz 3 und nach § 45 auch außerhalb von Modellvorhaben nach Absatz 1 wahrzunehmen.

Beirat für die Modellvorhaben – § 124 SGB XI

Artikel 1, Nr. 24

A) Beabsichtigte Neuregelungen

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen richtet einen Beirat zur Begleitung der Modellkommunen ein.

B) Stellungnahme

Der bpa hält die Einrichtung eines Beirates als Instrument des Informationsaustauschs, um Kenntnis über den Stand der Modellvorhaben und sich ergebende Ergebnisse und Fragestellungen zu erlangen, für wichtig. Die abschließende Aufzählung zur Zusammensetzung des Beirats in § 124 Abs. 5 SGB XI ist allerdings nicht ausreichend. Notwendig ist insbesondere auch eine Beteiligung von Vertretungen der maßgeblichen Spitzenverbände der Pflegeheime und Pflegedienste auf Bundesebene.

C) Änderungsvorschlag

§ 124 Abs. 5 SGB XI wird wie folgt geändert:

(5) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen richtet einen Beirat zur Begleitung der Modellvorhaben ein. Der Beirat tagt mindestens zweimal jährlich und berät den Sachstand der Modellvorhaben. Ihm gehören Vertreterinnen und Vertreter der Kommunalen Spitzenverbände, der Länder, der Pflegekassen, **der maßgeblichen Verbände der Pflegeheime und Pflegedienste auf Bundesebene**, der Wissenschaft, des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend an.

Zuschlag zum Eigenanteil – § 141 Abs. 3 SGB XI

Stellungnahme des Bundesrates, Nr. 28

Änderungsantrag 23 der Fraktionen CDU/CSU und SPD

A) Beabsichtigte Neuregelungen

Information der Versicherten:

Bei der Überleitung der Pflegesätze gleicht die Pflegekasse den Eigenanteil der Pflegebedürftigen in der stationären Pflege aus, sofern dieser ab 1. Januar 2017 höher wäre als bis 31. Dezember 2016. Damit soll eine Schlechterstellung der Versicherten durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs vermieden werden.

Der Bundesrat fordert, dass die Pflegekassen die Versicherten spätestens mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und bei jeder Änderung des Zuschlags schriftlich informieren.

Monatlicher Zuschlag:

Die Fraktionen CDU/CSU und SPD schlagen vor, dass in Satz 1 ergänzt wird, dass es sich um einen „monatlichen“ Zuschlag handelt.

Mitnahme des Zuschlagsbetrags bei Umzug:

Außerdem sieht der Antrag vor, dass bei Umzug Pflegebedürftiger in eine neue, vollstationäre Pflegeeinrichtung, die erstmalig am bzw. nach dem Überleitungszeitpunkt 1. Januar 2017 eine Pflegesatzvereinbarung abgeschlossen hat, der bestehende Besitzstand der betroffenen Pflegebedürftigen gewahrt bleibt und sie ihren monatlichen Zuschlagsbetrag mitnehmen.

Besitzstandsschutz bei der Kostenerstattung nach § 91 SGB XI:

Schließlich sieht der Antrag der Fraktionen einen Besitzstandsschutz für den Leistungsbetrag nach § 91 Abs. 2 SGB XI vor. Dieser betrifft die Kostenerstattung in Einrichtungen, die keine Vergütungsvereinbarung mit den Pflegekassen getroffen haben. Sofern der Leistungsbetrag ab 2017 geringer wäre als 2016, haben die Pflegebedürftigen weiterhin Anspruch auf den höheren Betrag, den sie im Jahr 2016 erhalten haben.

B) Stellungnahme

Information der Versicherten:

Der bpa begrüßt den Vorschlag des Bundesrats. Für die Akzeptanz des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist es wichtig, dass für die Versicherten keine finanziellen Nachteile entstehen. Es ist davon auszugehen, dass sich die meisten Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen noch nicht mit den entsprechenden Neuregelungen durch das PSG II auseinandergesetzt haben. Umso wichtiger ist es, sie möglichst rasch durch die Pflegekassen zu informieren und dabei auch über den Zuschlag in Kenntnis zu setzen. Um Unsicherheiten zu vermeiden, brauchen die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen auch über den Zuschlag zum Eigenanteil schnellstmöglich Klarheit. Dazu dient der Vorschlag des Bundesrates.

Monatlicher Zuschlag:

Die Klarstellung zum „monatlichen“ Zuschlag im Änderungsantrag der Fraktionen wird begrüßt. Das trägt zur Rechtssicherheit bei und vermeidet Auslegungsschwierigkeiten in der Praxis nach Verabschiedung des Gesetzes.

Mitnahme des Zuschlagsbetrags bei Umzug:

Dass Pflegebedürftige bei einem Wechsel des Pflegeheims ihren monatlichen Zuschlagsbetrag auch in ihrem neuen Pflegeheim behalten, begrüßt der bpa ebenfalls. Dieses ist eine unbürokratische Regelung im Sinne der Pflegebedürftigen.

Besitzstandsschutz bei der Kostenerstattung nach § 91 SGB XI:

Der Besitzstandsschutz für die Kostenerstattung nach § 91 SGB XI ist sachgerecht. Er bezieht auch diejenigen Pflegebedürftigen in den Besitzstandsschutz ein, die von einer Pflegeeinrichtung versorgt werden, die keine Vergütungsvereinbarung mit einer Pflegekasse geschlossen haben. Dieses ist konsequent und vermeidet eine Ungleichbehandlung beim Besitzstandsschutz. Insoweit begrüßt der bpa diese Regelung. Zugleich fordert der bpa aber, in § 91 SGB XI auf die Beschränkung der Kostenerstattungspflicht der Pflegekassen auf 80% der im Gesetz genannten pauschalen Leistungsbeträge endlich zu verzichten.

Bei der Kostenerstattungsregelung nach § 91 SGB XI besteht folgendes Problem: Pflegebedürftige Versicherte erhalten bei gleichen Voraussetzungen je nach vergütungsbezogener Vertragslage der gewählten Einrichtung niedrigere Leistungsbeträge der Pflegeversicherung und werden so ohne sachlichen Grund in ihrer Wahlfreiheit nach § 2 Abs. 2 SGB XI eingeschränkt.

Die Pflegevergütung wird im Allgemeinen zwischen den Vertragsparteien nach §§ 85 Abs. 2 und 89 Abs. 2 SGB XI vereinbart; kommt eine solche Vereinbarung nicht zustande, können die Pflegeeinrichtungen die Vergütung für ihre Leistungen unmittelbar mit den Pflegebedürftigen vereinbaren. Für diesen Fall sieht § 91 SGB XI die Kostenerstattung durch die Pflegekassen hinsichtlich der pflegebedingten Aufwendungen vor. Allerdings werden bisher maximal 80% des Betrages erstattet, den die Pflegekasse nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit des Pflegebedürftigen zu zahlen hätte, wenn eine Pflegesatzvereinbarung bestünde.

Die Kürzung der Leistungen um 20 % entfaltet die Wirkung eines Strafbetrags. Dieser belastet Heimbewohner direkt und zusätzlich. Solche bevormundenden Regelungen wirken beeinflussend auf pflegebedürftige Menschen. Notwendig ist, dass die Gesetzgebung die Entscheidung des einzelnen pflegebedürftigen Menschen respektiert.

Diese Regelung schränkt durch die Belastung mit einem erheblich höheren finanziellen Eigenanteil die Wahlfreiheit derjenigen Versicherten ein, die sich von einer zugelassenen Pflegeeinrichtung betreuen lassen möchten, die nicht über eine Vergütungsvereinbarung nach §§ 85, 89 SGB XI verfügt. Für diese Ungleichbehandlung von Versicherten besteht indes kein sachlicher Grund.

Eine Kostenerstattung ist zum einen nur möglich, wenn die gewählte Einrichtung durch einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Pflegekassen zugelassen ist. Eine Einrichtung ohne Pflegesatzvereinbarung bietet also ohne Unterschied zu einer Einrichtung mit Pflegesatzvereinbarung die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung sowie die Erfüllung aller weiteren gesetzlichen Anforderungen des § 72 Abs. 2 SGB XI.

Eine bis zur Höhe der Leistungsbeträge nach dem Dritten Abschnitt des Vierten Kapitels ungedeckelte Erstattung führt keineswegs zu einer Mehrbelastung der öffentlichen Kostenträger. Preisvereinbarungen zwischen Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftigen, die ohne Beteiligung der Kostenträger getroffen werden, wirken nicht zulasten des Sozialhilfeträgers. Macht jedoch ein Versicherter von seiner durch § 2 gewährleisteten Wahlfreiheit zugunsten einer solchen Ausnahme Gebrauch, besteht für eine

Sanktionierung der Ausübung dieses Rechtes durch „Strafabzug“ beim Leistungsbetrag der Pflegekasse kein sachlicher Grund.

C) Änderungsvorschlag

Der bpa schlägt vor, in § 91 Abs. 2 SGB XI auf die Beschränkung der Kostenerstattungspflicht der Pflegekassen auf 80% der im Gesetz genannten pauschalen Leistungsbeträge zu verzichten und so die Gleichbehandlung der Pflegebedürftigen unabhängig von der vergütungsbezogenen Vertragslage der gewählten zugelassenen Pflegeeinrichtungen herzustellen.

§ 91 Abs. 2 SGB XI wird wie folgt gefasst:

¹Den Pflegebedürftigen werden die ihnen von den Einrichtungen nach Absatz 1 berechneten Kosten für die pflegebedingten Aufwendungen erstattet. ²Die Erstattung darf jedoch ~~80 vom Hundert des Betrages~~ **den Betrag** nicht überschreiten, den die Pflegekasse für den einzelnen Pflegebedürftigen nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit nach dem Dritten Abschnitt des Vierten Kapitels zu leisten hat. ³Eine weitergehende Kostenerstattung durch einen Träger der Sozialhilfe ist unzulässig.

Alternativer Vorschlag:

Sofern auf eine vollständige Streichung der 80 % Regelung nicht verzichtet werden soll, muss zumindest festgelegt werden, dass die Versicherten in Pflegeeinrichtungen nach § 91 SGB XI den Zugang zu dem jeweils niedrigeren Sachleistungsbetrag haben. Ist in einem Pflegegrad der stationäre Sachleistungsbetrag der höhere, wäre dies der ambulante Sachleistungsbetrag. Wäre der ambulante Sachleistungsbetrag in einem Pflegegrad höher, wäre der entsprechende stationäre Sachleistungsbetrag zu gewähren. Eine Kürzung um 20 % deutlich unter alle ansonsten vergleichbaren Sachleistungsbeträge ist unbegründet, unverhältnismäßig und schränkt die Wahlfreiheit des Versicherten ohne sachlichen Grund ein.

Artikel 2 – Änderung SGB XII

Die anscheinende Abkehr vom Bedarfsdeckungsprinzip in der Eingliederungshilfe für Personen unterhalb des Pflegegrads 2 durch die Einschränkung des Anspruchs auf Hilfe zur Pflege muss dringend korrigiert werden. Diese Einschränkung steht im eklatanten Widerspruch zu dem von Bundesregierung und den Koalitionsfraktionen wiederholt geäußertem Versprechen, dass durch die Pflegereformen kein bisheriger Leistungsbezieher nach Inkrafttreten der Reformen schlechter dasteht als vorher.

Es bedarf dringend einer Regelung für die bis zu 10 Prozent der Bewohner von Pflegeheimen, die heute keine Leistungen der Pflegeversicherung erhalten. Meist werden in diesem Fall die Heimkosten vom Sozialhilfeträger übernommen, da diese Bewohner die höchsten Eigenanteile aller Heimbewohner tragen und insofern das eigene Vermögen schneller aufgebraucht wird. Betroffen wären ältere Menschen, die einen geringen Pflegebedarf haben, aber trotzdem nicht mehr alleine in ihrer Wohnung leben können. Bereits jetzt weigern sich einzelne Sozialhilfeträger, die bestehenden Vereinbarungen mit den Pflegeheimen über das Jahr 2016 hinaus zu verlängern. Bleibt es dabei, müssten die Pflegeheime diesen Heimbewohnern kündigen, da die Heimkosten nicht gezahlt werden können. Betroffen sind sowohl die Bewohner in Pflegestufe 0 (ohne eingeschränkte Alltagskompetenz) als auch die künftigen Bewohner im Pflegegrad I. Es reicht also nicht aus, sich nur um die jetzigen Fälle zu kümmern, sondern auch eine Regelung für die zukünftigen Fälle unterhalb des Pflegegrades 2 ab 2017 zu finden. Diese Lücke muss selbstverständlich auch für Pflegebedürftige in der Häuslichkeit geschlossen werden. Es kann nicht sein, dass die Finanzierung der ambulant versorgten pflegebedürftigen Menschen unterhalb des Pflegegrades 2 und geringem Einkommen nicht auch gesichert wird.

Die Änderungen der §§ 61 ff. SGB XII enthalten hinsichtlich der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs an verschiedenen Stellen im Detail Abweichungen von den im SGB XI verwendeten Begrifflichkeiten. Unklar bleibt die Intention dieser Abweichungen, die in der Folge in der Praxis zu Irritationen in der Rechtsauslegung führen dürften. So ist beispielsweise in § 61a Abs. 2 SGB XII-E von „Beeinträchtigungen“ die Rede, § 14 Abs. 2 SGB XI geht dagegen von „gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen“ aus. Der bpa hält eine Harmonisierung der Begriffe für erforderlich und regt an, ggf. erforderliche Abweichungen in der Begründung näher zu erläutern.

Vergütungsanspruch der ambulanten Leistungserbringer nach Tod des berechtigten Leistungsempfängers – § 19 Abs. 6 SGB XII

A) Gewünschte Neuregelung

Der bpa fordert seit Langem und dringend eine Änderung des § 19 Abs. 6 SGB XII für den Vergütungsanspruch ambulanter Leistungserbringer bei Tod des berechtigten Leistungsempfängers.

B) Begründung

Das Bundessozialgericht hatte in seinem Urteil vom 13. Juli 2010 (B 3 SO 13/09) entschieden, dass ambulante Pflegedienste nach dem Tod von hilfebedürftigen Kunden keinen Anspruch auf eine Vergütung für die bereits erbrachten Leistungen haben, da der Einrichtungsbegriff im § 19 Abs. 6 SGB XII ausschließlich stationäre Einrichtungen umfasse und keine ambulanten Einrichtungen. Daher könnten ambulante Pflegedienste den Anspruch auf Vergütung der erbrachten Leistungen nicht wie stationäre Einrichtungen gegen den Sozialhilfeträger geltend machen. Unter anderem begründete das Bundessozialgericht seine Auffassung mit dem Kostenrisiko, welches typischerweise für ambulante Dienste wesentlich geringer sei als für stationäre Einrichtungen. Mittlerweile sind jedoch aufgrund der gestiegenen Leistungsbeträge im § 36 SGB XI die ambulanten Leistungen weitestgehend in die Nähe der stationären Sachleistungsbeträge nach § 43 SGB XI gerückt, so dass eine unterschiedliche Behandlung von ambulanten und stationären Einrichtungen nicht länger hinnehmbar ist.

Zwar gewährte das Bundessozialgericht in einem weiteren Urteil vom 18.11.2014 (8 SO 23/13 R) ambulanten Pflegediensten dann einen direkten Zahlungsanspruch gegen den verpflichteten Sozialhilfeträger, soweit dieser eine Kostenübernahmeerklärung abgegeben hat. Jedoch besteht die Schwierigkeit für ambulante Pflegedienste regelmäßig weiterhin gerade darin, dass die Sozialhilfeträger erhebliche Zeit zur Antragsbearbeitung benötigen und oft längere Zeit keine Kostenübernahmeerklärung erfolgt – insbesondere in voller Kenntnis der bestehenden Rechtsprechung des Bundessozialgerichts von 2010.

Dies trifft die versorgenden Pflegedienste in besonders unbilliger und unzumutbarer Weise. Einerseits gehen sie in erhebliche Vorleistung. Sie übernehmen die Versorgung gemäß ihrer vertraglichen Verpflichtungen und können auch bei erfolgter Leistungsgewährung erst im Folgemonat mit dem Sozialhilfeträger abrechnen. Andererseits können sie die Versor-

gung der Kunden, soweit diese Hilfebedürftig werden, nicht ohne weiteres abrechnen oder einstellen, ohne erhebliche Haftungsrisiken einzugehen und den hilflosen Betroffenen im Stich zu lassen und damit auch strafrechtliche Konsequenzen im Sinne einer unterlassenen Hilfeleistung nach § 323c StGB befürchten zu müssen.

Zwischenzeitlich wird auch vom deutschen Städte- und Gemeindetag auf die nachteilige Konsequenz hingewiesen, dass Pflegedienste erst bei Vorliegen einer Kostenübernahmeerklärung des Sozialhilfeträgers zur Übernahme von sozialhilfebedürftigen Pflegebedürftigen bereit seien (vgl. etwa Magistrat der Stadt Bremerhaven, Fachliche Weisung zu § 61 ff. SGB XII, Punkt 3.6 auf S. 12). Die Frage der Abtretungsmöglichkeit außerhalb der Regelung nach § 19 Abs. 6 SGB XII liegt derzeit auch erneut dem Bundessozialgericht zur Entscheidung vor (B 8 SO 4/16 R). Gleichwohl fordert der bpa hier eine ausdrückliche gesetzliche Klarstellung im Sinne der ambulanten Einrichtungen, um einen gesetzlichen Forderungsübergang zu begründen.

C) Änderungsvorschlag

Der § 19 Abs. 6 SGB XII wird wie folgt geändert:

(6) Der Anspruch der Berechtigten auf Leistungen in **ambulanten oder stationären** Einrichtungen oder auf Pflegegeld steht, soweit die Leistung den Berechtigten erbracht worden wäre, nach ihrem Tode demjenigen zu, der die Leistung erbracht oder die Pflege geleistet hat.

Leistungsberechtigte – § 61 SGB XII

Artikel 2, Nr. 5

A) Beabsichtigte Neuregelungen

Der Kreis der im Rahmen der Hilfe zur Pflege Leistungsberechtigten wird auf Pflegebedürftige im Sinne des § 61a SGB XII festgelegt.

B) Stellungnahme

Mit der Neuregelung des Kreises der Leistungsberechtigten bleibt § 61a SGB XII hinter dem bisherigen sozialhilferechtlichen Pflegebegriff zurück, indem nunmehr – dem pflegeversicherungsrechtlichen Pflegebegriff entsprechend – für den Leistungsbezug ein Mindestmaß an Pflegebedürftigkeit gefordert wird. Zwar kommen die Leistungen der Hilfe zur Pflege nach wie vor in den Fällen in Betracht, in denen die Pflegebedürftigkeit voraussichtlich nicht für mindestens sechs Monate besteht, und aus diesem Grunde keine Leistungen nach dem SGB XI gewährt werden. Der Anspruch auf Hilfe zur Pflege soll aber, anders als nach dem bisherigen § 61 SGB XII, erst dann bestehen, wenn der Hilfeempfänger mindestens den Pflegegrad 1 erreicht (vgl. § 63 SGB XII). Unterhalb dieser Schwelle ist unabhängig von tatsächlich bestehenden Bedarfen die Hilfe zur Pflege ausgeschlossen.

Der bpa lehnt diese Neufestlegung des Kreises der Leistungsberechtigten ab, denn mit ihr würde das existenzsichernde Bedarfsdeckungsprinzip in der Hilfe zur Pflege verlassen. Die sog. einfache Pflegebedürftigkeit („Stufe 0“) muss weiter ausreichend sein, um den Betroffenen als pflegebedürftig im sozialhilferechtlichen Sinne anzuerkennen. Die bisherige Regelung des § 61 Abs. 1 S. 2, nach der Hilfe zur Pflege auch gegenüber Kranken und behinderten Menschen zu leisten ist, die einen geringeren, den Pflegegrad 1 (bzw. die bisherige Pflegestufe I) nicht erreichenden Bedarf haben, muss zur umfassenden Sicherstellung des pflegerischen Bedarfs beibehalten werden. Ein pflegerischer Bedarf, der Leistungen der Hilfe zur Pflege auch unterhalb des Pflegegrades 1 erfordert, mag – der Gesetzesbegründung zufolge – pflegewissenschaftlich nicht begründbar sein; besteht er faktisch gleichwohl, ist unabhängig von pflegewissenschaftlichen Theorien Hilfe zu leisten. Das gilt insbesondere dann, wenn Beeinträchtigungen bei der Selbstversorgung und bei der Haushaltsführung zu verzeichnen sind, oft auch mit Unterstützungsbedarf aus dem Bereich der Pflege. In diesen Fällen ist Hilfe zu leisten und der notwendige Bedarf auch an stationärer Pflege und Betreuung vom Sozialhilfeträger zu erstatten. Eine Begrenzung des Anspruchs auf stationäre Pflege im Rahmen

der Hilfe zur Pflege auf die Pflegegrade 2 bis 5 würde eine Abkehr von dem existenzsichernden Bedarfsdeckungsprinzip bedeuten. Auch nach finanziellen Gesichtspunkten macht eine Begrenzung keinen Sinn, weil eine ungerechtfertigte Leistungsausweitung aus Sicht des bpa nicht zu erwarten ist, da der Anspruch auf stationäre Pflege nur dann gewährleistet ist, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des Einzelfalls nicht in Betracht kommt.

Gleiches gilt in der Konsequenz für Heimbewohner der sogenannten Stufe 0. Bereits jetzt weigern sich einzelne Sozialhilfeträger, die bestehenden Vereinbarungen mit den Pflegeheimen über das Jahr 2016 hinaus zu verlängern. Bleibt der Gesetzgeber bei seiner Absicht, müssten die Pflegeheime bis zu 80.000 Heimbewohnern kündigen, da die Heimkosten nicht gezahlt werden können. Die Forderung des bpa richtet sich auf einen individuellen Anspruch auf Sozialhilfeleistungen auch für Menschen mit einem geringeren Pflegebedarf als in Pflegegrad 2 oder einem anderen Unterstützungsbedarf. Keineswegs kann in Kauf genommen werden, dass zum 01.01.2017 auf den Rücken von betroffenen Bewohnern und Pflegeheimbetreibern eine Finanzierungsdebatte ausgefochten wird.

C) Änderungsvorschlag

§ 61 wird wie folgt ergänzt:

Personen, die pflegebedürftig im Sinne des § 61a sind, haben Anspruch auf Hilfe zur Pflege, soweit ihnen und ihren nicht getrennt lebenden Ehegatten oder Lebenspartnern nicht zuzumuten ist, dass sie die für die Hilfe zur Pflege benötigten Mittel aus dem Einkommen und Vermögen nach den Vorschriften des Elften Kapitels aufbringen. Sind die Personen minderjährig oder unverheiratet, so sind auch das Einkommen und das Vermögen ihrer Eltern oder eines Elternteils zu berücksichtigen. **Hilfe zur Pflege ist auch Personen zu leisten, die voraussichtlich für weniger als sechs Monate der Pflege bedürfen oder deren Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten nicht den Pflegegrad 1 erreicht.**

Pflegegrade – § 61b Abs. 2 SGB XII

Artikel 2, Nr. 5

A) Beabsichtigte Neuregelungen

Pflegebedürftige mit besonderen Bedarfskonstellationen können unter den genannten besonderen Voraussetzungen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden.

B) Stellungnahme

Dem Ziel der SGB XII Anpassung folgend, den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und das Begutachtungsverfahren inhaltlich zu verknüpfen, hatte der bpa im Referentenentwurf auf eine Abweichung zwischen § 15 Abs. 4 SGB XI und § 61b Abs. 2 SGB XII aufmerksam gemacht. Es fehlt der Halbsatz „auch wenn ihre Gesamtpunkte unter 90 liegen“. Der Gesetzgeber ist dem Vorschlag des bpa gefolgt und hat hier die Formulierung aus § 15 Abs. 4 SGB XI übernommen. Das begrüßt der bpa.

C) Änderungsvorschlag

Keinen.

Bindungswirkung - § 62a SGB XII

Artikel 2, Nr. 5

A) Beabsichtigte Neuregelungen

Die Entscheidung der Pflegekasse über den Pflegegrad ist für den Träger der Sozialhilfe bindend, soweit sie auf Tatsachen beruht, die bei beiden Entscheidungen zu berücksichtigen sind.

B) Stellungnahme

Der bpa begrüßt diese Regelung. Sie entspricht wesentlich der bisherigen Regelung in § 62 SGB XII. Die Entscheidung der Pflegekasse muss auch für Pflegebedürftige in der Sozialhilfe gelten, vorausgesetzt, sie beruht auf Tatsachen, die bei der Entscheidung über Umfang und Inhalt des Hilfebedarfs von Relevanz sind, um eine Einheitlichkeit zu gewährleisten. Mit dieser Regelung ist zumindest der Grundsatz der Bedarfsdeckung, die bisher in der Hilfe zur Pflege gilt, gewährleistet – wenn auch nicht ausreichend für diejenigen unterhalb von Pflegegrad 2. Kritisch hingewiesen werden muss aber darauf, dass mit den künftigen Pflegegraden ausdrücklich auf eine Quantifizierung des individuellen Hilfebedarfs verzichtet wurde. Hieraus werden weitgehende Schwierigkeiten resultieren.

C) Änderungsvorschlag

Keinen.

Leistungen für Pflegebedürftige – § 63 Abs. 1 SGB XII

Artikel 2, Nr. 5

A) Beabsichtigte Neuregelungen

Die Leistungen der Hilfe zur Pflege in den Pflegegraden 2 bis 5 werden den Leistungen der Pflegeversicherung angepasst und entsprechend aufgelistet.

B) Stellungnahme

In der Aufzählung fehlt die Leistung entsprechend § 38a SGB XI, der sogenannte Wohngruppenzuschlag. Laut der Begründung kann dieser, soweit im Einzelfall erforderlich, ggf. bei den Leistungen der häuslichen Pflegehilfe berücksichtigt werden. Diese Regelung hält der bpa für unzureichend.

Darüber hinaus muss auch an dieser Stelle noch eine Regelung eingefügt werden für Hilfebedürftige unterhalb des Pflegegrads 2. Zwar führt Abs. 2 die sehr reduzierten Leistungen für Pflegebedürftige des Pflegegrads 1 auf, aber die Frage bleibt unbeantwortet, wie mit Pflegebedürftigen im Pflegegrad 1 oder darunter umgegangen wird, die z.B. der stationären Pflege bedürfen. Es muss im Gesetzentwurf noch eine Auffangregelung für diese Menschen eingefügt werden.

C) Änderungsvorschlag

§ 63 Abs.1 SGB XII ist wie folgt zu fassen. Darüber hinaus ist für die zusätzlichen Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen noch ein neuer Abschnitt in § 64 SGB XII einzufügen.

(1) Die Hilfe zur Pflege umfasst für Pflegebedürftige der Pflegegrade 1, 2, 3, 4 oder 5 **sowie für Pflegebedürftige unterhalb von Pflegegrad 1**

1. häusliche Pflege in Form von
 - a) Pflegegeld (§ 64a),
 - b) häuslicher Pflegehilfe (§ 64b),
 - c) Verhinderungspflege (§ 64c),
 - d) Pflegehilfsmitteln (§ 64d),

- e) Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes (§ 64e),
 - f) anderen Leistungen (§ 64f),
 - g) **zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen (§ 64 [Buchstabe ist noch einzufügen und zu bestimmen].)**
2. teilstationäre Pflege (§ 64g),
 3. Kurzzeitpflege (§ 64h),
 4. einen Entlastungsbetrag (§ 64i) und
 5. stationäre Pflege (§ 65).

Die Begleitung in der letzten Lebensphase ist Bestandteil der Leistungen der Hilfe zur Pflege.

Leistungen für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 – § 63 Abs. 2 SGB XII

Artikel 2, Nr. 5

A) Beabsichtigte Neuregelungen

Die Hilfe zur Pflege für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 wird auf Pflegehilfsmittel, Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes und einen Entlastungsbetrag beschränkt.

B) Stellungnahme

Pflegebedürftige unterhalb des Pflegegrades 1 sollen gar keine Leistungen der Hilfe zur Pflege erhalten (s. Stellungnahme zu § 61), Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 werden – offenbar das Teilkaskoprinzip der gesetzlichen Pflegeversicherung übernehmend – für den Fall des Bedarfes an Hilfeleistungen durch Dritte auf den Entlastungsbetrag von bis zu 125 Euro monatlich nach § 66 beschränkt. Begründet wird dies damit, dass „aus pflegewissenschaftlicher Sicht ... ein uneingeschränkter Zugang zu den Leistungen der Hilfe zur Pflege bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 nicht angezeigt“ sei. Selbst wenn wissenschaftlich begründbar sein sollte, dass die in § 63 Abs. 2 genannten Leistungen bei einer Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 1 im Regelfall bedarfsdeckend sind, muss der Grundsatz, dass in der Sozialhilfe immer die aktuelle, momentane Bedarfslage des Hilfesuchenden Ausgangspunkt für den Leistungsumfang ist, auch hier Berücksichtigung finden und müssen auch im Einzelfall über die in § 63 Abs. 2 Ziffern 1-3 vorgesehenen Leistungen hinausgehende Bedarfe gedeckt werden.

Wo beispielsweise die im Pflegegrad 1 vorrangig im somatischen Bereich liegenden Beeinträchtigungen Teilhilfen bei der Selbstversorgung, beim Verlassen der Wohnung und bei der Haushaltsführung erfordern (s. Begründung zu § 28a SGB III/PSG II) und allein lebende Hilfebedürftige Leistungen der häuslichen Pflegehilfe in Anspruch nehmen müssen, müssen erforderliche Leistungen von der Sozialhilfe auch über einen Betrag von 125 Euro hinaus erbracht werden. Der Umfang der Leistungen, die ein Hilfebedürftiger jeweils für diesen Betrag in Anspruch nehmen kann, ist von vielen, von ihm nicht beeinflussbaren Faktoren abhängig; mag im Fall A ein konkreter Bedarf mit dem Höchstbetrag zu decken sein, kann im Fall B derselbe Bedarf aufgrund eines abweichenden Angebots vor Ort einen höheren Betrag zur Deckung erfordern. Schon aus Gründen der Gleichbehandlung der Hilfeempfänger muss daher eine im Einzelfall über die im Entwurf vorgesehene Leistungsbegrenzung hinausgehende, bedarfsde-

ckende Hilfeleistung möglich sein.

C) Änderungsvorschlag

§ 63 Abs. 2 SGB XII wird wie folgt gefasst:

(2) Die Hilfe zur Pflege umfasst für Pflegebedürftige ~~des Pflegegrades 1~~
unterhalb des Pflegegrades 2

1. Pflegehilfsmittel (§ 64d),
2. Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes (§ 64e) und
3. einen Entlastungsbetrag (§ 66).

Ein darüber hinaus bestehender Bedarf ist vom Träger der Sozialhilfe zu übernehmen.

Notwendiger pflegerischer Bedarf – § 63 a SGB XII

Artikel 2, Nr. 5

A) Beabsichtigte Neuregelung

Im Referentenentwurf gab es in der häuslichen Pflegehilfe statt eines Bedarfsfeststellungsverfahrens eine Fiktion zur Beschreibung des pflegerischen Bedarfs. Vorgesehen war, dass hierzu pauschal zehn Prozent auf die Beträge nach § 36 Abs. 3 SGB XI aufgeschlagen werden sollten. Ein darüber hinaus gehender Bedarf sollte vom Sozialhilfeträger nur im Einzelfall übernommen werden.

Im Gesetzentwurf wurde diese Regelung gestrichen

B) Stellungnahme

Der bpa hat die Regelung zum fiktiven Bedarf in seiner Stellungnahme zum Referentenentwurf als unhaltbar kritisiert und die Streichung gefordert. Dem ist die Bundesregierung gefolgt. Das begrüßt der bpa.

Darüber hinaus begrüßt der bpa die in den Gesetzestext und in die Begründung neu aufgenommene Formulierung zum notwendigen Bedarf. So heißt es jetzt im Gesetzestext:

„Die Träger der Sozialhilfe haben den notwendigen pflegerischen Bedarf zu ermitteln und festzustellen.“

In der Begründung wird ausgeführt:

„Insbesondere für die Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 64b, die anders als das Pflegegeld nach § 64a und der Entlastungsbetrag nach den §§ 64i und § 66 der Höhe nach nicht begrenzt sind, sondern vielmehr bedarfsdeckend zu erbringen sind, wird der Träger der Sozialhilfe daher zur Feststellung des Umfangs der Leistungen der häuslichen Pflege den notwendigen pflegerischen Bedarf zu ermitteln und festzustellen haben.“

Mit diesen Formulierungen wird der Gesetzentwurf dem Bedarfsdeckungsprinzip in der Sozialhilfe gerecht. Das findet unsere ausdrückliche Zustimmung.

C) Änderungsvorschlag

Keinen.

Leistungskonkurrenz – § 63 b SGB XII

Artikel 2, Nr. 5

A) Beabsichtigte Neuregelung

Regelungen zum Vor- und Nachrang von Leistungen der Hilfe zur Pflege gegenüber den Leistungen der Eingliederungshilfe, dem Bundesversorgungsgesetz und dem Achten Buch.

B) Stellungnahme

Es ist begrüßenswert, dass der Gesetzgeber hier im Abs. 1 versucht, insbesondere die Leistungen der Hilfe zur Pflege und die Leistungen der Eingliederungshilfe voneinander abzugrenzen. Die vorgelegte Regelung wird aus Sicht des bpa allerdings nicht zur notwendigen Klarstellung in der Praxis führen. Daran ändern auch die Ergänzungen nichts, die nach dem Referentenentwurf noch in den Gesetzentwurf eingefügt wurden. Es ist nicht ersichtlich, in welchen Fällen die Hilfe zur Pflege und in welchen Fällen die Eingliederungshilfe greift, wie die trennscharfe Abgrenzung der Leistungen erfolgen soll und wann welche Leistung im Vordergrund steht. In diesem Zusammenhang ist insbesondere der grundsätzliche Vorrang der Pflegeversicherungsleistungen in der Häuslichkeit problematisch. Dort soll die Zuständigkeit dem überwiegenden Leistungsanspruch zugeordnet werden. Im Ergebnis hat diese Zuordnung sowohl für den Hilfebedürftigen und dessen Anspruchsfeststellung und Freigrenzen als auch für die zur Verfügung stehende Hilfe und die Vereinbarungen der Träger erhebliche Auswirkungen. Hier sind diverse rechtliche Auseinandersetzungen zu erwarten. Der bpa befürchtet darüber hinaus, dass es zu einer Verschiebung von Leistungen der Eingliederungshilfe in die Hilfe zur Pflege, mit anderen Leistungsvereinbarungen und Regelungen der Leistungserbringer, kommen könnte.

Der bpa begrüßt ausdrücklich die in Abs. 2 vorgenommene Klarstellung zu der Nichtanrechenbarkeit von Leistungen nach § 45b SGB XI auf die Hilfe zur Pflege.

C) Änderungsvorschlag

Keinen.

Vorrang – § 64 SGB XII

Artikel 2, Nr. 5

A) Beabsichtigte Neuregelung

Soweit häusliche Pflege ausreicht, erhalten Pflegebedürftige vorrangig Pflegegeld zur Sicherstellung ihrer Pflege. Die Sozialhilfeträger sollen darauf hinwirken, dass die häusliche Pflege durch dem Pflegebedürftigen nahe stehende Personen, als Nachbarschaftshilfe oder durch sonstige, zum gesellschaftlichen Engagement bereite Personen übernommen wird.

Der Bundesrat fordert in seiner Stellungnahme (s. Nr. 34), dass der Anspruch auf Pflegesachleistung bei der häuslichen Pflege gestrichen wird. Ferner soll häusliche Pflegehilfe nur möglich sein, wenn die Heranziehung einer besonderen Pflegekraft erforderlich ist und die Kosten angemessen sind.

B) Stellungnahme

Im SGB XI sind die Geldleistungen als Wahlleistung ausgestaltet, es gibt keinen Vorrang des Pflegegeldes. Eine Zwangsverpflichtung zur Pflege von potentiellen Angehörigen ist hoffentlich mit dieser Regelung nicht intendiert. Zumindest wäre sie rechtlich nicht durchsetzbar, zumal Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Sozialhilfe die Feststellung der Bedürftigkeit ist. Die Regelung darf zu keiner Einschränkung der Wahlfreiheit des Pflegebedürftigen führen. Insbesondere kann es keine Verpflichtung für Pflegebedürftige geben, zwingend Angehörige für seine Pflege in Anspruch zu nehmen. Hierzu gibt es bereits in Anlehnung an die Regelung nach § 37 SGB V ausreichend höchstrichterliche Rechtsprechung. Maßstab für die pflegerische Versorgung sollte die geeignete Pflege in der gewünschten und notwendigen Konstellation sein, diese ist jedoch nicht grundsätzlich durch das Pflegegeld sichergestellt.

Der bpa lehnt die Änderungsvorschläge des Bundesrates ab. In der Begründung führt der Bundesrat aus, dass „die Träger der Sozialhilfe die häusliche Pflegehilfe als Pflegesachleistung und somit selber zu erbringen haben“. Weiter heißt es: Dieses „widerspricht dem der Sozialhilfe immanenten Grundsatz des sozialrechtlichen Dreiecksverhältnisses, nach dem der Leistungs- und Kostenträger - hier die Träger der Sozialhilfe - die Kosten der Leistungserbringung zwar trägt, die Leistungserbringung aber durch einen Dritten erfolgt. Es ist hier kein Grund ersichtlich und auch in der Gesetzesbegründung dafür nicht aufgeführt, dass von dem oben be-

schriebenen und seit jeher geltenden und bewährten Strukturprinzip der Sozialhilfe abgewichen werden müsste oder auch nur sollte.“

Der bpa begrüßt dieses Bekenntnis zum sozialrechtlichen Dreiecksverhältnis ausdrücklich. Es wäre wünschenswert, wenn sich der Bundesrat dieses im gesamten Gesetzentwurf konsequent zu Eigen machen würde, insbesondere auch bei den Modellvorhaben nach § 123 SGB XI (s. dazu Seite 59).

Darüber hinaus bedeutet das Sachleistungsprinzip in der Sozialhilfe nicht, dass der Träger der Sozialhilfe die Leistungen selber zu erbringen hat; er kann dabei auf die zugelassenen Pflegedienste zurückgreifen.

C) Änderungsvorschlag

§ 64 Abs. 1 SGB XII wird wie folgt gefasst:

- (1) Soweit häusliche Pflege ausreicht, ist ~~die Pflege vorrangig durch Pflegegeld sicherzustellen~~ **darauf hinzuwirken, dass vorrangig Pflegegeld eingesetzt wird.**

Pflegegeld – § 64a SGB XII

Artikel 2, Nr. 5

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Inhalte des bisherigen § 64 SGB XII werden im Wesentlichen auf das neue Recht übertragen.

B) Stellungnahme

Bei der Übertragung des bisherigen § 64 SGB XII Abs. 5 Satz 1 entsteht eine Unklarheit durch das Weglassen der Formulierung „dessen Umfang entsprechend“. Diese sollte durch eine Anpassung des Textes vermieden werden.

Außerdem sollte auch beim Pflegegeld eine Regelung für diejenigen geschaffen werden, die pflegebedürftig sind, aber unterhalb des Pflegegrad 2 eingestuft wurden.

C) Änderungsvorschlag

§ 64a Abs. 1 wird wie folgt geändert:

(1) Pflegebedürftige der Pflegegrade 2, 3, 4 oder 5 **und Pflegebedürftige mit einem Pflegebedarf unterhalb von Pflegegrad 2** haben bei häuslicher Pflege Anspruch auf Pflegegeld in Höhe des Pflegegeldes nach § 37 Absatz 1 des Elften Buches. Der Anspruch auf Pflegegeld setzt voraus, dass die Pflegebedürftigen und die Sorgeberechtigten bei pflegebedürftigen Kindern die erforderliche Pflege mit dem Pflegegeld in geeigneter Weise selbst sicherstellen. Der Anspruch auf Pflegegeld setzt voraus, dass die Pflegebedürftigen und die Sorgeberechtigten bei pflegebedürftigen Kindern die erforderliche Pflege mit dem Pflegegeld **dessen Umfang entsprechend** in geeigneter Weise selbst sicherstellen.

Häusliche Pflegehilfe – § 64b SGB XII

Artikel 2, Nr. 5

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Leistungen der häuslichen Pflegehilfe umfassen fortan nicht nur körperbezogene Pflegemaßnahmen, sondern auch Hilfen bei der Haushaltsführung und pflegerische Betreuungsmaßnahmen. Letztere werden als Unterstützungsleistungen zur Bewältigung und Gestaltung des alltäglichen Lebens im häuslichen Umfeld definiert.

B) Stellungnahme

Der Verweis auf Betreuungs- und Entlastungsleistungen durch Unterstützungsangebote im Sinne des § 45 a SGB XI ist redundant. Der Leistungsanspruch besteht auch außerhalb der häuslichen Pflegehilfe und ist hier nicht zusätzlich aufzuführen. Andernfalls entsteht der Eindruck, Empfänger von Pflegegeld oder Personen des Pflegegrades 1 hätten keinen Anspruch auf Leistungen nach § 45a. Der Satz sollte dementsprechend gestrichen werden.

Außerdem sollte auch bei häuslicher Pflege eine Regelung für diejenigen geschaffen werden, die pflegebedürftig sind, aber unterhalb des Pflegegrad 2 eingestuft worden sind.

Als problematisch muss Abs. 2 betrachtet werden. Eine Abgrenzung der hier beschriebenen pflegerischen Betreuungsmaßnahmen zur Hilfe zur Pflege sowie zur Eingliederungshilfe ist mit der vorgesehenen Formulierung nicht möglich.

C) Änderungsvorschlag

§ 64b SGB XII Abs.1 wird wie folgt geändert:

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2, 3, 4 oder 5 **und Pflegebedürftige mit einem Pflegebedarf unterhalb von Pflegegrad 2** haben Anspruch auf körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie auf Hilfen bei der Haushaltsführung als Pflegesachleistung (häusliche Pflegehilfe), soweit die häusliche Pflege nach § 64 nicht durch Pflegegeld sichergestellt werden kann. Der § 64i bleibt unberührt. Anspruch auf häusliche Pflegehilfe umfasst auch die pflegfachliche Anleitung von Pflegebedürftigen und Pflegepersonen. Mehrere Pflegebedürfti-

ge der Pflegegrade 2, 3, 4 oder 5 **und Pflegebedürftige mit einem Pflegebedarf unterhalb von Pflegegrad 2** können die häusliche Pflege gemeinsam in Anspruch nehmen. ~~Häusliche Pflegehilfe kann auch Betreuungs- und Entlastungsleistungen durch Unterstützungsangebote im Sinne des § 45a des Elften Buches umfassen; § 64i bleibt unberührt.~~

Verhinderungspflege – § 64c SGB XII

Artikel 2, Nr. 5

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Verhinderungspflege wird namentlich in den Leistungskatalog der Hilfe zur Pflege aufgenommen.

B) Stellungnahme

Der bpa begrüßt diese Neuregelung außerordentlich.

Insbesondere die Klarstellung, dass ein Anspruch auf Verhinderungspflege auch ohne Vorpflegezeit der Pflegeperson besteht, ist sehr positiv zu bewerten. Diese sollte ebenfalls ihren Eingang in die entsprechenden Regelungen des SGB XI finden.

C) Änderungsvorschlag

Keinen.

Kurzzeitpflege – § 64h SGB XII

Artikel 2, Nr. 5

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Kurzzeitpflege wird namentlich in den Leistungskatalog der Hilfe zur Pflege aufgenommen. Kurzzeitpflege kann ebenfalls in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 Abs. 2 SGB V erfolgen, soweit eine gleichzeitige Unterbringung und Pflege eines Pflegebedürftigen während einer Maßnahme der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation für eine Pflegeperson erforderlich ist.

B) Stellungnahme

Der bpa begrüßt die Aufnahme der Kurzzeitpflege in den Leistungskatalog der Hilfe zur Pflege. Zur Verdeutlichung des Leistungsanspruchs und des Sozialhilfebedarfs sollte eine Klarstellung analog § 42 SGB XI erfolgen.

Wenn ein pflegender Angehöriger eine Rehabilitationsmaßnahme benötigt, kann der Pflegebedürftige in der gleichen Einrichtung im Rahmen der Kurzzeitpflege versorgt werden. Während der pflegende Angehörige eine Kur macht, ist „vor Ort“, die pflegerische Versorgung des Pflegebedürftigen sichergestellt.

Der bpa anerkennt die von der Neuregelung ausgehenden Bemühungen um Entlastung der pflegenden Angehörigen. Pflegende Angehörige sollen sich erholen können, ohne sich um die pflegerische Versorgung ihres Angehörigen sorgen zu müssen. Diese Überlegungen stehen offensichtlich hinter den beabsichtigten Änderungen. Es kann nicht eingeschätzt werden, wie viele Angehörige eine Kur machen (möchten), währenddessen die Versorgung des Pflegebedürftigen in der gleichen (Rehabilitations-) Einrichtung erforderlich ist. Allerdings sollte berücksichtigt werden, dass es für die Entlastung von pflegenden Angehörigen auch angezeigt sein kann, eine Rehabilitationsmaßnahme durchzuführen, währenddessen der Pflegebedürftige gerade nicht „vor Ort“ bzw. in derselben Rehabilitationseinrichtung untergebracht ist. Die Pflege bedeutet für Angehörige eine enorme psychische und physische Belastung, die sehr häufig rund um die Uhr geleistet wird. Die permanente Pflege und das ständige In-Bereitschaft-Sein führen bei vielen pflegenden Angehörigen zu erheblichen Erschöpfungszuständen. Viele können irgendwann einfach nicht mehr weiter pflegen. In solchen Situationen sind Rehabilitationsmaßnahmen eine sehr wichtige Unterstützung. Um dabei eine größtmögliche Ent-

lastung und Erholung zu erreichen, kann es für pflegende Angehörige angezeigt sein, auch einmal eine räumliche Distanz zwischen sich und dem Pflegebedürftigen erleben zu können, aber gleichzeitig zu wissen, dass eine gute Versorgung des Pflegebedürftigen gewährleistet ist.

Darüber hinaus sind die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen überhaupt nicht darauf eingestellt sind, pflegebedürftige Menschen zu versorgen. Sie kennen die Anforderungen, die demente Pflegebedürftige stellen, häufig nicht und haben nicht das entsprechend qualifizierte Personal.

C) Änderungsvorschlag

Kurzzeitpflege kann in zugelassenen Pflegeeinrichtungen in Anspruch genommen werden.

Stationäre Pflege – § 65 SGB XII

Artikel 2, Nr. 5

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Regelung werden die Voraussetzungen für Pflege in stationären Einrichtungen im Rahmen der Hilfe zur Pflege beschrieben. So sollen auf stationäre Pflege nur Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 Anspruch haben. Pflegebedürftige mit einem Bedarf unterhalb von Pflegegrad 2 sind von den Leistungen ausgeschlossen.

B) Stellungnahme

Eine Begrenzung des Anspruchs auf stationäre Pflege im Rahmen der Hilfe zur Pflege auf die Pflegegrade 2 bis 5 lehnt der bpa ab. Es ist nicht ersichtlich, warum Pflegebedürftige unterhalb des Pflegegrads 2 von diesen Leistungen ausgeschlossen sein sollten. Zwar mag ein Bedarf an stationärer Pflege bei Personen unterhalb des Pflegegrads 2 aufgrund der geringen Beeinträchtigungen der Selbständigkeit pflegewissenschaftlich – wie in der Gesetzesbegründung behauptet – nicht begründbar sein. Dennoch wird faktisch immer wieder ein Bedarf bestehen, insbesondere dann, wenn Beeinträchtigungen bei der Selbstversorgung und bei der Haushaltsführung zu verzeichnen sind, oft auch mit Unterstützungsbedarf aus dem Bereich der Pflege. In diesen Fällen ist Hilfe zu leisten und der notwendige Bedarf auch an stationärer Pflege und Betreuung vom Sozialhilfeträger zu erstatten. Eine Begrenzung des Anspruchs auf stationäre Pflege im Rahmen der Hilfe zur Pflege auf die Pflegegrade 2 bis 5 würde eine Abkehr von dem existenzsichernden Bedarfsdeckungsprinzip bedeuten (vgl. § 65). Sollte die Begrenzung aufgrund finanzieller Erwägungen erfolgt sein, so ist eine ungerechtfertigte Leistungsausweitung aus Sicht des bpa nicht zu erwarten. § 65 setzt sich hier selber enge Grenzen, in dem er den Anspruch auf stationäre Pflege nur dann gewährleistet, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des Einzelfalls nicht in Betracht kommt.

C) Änderungsvorschlag

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2, 3, 4 oder 5 Personen, die pflegebedürftig im Sinne des § 61a SGB XI sind (alternativ: Pflegebedürftige der Pflegegrade 1 bis 5 sowie Pflegebedürftige mit einem Pflegebedarf unterhalb von Pflegegrad 1), haben Anspruch auf Pflege in stationären Einrichtungen, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des Einzelfalls nicht in Betracht

kommt. Der Anspruch auf stationäre Pflege umfasst auch Betreuungsmaßnahmen; § 64b Absatz 2 findet entsprechende Anwendung.

Altenhilfe – § 71 SGB XII

Artikel 2, Nr. 7

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Leistungen der Altenhilfe sollen mit den übrigen Leistungen des SGB XII, den Leistungen der örtlichen Altenhilfe sowie der kommunalen Infrastruktur zur Vermeidung und Verringerung der Pflegebedürftigkeit und zur Inanspruchnahme der Leistungen der Eingliederungshilfe verzahnt werden.

B) Stellungnahme

Die Verzahnung der Leistungen unter der Vorgabe, die Inanspruchnahme der Eingliederungshilfe zu vermeiden bzw. zu verringern, darf in keinem Fall dazu führen, dass die Verbesserung der persönlichen Situation eines Pflegebedürftigen dem Wunsch nach Kosteneinsparung untergeordnet wird, wie es aus der Begründung zu entnehmen ist.

C) Änderungsvorschlag

Keinen.

Inhalt der Vereinbarungen – § 76 SGB XII

Artikel 2, Nr. 10

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Maßnahmenpauschale soll zukünftig zwingend nach Gruppen für Leistungsberechtigte mit vergleichbarem Bedarf sowie bei Leistungen der häuslichen Pflegehilfe für die gemeinsame Inanspruchnahme durch mehrere Leistungsberechtigte zu kalkulieren sein.

B) Stellungnahme

Erst im Jahr 2009 wurde § 76 Abs. 2 S. 3 von einer Muss- in eine Ermessenvorschrift umgewandelt. Dies sollte es ermöglichen, bei den pauschalierten Vergütungen für Leistungen in Einrichtungen und Diensten statt auf die sog. Hilfebedarfsgruppen z.B. auf die Finanzierung von Leistungsstunden abzustellen und regionale Besonderheiten zu berücksichtigen (BT-Drs. 16/13424, S. 35). Die Bildung von Leistungstypen und die Zuordnung der einzelnen Leistungsberechtigten zu den gebildeten Gruppen sind, je nach Hilfeangebot, nach wie vor problematisch. Insofern ist es sinnvoll, die im Jahr 2009 eingeführte Flexibilität beizubehalten und die Weiterführung vor Ort gefundener Vergütungsmodelle zu ermöglichen; eine Begründung dafür, dies nun rückgängig zu machen, bleibt der vorgelegte Referentenentwurf denn auch schuldig.

Hinsichtlich der neu aufgenommenen Regelung zur Kalkulation der Maßnahmenpauschale bei Leistungen der häuslichen Pflegehilfe sollte klargestellt werden, dass diese nicht nur, sondern auch für die gemeinsame Inanspruchnahme durch mehrere Leistungsberechtigte zu kalkulieren ist.

C) Änderungsvorschlag

§ 76 Abs. 2 S. 3 wird wie folgt gefasst:

Die Maßnahmenpauschale ~~ist~~ **soll** nach Gruppen für Leistungsberechtigte mit vergleichbarem Bedarf sowie bei Leistungen der häuslichen Pflegehilfe **auch** für die gemeinsame Inanspruchnahme durch mehrere Leistungsberechtigte nach § 64b Absatz 1 Satz 3 ~~zu kalkulieren~~ **kalkuliert werden**.

Übergangsregelung für Pflegebedürftige aus Anlass des Dritten Pflegestärkungsgesetzes – § 138 SGB XII

Artikel 2, Nr. 13

A) Beabsichtigte Neuregelung

Eine Person, die am 31.12.2016 einen Anspruch auf Hilfe zur Pflege hat, erhält die bisherigen Leistungen der häuslichen Pflege auch weiterhin, bis der Bedarf nach neuem Recht durch den Sozialhilfeträger festgestellt wurde.

B) Stellungnahme

Der bpa setzt sich dafür ein, dass diese Übergangsregelung auch für Personen ohne eingeschränkte Alltagskompetenz gilt, die einen Bedarf an Hilfe zur Pflege unterhalb von Pflegegrad 2 haben.

C) Änderungsvorschlag

Besitzstandsregelung für Pflegebedürftige ohne Pflegestufe – § 139 SGB XII

Stellungnahme des Bundesrates, Nr. 38

A) Beabsichtigte Neuregelung

Für Pflegebedürftige der Pflegestufe 0 ohne erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz fordert der Bundesrat einen Besitzstandsschutz. Wenn sie bis 31.12.2016 entsprechende Leistungen erhalten haben, sollen sie diese bis längstens 31.12.2019 erhalten, es sei denn eine neue Begutachtung ab 1. Januar 2017 ergibt gleiche oder höhere Leistungen.

B) Stellungnahme

Der bpa begrüßt diese Neuregelung ausdrücklich. Auf diese Regelungslücke hatte der bpa auch bereits hingewiesen. Allerdings geht der Lösungsvorschlag des Bundesrates nicht weit genug. Betroffen sind nicht nur diejenigen, die bisher in der Pflegestufe 0 sind, sondern auch diejenigen, die künftig einen geringeren Pflegegrad als Pflegegrad 2 erhalten. Um auch für diese Personen künftig einen Anspruch auf Hilfe zur Pflege zu schaffen, hat der bpa entsprechende Vorschläge zur Änderung von § 61ff SGB XII vorgelegt (s. Seite 71ff).

C) Änderungsvorschlag

Es wird auf den Änderungsvorschlag zu § 61 SGB XII verwiesen (siehe Seite 71).

Artikel 15 – Änderung des SGB V

Leistungen der Behandlungspflege in Einrichtungen nach § 43a SGB XI – § 37 SGB V

Änderungsantrag 25 der Fraktionen CDU/CSU und SPD

A) Beabsichtigte Neuregelung

Versicherte erhalten in stationären Einrichtungen nach § 43a SGB XI Leistungen der Behandlungspflege als häusliche Krankenpflege, wenn der Bedarf an Behandlungspflege eine ständige Überwachung und Versorgung durch eine qualifizierte Pflegefachkraft erfordert.

B) Stellungnahme

Dieser Änderungsvorschlag ist ein richtiger Schritt, um die Gleichbehandlung von Patienten in ambulanter und stationärer Pflege voran zu bringen. Mit dieser Regelung erhalten zumindest Patienten, die einen besonderen Bedarf an häuslicher Krankenpflege haben, die entsprechenden Leistungen von der gesetzlichen Krankenkasse. Das ist ein wichtiges Signal an die Betroffenen.

Allerdings besteht weiterhin eine systematische Ungleichbehandlung zu Lasten der Bewohnerinnen und Bewohner der Pflegeheime. Während die Krankenkassen selbstverständlich die Kosten der medizinischen Behandlungspflege für alle Versicherten außer für die Bewohnerinnen und Bewohner der Pflegeheime übernehmen, wird diesen zugemutet, die Kosten neben den Beiträgen zur Krankenversicherung und den Heimentgelten dauerhaft aus eigener Tasche zu zahlen. Der bpa kritisiert diese strukturelle Ungleichbehandlung erneut. Die Untätigkeit der Verbraucherverbände oder der Sozialhilfeträger verwundert insofern.

Die Leistungen der Pflegeversicherung decken seit vielen Jahren schon die Kosten der Pflege im Pflegeheim nicht mehr, erst recht nicht die Kosten für die medizinische Behandlungspflege. Mit Einführung der Pflegeversicherung war die Zuordnung dieser Kosten zur Pflegeversicherung nur übergangsweise vorgesehen und sollte dann abgelöst werden durch die systemgerechte Zuweisung zur Krankenversicherung. Die Folgen dieser Übergangslösung gelten zum finanziellen Schaden der Bewohnerinnen und Bewohner bis heute fort, da sie mehrfach vom Gesetzgeber verlängert wurden und letztlich in einer benachteiligenden Dauerregelung mündeten.

Bereits 2005 wurden die durchschnittlichen Kosten auf monatlich etwa 177 Euro geschätzt und machen somit eine erhebliche systemwidrige Mehrbelastung nicht nur der Bewohnerinnen und Bewohner, sondern auch der Sozialhilfeträger aus. Mittlerweile zeigt sich diese Mehrbelastung der Bewohnerinnen und Bewohner in der deutlich steigenden Abhängigkeit von Leistungen der Sozialhilfe; so ist mittlerweile etwa ein Drittel wieder angewiesen auf die Sozialhilfe.

Diese systematische Ungleichbehandlung muss aufhören. Wie bei allen anderen Versicherten auch muss die Krankenversicherung die Kosten der medizinischen Behandlungspflege tragen. Denkbar wäre sowohl eine pauschale Regelung als auch eine aufwandsgerechte Lösung, wonach wie in der häuslichen Versorgung die tatsächlichen Einzelleistungen abgerechnet würden und damit – was ein positiver Nebeneffekt wäre – die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflegeheime wirksam vor einer Überforderungssituation geschützt würden, welche momentan mit der deutlichen Zunahme des Anteils der Behandlungspflegeleistungen z.B. nach einem Krankenhausaufenthalt einhergeht.

Der bpa bedauert es daher, dass es der Gesetzgeber hinsichtlich der medizinischen Behandlungspflege für Heimbewohner, aber auch für Gäste der teilstationären Einrichtungen, bei der systemwidrigen Zuordnung zur Pflegeversicherung belässt. Die systematische Schlechterstellung der Heimbewohner bei der Krankenversicherung muss endgültig beendet werden. Gerade mit Blick auf die steigende Sozialhilfeabhängigkeit von Pflegebedürftigen ist die Zuordnung der behandlungspflegerischen Leistungen zur Krankenversicherung erforderlich. Dadurch würden die finanziellen Belastungen für Heimbewohner und Sozialhilfeträger sinken, da die Heimkosten systemfremd belastet werden und somit direkte wettbewerbliche Auswirkungen bewirken.

In der Diskussion um die Pflegereform droht der durch die tatsächliche Pflegesituation seit 20 Jahren bestätigte Leitsatz "ambulant vor stationär" jetzt umgedeutet zu werden, dabei aber die Lebenswirklichkeit vieler schwer pflegebedürftiger Menschen und deren pflegender Angehörigen zu ignorieren. Bei nüchterner Betrachtung der tatsächlich notwendigen Versorgungsdichte wird klar, dass es hier nicht um ein Verhältnis von Vorrang und Nachrang gehen kann, sondern sehr häufig schlicht um die zeitliche Reihenfolge eines bedarfsgerechten Angebots gehen muss, auf welches sich die pflegebedürftigen Menschen auch künftig verlassen können müssen.

C) Änderungsvorschlag

Die Aufwendungen für die medizinische Behandlungspflege in teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen werden von der Krankenkasse übernommen. Die diesbezüglichen Regelungen des SGB XI und SGB V werden entsprechend geändert.

Bundesrahmenempfehlung und Rahmenverträge zur häuslichen Krankenpflege – § 132a SGB V

Änderungsantrag 26 der Fraktionen CDU/CSU und SPD

A) Beabsichtigte Neuregelungen

Inhalte der häuslichen Krankenpflege:

Die Inhalte der häuslichen Krankenpflege sollen nicht mehr in der Bundesrahmenempfehlung festgelegt werden

Außerklinische Intensivpflege:

In der Bundesrahmenempfehlung sollen Regelungen zur außerklinischen Intensivpflegeversorgung festgelegt werden.

Verbindlichkeit der Bundesrahmenempfehlung:

Die Inhalte der Bundesrahmenempfehlungen sind den Rahmenverträgen zur häuslichen Krankenpflege auf Landesebene zugrunde zu legen.

Schiedsstelle:

Für die Bundesrahmenempfehlung wird eine Schiedsstelle geschaffen.

Mindestanforderungen an Leistungserbringer:

Verträge zur häuslichen Krankenpflege auf Landesebene dürfen nur mit Leistungserbringern geschlossen werden, die die Gewähr für eine leistungsgerechte und wirtschaftliche Versorgung bieten.

B) Stellungnahme

Inhalte der häuslichen Krankenpflege:

Auf der Grundlage einer Entscheidung des Bundessozialgerichtes sind die Zuständigkeiten des G-BA über die Richtlinie der Häuslichen Krankenpflege und der Bundesrahmenempfehlung abgegrenzt worden. Insbesondere die Grundpflegeleistungen wurden in der Zuständigkeit der Bundesrahmenempfehlung gesehen. Die Durchführung der Grundpflege ist Aufgabe der Pflegefachkräfte, Kernbestandteil der Ausbildung und Gegenstand der Pflegeforschung. Sowohl die fachliche als auch die Expertise zu Erforderlichkeit, Inhalt und Umfang dieser Leistungen liegen in der Zuständigkeit der Pflege und nicht der Ärzte. Daher sind die Inhalte der häuslichen Krankenpflege auch in der Bundesrahmenempfehlung zu belassen. Andernfalls ist zu befürchten, dass anstatt der vom Gesetzgeber

gewollten erweiterten Delegation bis hin zur Substitution ärztlich verordneter Leistungen, auch die Aufgaben der Grundpflege zukünftig ärztlich determiniert werden. Daher hält der bpa es für nicht sachdienlich, die Inhalte der häuslichen Krankenpflege aus dem Gesetz zu streichen. Die Begründung weist zwar darauf hin, dass es den Partnern der Bundesrahmenempfehlung unbenommen bleibt, Empfehlungen zu den Inhalten abzugeben, die die Richtlinie zur häuslichen Krankenpflege des Gemeinsamen Bundesausschusses ergänzen können. Aber selbst dafür gäbe es dann keine Rechtsgrundlage mehr, weil die entsprechende Formulierung fehlen würde. Die Inhalte der häuslichen Krankenpflege sollten grundsätzlich nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegt werden, weil die Leistungserbringer der häuslichen Krankenpflege dort nur ein Anhörungsrecht haben, aber kein gleichberechtigter Partner sind. Dort entscheiden Ärzte und Krankenkassen ohne die Beteiligung der Pflegeeinrichtungen und der ausgewiesenen Expertise der Pflegefachkräfte. Deswegen sollte die Festlegung der Inhalte der häuslichen Krankenpflege zwischen den Kostenträgern (Krankenkassen) und den Leistungserbringern (maßgebliche Verbände der Pflegedienste auf Bundesebene) erfolgen. Die Bundesrahmenempfehlung ist dafür prädestiniert. Daher ist von der Streichung der Inhalte aus der Bundesrahmenempfehlung abzusehen.

Außerklinische Intensivpflege:

Der bpa begrüßt es, dass es die Bundesrahmenempfehlung künftig auch Regelungen zur außerklinischen Intensivpflege umfassen soll. Die Bedeutung dieser Leistung nimmt in der Versorgungspraxis immer weiter zu. Sehr positiv bewertet der bpa auch das im Antrag formulierte Ziel dieser Regelung:

„Die Regelung dient dem Ziel, die Versorgungsqualität im Bereich der außerklinischen Intensivpflege zu stärken und bundesweit einheitliche Qualitäts- und Versorgungsstandards zu gewährleisten.“

Durch die Anforderungen, die in der Bundesrahmenempfehlung festgelegt werden, ist es nach Ansicht des bpa möglich, bundeseinheitliche Qualitätsstandards in der Intensivpflege zu gewährleisten, insbesondere da die Regelungen auch in den Verträgen auf Landesebene zu berücksichtigen sind (s. die Ausführungen zum nächsten Punkt). Der bpa ist außerdem dankbar, dass in dem Antrag auch noch einmal der Versicherte in der Freiheit bei der Wahl seines Wohnortes gestärkt wurde. Denn es heißt in der Begründung des Antrags:

„Die Wahl des Wohnortes obliegt dabei dem Versicherten und darf nicht von etwaigen Wirtschaftlichkeitserwägungen der Pflegeeinrichtungen oder Krankenkassen abhängen.“

Diese Klarstellung findet die ausdrückliche Unterstützung des bpa.

Verbindlichkeit der Bundesrahmenempfehlung:

Der bpa fordert bereits seit vielen Jahren, dass die Verbindlichkeit der Bundesrahmenempfehlung erhöht wird, indem festgelegt wird, dass die Inhalte der Bundesrahmenempfehlung auch bei den Verträgen zur häuslichen Krankenpflege auf Landesebene zu berücksichtigen sind. Dieses setzt der Antrag jetzt um, was der bpa begrüßt. Damit wird auch ein kleiner Beitrag geleistet, um eine bundesweit einheitliche Versorgung der Bevölkerung mit häuslicher Krankenpflege zu gewährleisten.

Schiedsstelle:

Dass für die Bundesrahmenempfehlung nun endlich eine Schiedsstelle geschaffen wird, ist eine Bestätigung für den bpa, der diese seit vielen Jahren gefordert hat. Bereits in unserer Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000, Bundestags-Drucksache 14/1245), die der bpa zur viertägigen Anhörung im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages im September 1999 vorgelegt hat, haben wir zur Verbesserung der Chancengleichheit bei Vertragsverhandlungen eine Bundesschiedsstelle ambulante Krankenpflege gefordert. Dem Grunde nach wird diese durch den vorgelegten Änderungsantrag umgesetzt, was wir nachdrücklich begrüßen. Die Argumente, die der bpa bereits damals vorgetragen hat, werden nun aufgegriffen. Aus unserer Sicht wäre es dabei erforderlich, diese Schiedsstelle nicht nur für die Bundesrahmenempfehlung vorzusehen, sondern auch für die Verträge auf Landesebene. Für diese Landesrahmenverträge gibt es bisher eine Schiedsperson, die aber nicht die gewünschten Effekte bringt, die eine echte Schiedsstelle leisten kann. Insofern wäre es konsequent, den für die Bundesrahmenempfehlung als richtig erachteten Konfliktlösungsmechanismus auch auf die Landesrahmenverträge zu übertragen.

Positiv sieht der bpa auch, dass die von ihm geforderte Formulierung der „maßgeblichen“ Spitzenorganisationen auf Bundesebene aufgenommen wurde. Allerdings ist die in der Begründung aufgeführte Definition nicht zielführend. So soll sich die Maßgeblichkeit

- an § 1 der Patientenbeteiligungsverordnung orientieren **und**
- entweder die Interessen der Gruppe einer rechtlich anerkannten Spezialisierung **oder**
- eines Anteils von 5 % der Pflegedienste

festmachen. Die Maßstäbe, die an Patientenorganisationen angelegt werden, lassen sich nicht auf diejenigen der Pflegedienste übertragen. Die Orientierung an der Patientenbeteiligungsverordnung führt dazu, dass vor allen Dingen innerorganisatorische Anforderungen abgeprüft werden, die

aber nicht unbedingt Aussagen über die Maßgeblichkeit zulassen. Zudem ist die Formulierung „Interessen der Gruppe einer rechtlich anerkannten Spezialisierung“ sehr weit gefasst. Kriterien für dieses Spezialisierung werden nicht genannt, es steht zu befürchten, dass jeder kleine Verband von Spezialinteressen dieses Kriterium für sich reklamiert und damit die Ziele, die mit dem Kriterium der Maßgeblichkeit erreicht werden können, nämlich eine repräsentative Vertretung und eine Arbeitsfähigkeit, gefährdet werden. Deswegen setzt sich der bpa dafür ein, dass für die Maßgeblichkeit neben der in der Begründung genannten Bedingung eines Anteils von 5 % der Pflegedienste gelten soll, dass diese jeweils in 75 % der Bundesländer (also 12 der 16 Länder) nachgewiesen werden.

In der deutschen Pflegelandschaft gibt es eine Vielzahl verschieden strukturierter Interessengruppen, deren Zielsetzung, Mitgliederaufkommen und Organisationsgrad sehr unterschiedlich stark ausgeprägt sind. Nicht wenige dieser Vereinigungen sind rein regionale Interessenvertretungen. Andere Verbände repräsentieren gezielt nur Anbieter bestimmter Versorgungsbereiche. Vereinsrechtlich ist es jeder noch so kleinen Vereinigung frei gestellt, sich satzungsmäßig als Bundesverband darzustellen – unabhängig davon, in welchem tatsächlichen Ausmaß sie Mitglieder über das gesamte Bundesgebiet vertritt.

Diese Rechtslage birgt beim Wortlaut der Begründung des Antrags die **Gefahr einer latenten Rechtsunsicherheit in Bezug auf das rechtmäßige Zustandekommen** der Schiedsstelle, da während der Bildung und auch noch danach kleine und regionale Verbände über eine entsprechend gestaltete Satzung eine Bundesvertretung für sich reklamieren könnten und mit Anzeige ihrer fehlenden Beteiligung die Rechtmäßigkeit zustande gekommener Vereinbarungen in Frage stellen könnten.

Um dieser Gefahr adäquat entgegenzuwirken, sollte durch eine **Definition maßgeblicher Trägervereinigungen von Pflegediensten** die Arbeitsfähigkeit auf einer rechtssicheren Grundlage gesetzlich klargestellt werden.

Mit einer **Repräsentanz in ¼ aller Bundesländer** wird sichergestellt, dass nicht begrenzte, sektorale Interessen vertreten werden, sondern eine übergeordnete, auf die Verhältnisse der Mehrzahl aller Pflegeanbieter im Bundesgebiet angepasste Vertretung erfolgt.

Über das **Quorum von lediglich 5 % an Mitgliedern im jeweiligen Bundesland** wird in quantitativer Hinsicht einerseits ein Mindestmaß an Interessenwahrnehmung sichergestellt und andererseits auch kleineren Vereinigungen neben größeren Verbänden mit deutlich mehr Mitgliedern bei gleichem Stimmgewicht die Teilnahme auf Bundesebene ermöglicht. Ein solches Quorum ist im SGB nicht unbekannt. Bereits in den Vergütungsbestimmungen zu den §§ 85 Abs. 2 und 89 Abs. 2 SGB XI ist aus Grün-

den der Arbeitsfähigkeit und Praktikabilität auf Seiten der Kostenträger ein Quote von 5 % gesetzlich eingeführt worden und hat sich seither grundsätzlich bewährt. Deswegen begrüßt der bpa dieses Kriterium.

Mindestanforderungen an Leistungserbringer:

Verträge zur häuslichen Krankenpflege auf Landesebene dürfen nur mit Leistungserbringern geschlossen werden, die die Gewähr für eine leistungsgerechte und wirtschaftliche Versorgung bieten. Laut Begründung soll diese Regelung dazu dienen, es den Krankenkassen zu erleichtern, Leistungserbringer beispielsweise bei Unzuverlässigkeit oder Unwirtschaftlichkeit der Leistungserbringung von Vertragsverhandlungen oder Verträgen auszuschließen. Eine solche Regelung ist vor dem Hintergrund des Kontrahierungszwangs rechtlich nicht nachvollziehbar und führt nicht zu den unterstellten Klarheiten. Die Krankenkassen verfügen bereits über die bestehenden Rahmenverträge nach § 132a SGB V ausreichend Sanktionsmöglichkeiten bei Unzuverlässigkeit oder Unwirtschaftlichkeit. Mit solchen Regelungen wird den Pflegediensten, ausgehend von Einzelfällen, eine pauschale Unzuverlässigkeit unterstellt, die nicht angemessen ist. Die Regelung sollte daher gestrichen werden.

C) Änderungsvorschläge

1.)

§ 132a Abs. 1 Satz 4 Nr. 1 SGB V wird wie folgt gefasst:

In den Rahmenempfehlungen sind insbesondere zu regeln:

1. Inhalte der häuslichen Krankenpflege einschließlich deren Abgrenzung, ... [Keine Streichung der ursprünglichen Nr. 1]

2.)

§ 132a Abs. 4 Satz 6 SGB V Eine Gesetzesänderung ist aufgrund der bestehenden Regelungen nicht erforderlich.

~~Verträge dürfen nur mit Leistungserbringern abgeschlossen werden, die die Gewähr für eine leistungsgerechte und wirtschaftliche Versorgung bieten.~~

3.)

Entsprechend der Schiedsstelle für die Bundesrahmenempfehlung wird auch für die Verträge auf der Landesebene eine Schiedsstelle anstelle der bisherigen Schiedsperson geschaffen.

4.)

In der Begründung wird der folgende Satz wie folgt gefasst:

Als maßgeblich im Sinne des Absatz 3 ist eine Spitzenorganisation dann anzusehen, wenn sie im Zeitpunkt des Amtsbeginns der **Schiedsstelle** ~~die Voraussetzungen des § 1 der Patientenbeteiligungsverordnung in entsprechender Anwendung erfüllt und darüber hinaus entweder die Interessen der Gruppe einer rechtlich anerkannten Spezialisierung oder eines~~ mindestens in 12 von 16 Bundesländern jeweils einen Anteil von 5 Prozent der Pflegedienste vertritt.

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

Artikel 13, Nr. 5

A) Beabsichtigte Neuregelung

Auch Pflegedienste, die nur einen Vertrag nach § 132 a SGB V abgeschlossen haben, aber keinen nach SGB XI, unterliegen künftig den Regelprüfungen durch den MDK. Pflegedienste, die einen Vertrag nach § 132 a SGB V abgeschlossen haben, werden auch anlassbezogenen Prüfungen durch den MDK unterzogen, die auch die Abrechnung umfassen. Das Nähere dazu bestimmt der GKV-Spitzenverband in Richtlinien. Anlassprüfungen sollen unangemeldet stattfinden. In Wohneinheiten, in denen anzeigepflichtige Intensivpflegeleistungen erbracht werden, sind die Prüfungen grundsätzlich unangemeldet durchzuführen.

B) Stellungnahme

Grundsätzlich ist festzustellen, dass die erweiterten Prüfrechte des MDK auch bisher bereits regelhaft Gegenstand der Regelungen der Verträge nach § 132a SGB V waren. Damit bestand und besteht bereits eine jederzeitige Überprüfbarkeit der Krankenkassen, auch gegenüber den Diensten die ausschließlich Leistungen der häuslichen Krankenpflege erbringen. Neu ist allerdings, dass den Prüfinstanzen Prüfkompetenzen eingeräumt werden, die das Grundrecht der Bewohner von Wohngruppen etc. erheblich tangieren und damit polizei- oder ordnungsrechtliche Kompetenzen übertragen werden sollen. Aus Sicht des bpa wird mit den Gesetzesänderungen vorschnell auf die mediale Berichterstattung reagiert; dies hätte mehr Kontrolle und Bürokratie für alle Dienste – allerdings bei zweifelhaftem Nutzen – zur Folge. Bereits bisher bestehen ausreichend Kontroll- und Überprüfbarkeit. Aufgrund dieser Kontrollen wurden die bisher kolportierten Vorwürfe gegenüber einzelnen Diensten erhoben. Offensichtlich sind die Gerichte hinsichtlich der erhobenen Vorwürfe aber anderer Meinung.

Das ist der Grund für die offensichtlich bestehende Diskrepanz: es werden Vorwürfe erhoben und die Gerichte halten diese für unzureichend ein Klageverfahren zu eröffnen. Der bpa erkennt keinen Nutzen darin die ambulante Pflege mit der Folge eines erheblich erhöhten Prüfaufwands und fortgesetzter Misstrauenskultur unter Generalverdacht zu stellen.

C) Änderungsvorschlag

§ 275 b SGB V wird gestrichen.

Abrechnung der sonstigen Leistungserbringer - § 302 SGB V

Artikel 13, Nr. 7

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bei der Abrechnung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V ist zusätzlich zu den Angaben des § 302 Abs.1 Satz 1 SGB V auch die Zeit der Leistungserbringung anzugeben.

B) Stellungnahme

Der bpa lehnt die Angabe von Zeitangaben ab. Entgegen der Vorstellung des Bundesrates, dass dadurch die Durchführung der Pflege für alle Beteiligten transparenter werden würde, wird sie vor allem zu einer zusätzlichen Belastung für die Pflegekräfte werden, die wieder mehr Zeit für die Dokumentation verbringen müssten. Die Regelung ist darüber hinaus nicht sinnvoll, weil die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach Pauschalen, aber nicht nach Zeit abgerechnet werden. Eine Zeitvergütung existiert nur in wenigen Einzelfällen. Solange es nur Regelungen zur Pauschalvergütung gibt, sind Zeitangaben nicht relevant und sollten daher nicht erhoben werden. Damit würde für die allergrößte Mehrheit der Pflegedienste auch ein unnötiger zusätzlicher bürokratischer Aufwand vermieden werden.

In der Begründung wird darauf hingewiesen, dass die neue Regelung der Regelung nach § 105 SGB XI entspräche. Nach § 105 SGB XI wird aber nur die Anfangszeit erhoben, aber nicht die Echtzeit. Insofern darf hier nicht suggeriert werden, dass mit der Neuregelung nur eine Analogie aus dem SGB XI in das SGB V übertragen würde. Der Regelungsvorschlag geht weit über die bestehende Formulierung im SGB XI hinaus und wird für die Pflegedienste zu erheblichem Aufwand führen. Damit würden auch die Bemühungen der Bundesregierung um eine konsequente Entbürokratisierung in der Pflege erschwert

C) Änderungsvorschlag

Der bpa schlägt vor, die Ergänzung in § 302 SGB V wieder zu streichen. Hilfsweise sollte die Regelung nur für die Pflegedienste gelten, die eine Vergütung nach Zeit vereinbart haben.

Artikel 15 – Änderung der Pflegestatistik-Verordnung

A) Neuregelung – Vorschlag des bpa

Der bpa schlägt vor, in der Pflegestatistik-Verordnung auch weiterhin den Anteil der Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz zu erheben.

B) Stellungnahme

Der bpa bittet den Gesetzgeber, auch weiterhin das Merkmal der erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz in den Pflegestatistiken zu erfassen. Zwar wird dieses Merkmal mit dem neuen Begutachtungsassessment (NBA) nicht mehr festgestellt. Unabhängig davon spielt es aber in der Praxis der Pflegeeinrichtungen und der Pflegekräfte eine erhebliche Rolle. Deswegen sollte es unbedingt weiterhin erfasst werden. Denn die meisten Menschen in den Pflegeheimen haben eine eingeschränkte Alltagskompetenz; und auch in der ambulanten Pflege sind diese Menschen eine besondere Herausforderung für Angehörige und Pflegekräfte. Ob ein Pflegebedürftiger eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz hat oder nicht, ist ein Faktor, der seine Versorgung erheblich beeinflusst. Für eine sach- und fachgerechte Versorgungsplanung, Personalbemessung und Pflegeberatung ist deshalb auch weiterhin die Erfassung der erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz erforderlich.

C) Änderungsvorschlag

§ 2 Abs. 1 Nr. 4 PflegeStatV wird wie folgt gefasst:

a) nach Geschlecht, Geburtsjahr, Grad der Pflegebedürftigkeit, **Vorliegen einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz,**

II.) Zum Antrag der Fraktion DIE LINKE.

Pflege teilhabeorientiert und wohnortnah gestalten

Der Antrag betrachtet die pflegerische Versorgung in Deutschland und kommt zu dem Schluss, dass die Qualität der Pflegeleistungen in Deutschland nicht überall gleich hoch sei und die wenigsten Menschen die Unterstützung erhielten, die sie sich wünschten. Belege für die Behauptungen werden gleichwohl nicht geliefert. Als Grundlage für die angeblichen Fehlentwicklungen in der Pflege werden die fehlende Steuerungsmöglichkeiten der Kommunen, deren mangelnde finanzielle Ausstattung, Schnittstellenproblematiken zwischen SGB V, SGB XI und SGB XII sowie das bestehende System der Pflegeversicherung ausgemacht.

Die im Antrag gestellte Behauptung private Anbieter würden keine ambulante Versorgung in der Fläche anbieten, entbehrt jeder Grundlage. Das gleich zu Beginn im Antrag zitierte Gutachten von Rothgang/Sünderkamp/Weiß zur Rolle der privaten Anbieter in der Pflegeversorgung hat in seiner Betrachtung der Verteilung von ambulanten Pflegediensten in privater Trägerschaft festgestellt, dass auch in ländlichen Regionen der Marktanteil dieser bei 60% (gemessen an der Zahl der Dienste) liegt. Völlig unklar bleibt ebenfalls, inwieweit die laut Antragstellern niedrige Nutzung neuer Leistungen sowie deren weitgehende Unbekanntheit in der Bevölkerung, in der Verantwortung privater Anbieter liegt – wie der Antrag zumindest suggeriert. Auch der Darstellung, dass sich Pflegequalität und Personalausstattung durch Lohndumping und Unterqualifizierung seit Jahren verschlechtern würden, muss aufs Schärfste widersprochen werden. Dies den rund 26.000 Pflegeeinrichtungen in Deutschland und ihren mehr als eine Million Beschäftigten ohne jeden Beleg vorzuwerfen, ist schädlich für die gesamte Branche und Profession.

Die Forderung nach einem sofortigen Zusammenkommen der Pflegemindestlohnkommission ist unnötig, konstituiert sich diese doch ohnehin neu am 19. Oktober. Unklar ist, wieso Vertreter von Pflegekassen und der Interessenverbände von Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen Teil der Kommission werden sollen. Dies würde jede verbliebene Tarifautonomie konterkarieren. Gleiches gilt für die Forderung nach einer Erhöhung des Pflege-Mindestlohns zum 1. Januar 2017 auf 12,50 €. Dieser darf nicht politisch vorgegeben werden, sondern muss sich maßvoll weiterentwickeln, basierend auf der allgemeinen Lohnentwicklung in Deutschland, der Entwicklung der anderen Löhne in der Pflege- und Sozialwirtschaft und der Refinanzierung der Löhne in der Pflege. Hier ist dann insbesondere zu beantworten, wer die finanziellen Lasten politisch gewollter Kostensteigerungen tragen soll. Sofern die Finanzierung durch die Pflegekassen erfolgen soll, wird dies deutliche Auswirkungen auf die Beitragshöhe haben. In

jeder anderen Konstellation wären diese Kosten von den pflegebedürftigen Menschen, ihren Angehörigen oder den Sozialhilfeträgern zu schultern.

Die Forderung nach einer Transparenz der Pflegesatzverhandlungen muss ambivalent bewertet werden. Die genannten Punkte der Höhe der Pflegesätze und der Investitionskostenzuschüsse lassen sich bereits heute für jede Einrichtung individuell erfahren. Darüber hinaus gehende Offenlegungspflichten – beispielsweise betriebswirtschaftliche Berechnungen der jeweiligen Einrichtungen – werden von uns abgelehnt.

Der bpa begrüßt die Forderung nach einer Überführung der Leistungsausgestaltung des PSG II in den Leistungsbereich des SGB XII ohne Abstriche. Es ist unbestritten richtig, dass pflegebedürftige Menschen, die Sozialhilfe beziehen, leistungsrechtlich nicht schlechter gestellt sein dürfen, als jene ohne Sozialhilfebezug.

Jegliche Form der Bedarfsplanung – sei es durch die Pflegekassen, die Länder oder die Kommunen – wird vom bpa entschieden abgelehnt. Eine solche kommunale Bedarfsplanung der Angebote trägt nicht zur Steigerung der Versorgungsqualität bei und verhindert Innovationen und Investitionen.

Die Schaffung weiterer Doppelstrukturen, beispielsweise durch Expertengremien für Best-Practice-Empfehlungen, oder regionale Gesundheits- und Pflegekonferenzen, trägt nicht zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität bei. Gleiches gilt für den Ausbau zusätzlicher Qualitätskontrollen.

Eine Diskussion über die langfristige Finanzierung der Pflegeversicherung kann geführt werden. Wichtig ist dabei nicht zuletzt eine Beitragssatzstabilität.

Die Forderung nach einer jährlichen regelgebundenen Dynamisierung zur Anpassung der Leistungen der Pflegeversicherung an die Steigerung der Pflegekosten wird von uns ausdrücklich begrüßt.

III.) Zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

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

Der Antrag kritisiert die im Dritten Pflegestärkungsgesetz vermeintlich nicht ausreichende Stärkung der Kommunen in der Pflege. Insbesondere fehlten Steuerungs- und Gestaltungsmöglichkeiten der Angebotsstruktur vor Ort. Diese Instrumente müssten Kommunen jedoch im Rahmen der Daseinsvorsorge zur Verfügung stehen. Dementsprechend fordern die Antragsteller die Kommunen in ihrer Steuerungs- und Planungskompetenz der regionalen Pflegestruktur zu stärken, ihr Initiativrecht zur Schaffung von Pflegestützpunkten dauerhaft zu verankern und die Maßnahmen der Kommunen durch einen Förderfonds unter Beteiligung der Pflegeversicherung zu finanzieren. Darüber hinaus soll der Anspruch auf ein individuelles Case-Management bestehen und in Modellversuchen „Regionale Budgets“ erprobt werden, bei denen die Mittel der Leistungsträger durch die Kommunen zur Schaffung der Versorgungssicherheit im Quartier genutzt werden.

Der bpa teilt die Auffassung, dass den Kommunen bei der Koordination von lokalen Angeboten sowie bei der Verhinderung von Unterversorgung eine wichtige Rolle zukommt. In den vergangenen Jahren haben sie diese allerdings nur sehr zurückhaltend oder gar nicht wahrgenommen. Die Mehrheit der Bundesländer kommt nach wie vor der Verpflichtung nicht nach, die pflegebedürftigen Menschen von den Investitionskosten zu entlasten und die Pflegeeinrichtungen und -dienste zu fördern. Vor dem Hintergrund der in der Vergangenheit nicht oder nur wenig genutzten Regelungen und Gestaltungsmöglichkeiten bleibt der Drang nach mehr Einwirkungsmöglichkeiten wenig nachvollziehbar. Es sei denn, die Bereitstellung von Pflegeleistungen soll durch Steuerung unmittelbar an der Haushaltslage der Sozialhilfeträger ausgerichtet werden.

Der bpa lehnt jede Ausweitung der Steuerungs- und Planungskompetenz der Kommunen entschieden ab. Eine solche kommunale Bedarfsplanung der Angebote trägt nicht zur Steigerung der Versorgungsqualität bei und verhindert Innovationen und Investitionen. Die Argumentation der Antragsteller gegen Wettbewerb und für die Bedarfsplanung mittels des Verweises auf angeblich häufig gebaute aber von Pflegebedürftigen nicht gewünschte Großeinrichtungen, lässt sich durch einen Blick in die „Pflegestatistik 2013“ auflösen. 83% aller stationären Einrichtungen haben weniger als 100 Plätze. Im Durchschnitt leben in Pflegeheimen 63 Bewohner, in Einrichtungen privater Träger sogar nur 56. Nicht die Kommunen, son-

dern die Vielfalt des Marktes hat in den letzten Jahren für eine bedarfsgerechte Versorgung gesorgt. Es ist kein Risiko der Kommunen, wenn ein Dienstleister einen Pflegedienst, eine Tagespflege, eine Wohngemeinschaft oder ein Pflegeheim anbietet. Die Kommune ging und geht hier keine Auslastungsgarantie ein; das Risiko für ein bedarfsgerechtes Angebot war und bleibt beim Träger. Aufgabe der Kommunen muss es sein, Versorgungslücken zu erkennen und diese zum Wohle der Pflegebedürftigen zu schließen. Als Anbieter dieser fehlenden Leistungen müssen sie deshalb nicht auftreten. Die vergangenen Interventionen der Bundesländer und der Kommunen hatten häufig eine unerwünschte Nebenwirkung, nämlich lang anhaltende Wettbewerbsverzerrung. Eine solche droht nun zudem durch die Modellversuche mit „Regionalen Budgets“. Wenn die Kommunen als Kostenträger auftreten, alle Aufgaben der Pflegeplanung und -steuerung übernehmen und bestimmen können, welche Leistungen Anbieter vorhalten müssen, wird der Markt faktisch aufgelöst. Die heute bestehende Wahlfreiheit und Angebotsvielfalt in der Pflege könnte so zukünftig von der kommunalen Haushaltslage abhängig gemacht und eingeschränkt werden.

Die Nutzung von Geldern der Pflegeversicherung für einen Kommunenförderfonds wird von uns ebenfalls abgelehnt. Eine solche Zweckentfremdung von Versichertengeldern für Leistungen, die die Versorgungsqualität nicht verbessern, sondern höchstens zur Sanierung kommunaler Haushalte beitragen, ist nicht im Sinne der Versicherten der Sozialen Pflegeversicherung.

Die geplante Einführung des Initiativrechtes von Kommunen zur Errichtung von Pflegestützpunkten hält der bpa für nicht erforderlich. Gleiches gilt für den Ausbau weiterer Beratungs- und Vernetzungsstrukturen. Es fehlt an einem wissenschaftlichen Nachweis der Effektivität und Effizienz von Pflegestützpunkten. Die Praxis zeigt zudem, dass deren Angebote nur zurückhaltend genutzt werden. Bereits heute bestehen seitens der Pflegekassen und Sozialhilfeträger diverse Pflichten zur Kooperation und zur Beratung von Pflegebedürftigen bzw. der von Pflegebedürftigkeit Bedrohten und deren Angehörigen. Als möglichst niedrigschwelliger Zugang empfiehlt sich die Beratung durch Pflegedienste. Es sollte dementsprechend zu einer Stärkung der bestehenden Möglichkeiten der individuellen Beratung in der eigenen Häuslichkeit durch Pflegedienste kommen. Die bereits existierenden Leistungsansprüche sollten hierfür zusammengelegt und eine individuelle und umfassende Beratung aus einer Hand und direkt vor Ort als Sachleistung verankert werden. Auch das angedachte Case-Management wäre am sinnvollsten direkt bei den Pflegediensten angesiedelt.