

**Stellungnahme zum Referentenentwurf für ein Fünftes Gesetz zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch - Leistungsausweitung für Pflegebedürftige, Pflegevorsorgefonds (Fünftes SGB XI-Änderungsgesetz - 5. SGB XI-ÄndG)**

**Grundsätzliche Anmerkungen**

Im April 2014 wurde durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) der Referentenentwurf für ein Fünftes Gesetz zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch - Leistungsausweitung für Pflegebedürftige, Pflegevorsorgefonds (Fünftes SGB XI-Änderungsgesetz – 5. SGB XI-ÄndG) vorgelegt. Ziele des Gesetzes sind unter anderem, die Situation pflegender Angehöriger zu verbessern und den Verbleib der pflegebedürftigen Menschen in der gewohnten Häuslichkeit zu fördern. Hierfür werden z. B. die Leistungen der Pflegeversicherung im Bereich der häuslichen und teilstationären Pflege ausgeweitet und flexibilisiert sowie die Inanspruchnahme der Kombinationsmöglichkeiten vereinfacht. Diese Bestrebungen des Gesetzgebers werden seitens des Paritätischen ausdrücklich begrüßt.

**Trotz der teilweise positiven Auswirkungen des vorliegenden Gesetzesentwurfs auf die Situation von Pflegebedürftigen und deren Angehörige fordert der Paritätische weitere Gesetzesänderungen und -anpassungen, insbesondere in den folgenden Bereichen:**

**Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff**

Grundlegend wird an dem vorliegenden Gesetzesentwurf kritisiert, dass die seit langem bestehende Forderung einer Anpassung der Pflegeversicherung an einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff wiederholt nicht erfüllt wird. Der Paritätische vertritt die Auffassung, dass erst mit einem erweiterten Pflegebedürftigkeitsbegriff neue Leistungsansprüche für die Versicherten beschrieben werden können. Die Leistungen müssen dann dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff folgen. Aufgrund der Übergangsleistungen sowie der zusätzlichen Betreuung werden bereits heute bestehende Abgrenzungsprobleme – insbesondere zwischen der Pflegeversicherung und der Eingliederungshilfe – verstärkt, da die Leistungsausweitung nicht der Beurteilung der Pflegebedürftigkeit folgt. Der Paritätische fordert daher, den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff umgehend in der Pflegeversicherung umzusetzen. Hierfür ist im Pflegeversicherungsgesetz der entsprechende Rahmen zu setzen – der Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs hatte in seinem Bericht mögliche Alternativen, u. a. hinsichtlich der Einteilung der Bedarfsgrade, der Zuordnung von Leistungen sowie zum Bestandsschutz, vorgelegt. Erst mit diesem Rahmen können eventuelle Fragen, die mit der Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines entsprechenden Begutachtungsverfahrens zusammenhängen, geklärt und ein Zeitplan für die erforderlichen Umsetzungsschritte erstellt werden.

### **Rechtsanspruch auf eine Familienpflegezeit**

Zu begrüßen ist aus Sicht des Paritätischen die Zielstellung, die Pflegemöglichkeiten der Angehörigen von Pflegebedürftigen zu erhalten bzw. zu stärken. In dem nun vorliegenden Referentenentwurf des 5. SGB XI-ÄndG werden hierfür u. a. Maßnahmen wie die Flexibilisierung der Leistungsanspruchnahme, die kombinatorische Gewährung von Leistungen der Kurzzeit- bzw. Verhinderungspflege sowie eine Erhöhung von Pflegegeld und Pflegesachleistung realisiert. An dem grundsätzlichen Dilemma, dass es nach wie vor keinen Rechtsanspruch auf eine Familienpflegezeit gibt und erwerbstätige pflegende Angehörige in dem Spagat zwischen Beruf und Pflege weitestgehend allein gelassen und vom Wohlwollen ihres Arbeitgebers abhängig sind, ändert dies zunächst nichts.

### **Solidarische Finanzierung der Pflege**

Die Finanzierung der Pflege muss nach Auffassung des Paritätischen grundsätzlich solidarisch getragen werden. Demnach lehnt der Paritätische weiterhin die zusätzliche private kapitalgedeckte Pflegeabsicherung ab und fordert deren Abschaffung. Die geringe Zahl der Versicherungsabschlüsse seit Einführung der privaten zusätzlichen Pflegeversicherung zeigt, dass das Angebot kaum in Anspruch genommen und somit seitens der Versicherten abgelehnt wird. Auch wurde durch die Einführung einer weiteren Finanzierungsquelle die Fragmentierung der Absicherung fortgeschrieben, ohne dass dies kurz- und mittelfristig zu positiven Finanzierungseffekten geführt hat. Der Paritätische fordert deshalb den solidarischen Ausbau der bestehenden Pflegeversicherung zu einer sozialen Bürgerversicherung durch Zusammenführung der sozialen und der privaten Pflegeversicherung. Während die soziale Pflegeversicherung sich ständig am Rande der Finanzierbarkeit bewegt, konnte die private Pflegeversicherung angesichts der günstigeren Risiken und der höheren finanziellen Leistungsfähigkeit der dort Versicherten enorme Rücklagen anhäufen.

### **Attraktivität des Pflegeberufes**

In Bezug auf den Fachkräftemangel in der Pflege sollte im Rahmen von Gesetzesänderungen grundsätzlich immer auch die Attraktivität des Pflegeberufes in den Blick genommen werden. Damit sich mehr Menschen für eine berufliche Perspektive in der Pflege entscheiden, muss die Pflegeausbildung dringend reformiert und die vertikale Durchlässigkeit verbessert werden. Die für Ende 2011 avisierten Eckpunkte eines Berufsgesetzes zur Zusammenführung der Ausbildungen in den unterschiedlichen Pflegeberufen stehen nach wie vor aus. Mit Blick auf den Europäischen und den Deutschen Qualifikationsrahmen (EQR und DQR) ist weiterhin eine Akademisierung der Pflegeberufe geboten. Die neue Ausbildung muss Inhalte der Altenpflege in Theorie und Praxis enthalten. Es ist wichtig, dass in der Ausbildung der Pflege die Kernkompetenzen der Altenpflege ausgebaut und geschärft werden. Das gesamte Bildungssystem muss deutlich durchlässiger gestaltet werden. Hier sind Verbesserungen beim Zugang zum Beruf, der berufsbegleitenden Aus- und Weiterbildung sowie der Anrechnung non-formal erworbener Qualifikationen (EQR/DQR) erforderlich, insbesondere auch mit Blick auf die Generation 40+. Die Ausbildungskosten aller Pflegeberufe müssen aus dem Leistungssystem der Kranken- und Pflegeversicherung oder aus Steuermitteln finanziert werden. Solange die Zusammenführung der Ausbildung der Pflegeberufe noch anhängig ist, sind die Kosten der Altenpflegeausbildung bundesweit auf alle Versicherten der Pflegeversicherung umzulegen – analog zum Umlageverfahren der Kosten der Krankenpflegeausbildung in den Krankenhäusern. Dies beinhaltet auch die Kosten der praktischen Ausbildung (Praxisanleitung und Ausbildungsvergütung), die nicht zu Lasten personenzentrierter Hilfen gehen dürfen. Plausibel kalkulierte, wirtschaftliche Gestehungskosten einschließlich

der Kosten für die Qualitäts- und Qualifikationsanforderungen (Umsetzung Expertenstandards, Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 SGB XI, ordnungsrechtliche Qualitätsanforderungen, Beratungsleistungen, Dokumentation etc.) sowie angemessene Zuschläge für Unternehmerrisiko und Eigenkapitalverzinsung sowohl in ambulanten als auch teilstationären und stationären Einrichtungen sind von den Kostenträgern zu refinanzieren, wobei Tarifbindung bzw. Tariforientierung immer als angemessen zu werten sind. Ohne auskömmliche Finanzierung können keine attraktiven Arbeitsbedingungen für Pflegekräfte realisiert werden.

### **Vorrang der Krankenversicherung sicherstellen**

Der aktuelle Pflegereport der BarmerGEK hat wieder einmal nachgewiesen, dass ältere Menschen durchaus Leistungen der medizinischen Rehabilitation erhalten, dass diese aber abrupt nachlassen, sobald eine Pflegestufe nach SGB XI festgestellt ist. Gleiches ist für Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V festzustellen. Diese Befunde verwundern nicht, wenn man in Rechnung stellt, dass die Interessen der Pflegeversicherung denjenigen der Krankenkassen untergeordnet werden und sich die Mitarbeiter loyal zu ihren Dienstherrn – den Krankenkassen – verhalten. Entweder die Pflegekassen müssen die Verantwortung für diese Leistungen erhalten und mit einer Pauschalzuweisung aus Mitteln der Krankenkassen ausgestattet werden, oder die Pflegekassen müssen unabhängig von den Krankenkassen agieren können. Zu diesem Komplex gehört auch, dass in teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen die Kosten der Behandlungspflege von den Krankenkassen zu tragen sind.

### **Rolle der Kommunen stärken**

In der Koalitionsvereinbarung ist richtigerweise vorgesehen, dass die Rolle der Kommunen in der Ausgestaltung der pflegerischen Infrastruktur und auch der Leistungen zu stärken ist. Dieses Thema greift der Referentenentwurf leider nicht auf.

### **Aufhebung der Pflicht zur Anwendung zwei paralleler Vergütungssysteme in der ambulanten Pflege**

Darüber hinaus wird gefordert, dass die durch das PNG erfolgten Gesetzesänderungen hinsichtlich der Finanzierung in der ambulanten Pflege angepasst werden. Es hat sich in der Praxis gezeigt, dass das verpflichtende Nebeneinander von zwei Vergütungssystemen die ambulanten Dienste vor große Probleme stellt: Einerseits wird die Zeitvergütung bislang kaum in Anspruch genommen. Andererseits erweist sich die Umsetzung der Neuregelung aus verschiedenen Gründen als sehr schwierig:

- Die derzeitige Ausgestaltung der Zeitvergütung: Minutenpflege

Die Problematik der Zeitvergütung in ihrer derzeitigen Ausgestaltung liegt insbesondere darin, dass die Leistung minutengenau erfasst und abgerechnet werden muss und Pauschalierungen, etwa Abrechnung pro angefangene Viertelstunde, unzulässig sind:

- Der Zeitaufwand für die (Pflege-)Leistungen kann deutlich schwanken, beispielsweise aufgrund der Tagesverfassung des Pflegebedürftigen. Damit schwanken auch die Preise für die Leistungen und sind für den Pflegebedürftigen nicht exakt vorhersehbar.
- Eine mit der Gesetzgebung angestrebte noch größere Sicherheit für Verbraucher kann auf diese Weise nicht erreicht werden.
- Die Minutenpflege bietet folglich ein erhebliches Konfliktpotential im Verhältnis Pflegebedürftiger und Pflegedienst, wie viele Minuten für die Erbringung einer bestimmten

Leistung (noch) angemessen sind. Pauschalierungen, die geeignet wären, dieses Konfliktpotential abzumildern, sind untersagt.

➤ Das Nebeneinander der zwei Vergütungsformen

Weitere Probleme wirft das Nebeneinander der zwei alternativen Vergütungsformen auf:

- Das Nebeneinander der beiden alternativen Vergütungssysteme führt zu finanziellen Wechselwirkungen, die schwer kalkulierbar sind und bleiben. Der Mischkalkulation für die Leistungskomplexe wird die Grundlage entzogen, wenn Pflegebedürftige mit einem zeitlichen Pflegeaufwand unterhalb des Durchschnittswertes eines Leistungskomplexes nun Leistungen der Zeitvergütung wählen. Die Wechselwirkungen ließen sich allenfalls durch eine drastische Preiserhöhung in beiden Vergütungssystemen ausgleichen. In seinem für den Paritätischen Landesverband Berlin erstellten Gutachten hält der Dipl.-Kfm. Thomas Sießegger diesbezüglich Erhöhungen zwischen 15% bis 30% für erforderlich (vgl. Gutachten, S. 65-67, 109). Ansonsten würde sich die ohnehin prekäre finanzielle Situation in der ambulanten Pflege noch verschärfen, die daraus resultiert, dass die Vergütungen für die ambulante Pflege seit Einführung der Pflegeversicherung nicht entsprechend der Kostensteigerungen der Dienste erhöht wurden, die insbesondere im Bereich Personal und Qualität wurzeln.
- Werden innerhalb eines Einsatzes sowohl Leistungen nach Zeit als auch Leistungskomplexe erbracht, welche bei den einzelnen Verrichtungen Überschneidungen aufweisen, so resultieren daraus erhebliche Abgrenzungsprobleme.
- Die in § 120 SGB XI vorgeschriebenen umfangreichen Informations- und Dokumentationspflichten des Pflegedienstes zu den alternativen Abrechnungsmöglichkeiten werden den Zeit- und Bürokratieaufwand und damit die Kosten der Pflegeleistung zusätzlich deutlich erhöhen.
- Fraglich ist bereits, inwieweit der in der Regel ältere Verbraucher durch die Fülle der fortlaufend bereit zu stellenden Information (Leistungskomplexe, aufgespaltene einzelne Verrichtungen, verschiedene Vergütungsformen und ihre Kalkulationsgrundlagen) in die Lage versetzt werden kann, die für ihn richtigen Leistungen auszuwählen. Die Beurteilung der kostengünstigsten Leistungszusammenstellung wird zusätzlich durch das oben beschriebene Problem erschwert, dass der Zeitaufwand für Pflegeleistungen nach den Umständen schwankt und der Endpreis für eine Leistung nach Zeitvergütung nicht sicher vorhergesagt werden kann. Die in dieser Weise vollzogene Aufbereitung und Gegenüberstellung von Leistungs- und Preisangeboten können nicht nur für pflegebedürftige Menschen (und Angehörige) eine Überforderung bedeuten, was aus verbraucherrechtlicher Sicht zu erheblichen Bedenken führt.

**Wir fordern daher,**

- dass lediglich ein Vergütungssystem zur Anwendung kommt und dass die Pflicht zur Anwendung von zwei Vergütungssystematiken in § 89 Abs.3 SGB XI entfällt.
- § 120 Abs. 3 SGB XI dahingehend zu ändern, dass die Verpflichtung entfällt, die zwei Vergütungsformen fortlaufend schriftlich oder anderweitig gegenüberzustellen.
- Die strukturelle Unterfinanzierung in der ambulanten Pflege beseitigt wird.

Unabhängig davon ist jede Umsetzung der Zeitvergütung nur unter bestimmten Bedingungen vorstellbar. Notwendig ist es, dass

- eine Mindestleistungszeit nicht unter 15 Minuten gesetzlich festgeschrieben wird,
- grundsätzlich auch eine Zeittaktung als Grundlage für eine Abrechnung nach Zeitaufwand (bspw. 15 Minuten-Takt) festgelegt wird und
- der Pflegebedürftige ein inhaltliches Wunsch- und Wahlrecht erhält, welche Leistung er in der vereinbarten Zeit in Anspruch nehmen möchte.

### **Auskömmliche Refinanzierung der Einrichtungen und Dienste**

Gemäß § 84 SGB XI und § 89 SGB XI müssen Pflegesätze leistungsgerecht sein und der Pflegeeinrichtung bzw. dem Dienst bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, den Versorgungsauftrag zu erfüllen. Leistungsgerecht bedeutet, dass die Vergütung sowohl der Leistungsmenge als auch deren Qualität gerecht wird. Infolge der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts vom 14.12.2000 verstetigte sich die negative Entwicklung einer ausschließlich preis- und marktorientierten Kostenträgerverhandlung, die sowohl Qualitätsentwicklungen als auch tatsächlich notwendige Bezahlungen von qualifizierten Mitarbeiter/innen zunehmend ausblendete. Die (mittels eines Personalbedarfsbemessungssystems) festgestellte Personalausstattung muss durch die Vergütung auch tatsächlich leistbar sein. Mitursache des sich verschärfenden Fachkräftemangels ist das Image des Berufs, welches nicht unwesentlich bestimmt wird durch das zu erzielende Einkommen und die sich darin manifestierende Wertschätzung des Berufs. Der Paritätische fordert, die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts vom 29.01.2009 umzusetzen. Plausibel kalkulierte, wirtschaftliche Gestehungskosten einschließlich der Kosten für die Qualitäts- und Qualifikationsanforderungen (Umsetzung Expertenstandards, Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 SGB XI, ordnungsrechtliche Qualitätsanforderungen, Beratungsleistungen, Dokumentation etc.) sowie angemessene Zuschläge für Unternehmerrisiko und Eigenkapitalverzinsung sind von den Kostenträgern zu refinanzieren, wobei Tarifbindung bzw. Tariforientierung immer als angemessen zu werten sind.

### **Zu den vorgeschlagenen Regelungen im Einzelnen**

#### **Artikel 1 – Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch**

**§ 8 Absatz 3 wird wie folgt geändert:**

a) In Satz 1 wird das Wort „Modellvorhaben“ durch die Wörter „Maßnahmen wie Modellvorhaben, Studien, wissenschaftliche Expertisen und Fachtagungen“ ersetzt.

b) In Satz 7 und Satz 8 wird das Wort „Modellvorhaben“ durch das Wort „Maßnahmen“ ersetzt.

#### ***Bewertung***

Die Ausweitung der Finanzierungsmöglichkeiten von Modellvorhaben auf Fachtagungen, wissenschaftliche Studien und Expertisen begrüßt der Paritätische. Hinsichtlich der Förderkriterien bzw. der Auswahl der geförderten Projekte und Studien wäre es jedoch wün-

schenswert, wenn hierbei auch Leistungserbringerverbände beteiligt würden, um einseitige Interessenlagen und Zielsetzungen zu verhindern.

In § 30 Satz 1 werden die Wörter „erstmals im Jahre 2014“ durch die Wörter „erneut im Jahre 2017“ ersetzt.

#### **Bewertung**

Eine Dynamisierung der Leistungen der Pflegeversicherung begrüßt der Paritätische ausdrücklich. Es besteht jedoch weiterhin ein Defizit in der Refinanzierung von Pflegeleistungen, welches sich aufgrund der annähernd stagnierenden Leistungen seit Einführung der Pflegeversicherung stetig erhöht hat. Dies gilt für stationäre, teilstationäre wie auch für ambulante Versorgungsformen von Pflegebedürftigen.

§ 36 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 1 wird folgender Buchstabe d angefügt: „d) 468 Euro ab 1. Januar 2015,“

bb) In Nummer 2 wird folgender Buchstabe d angefügt: „d) 1 144 Euro ab 1. Januar 2015,“

cc) In Nummer 3 werden der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgender Buchstabe d angefügt: „d) 1 612 Euro ab 1. Januar 2015.“

b) In Absatz 4 wird die Angabe „1 918“ durch die Angabe „1 995“ ersetzt.

#### **Bewertung**

Grundsätzlich wird die Anhebung der ambulanten Sachleistung vom Paritätischen begrüßt. Es besteht jedoch weiterhin die Kritik, dass die Unterscheidung der Höhe der Sachleistungen der Pflegeversicherung nach der Wohnform des pflegebedürftigen Menschen und dem Ort der Leistungserbringung zu einer Ungleichbehandlung von Menschen in ihrer jeweiligen individuellen Pflegesituation führt. Auch widersprechen die niedrigeren Sachleistungen in der ambulanten und teilstationären Pflege dem im § 3 SGB XI beschriebenen Grundsatz der vorrangigen Unterstützung der häuslichen Pflege und der Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn durch die Leistungen der Pflegeversicherung. Der Paritätische regt an, den Sachleistungsbetrag der ambulanten Pflege auf die Höhe des Sachleistungsbetrages für die vollstationäre Pflege anzuheben.

§ 37 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 1 wird folgender Buchstabe d angefügt: „d) 244 Euro ab 1. Januar 2015,“

bb) In Nummer 2 wird folgender Buchstabe d angefügt: „d) 458 Euro ab 1. Januar 2015,“

cc) In Nummer 3 werden der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgender Buchstabe d angefügt: „d) 728 Euro ab 1. Januar 2015.“

b) In Absatz 3 Satz 4 werden die Angabe „21“ durch die Angabe „22“ und die Angabe „31“ durch die Angabe „32“ ersetzt.

#### **Bewertung**

Die Anhebung des Pflegegeldes ist grundsätzlich zu begrüßen. Es wird jedoch in Bezug auf § 37 SGB XI darauf verwiesen, dass die Vergütung der Beratungsleistungen nach § 37 Abs. 3 Satz 4 in Höhe von 22 bzw. 32 Euro weit unter den von den Einrichtungen zu tragenden Personalkosten (ca. 45 Euro) liegt.

In § 38a Absatz 1 wird die Angabe „200“ durch die Angabe „205“ ersetzt.

#### **Bewertung**

Die Anhebung des Wohngruppenzuschlags ist zu begrüßen. Der Paritätische weist jedoch darauf hin, dass mit der Verwendung des Begriffes „Pflegebedürftige“ in § 38a SGB XI Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz in der sogenannten Pflegestufe 0, die nunmehr nach § 123 SGB XI auch Leistungen nach § 36, § 37 oder § 38 SGB XI erhalten, aus der gesetzlichen Regelung ausgeschlossen werden.

§ 39 wird wie folgt gefasst:

#### **„§ 39 Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson**

(1) Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegekasse die Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für längstens sechs Wochen je Kalenderjahr; § 34 Absatz 2 Satz 1 gilt nicht. Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat. Die Aufwendungen der Pflegekassen können sich im Kalenderjahr auf bis zu 1 470 Euro ab 1. Juli 2008, auf bis zu 1 510 Euro ab 1. Januar 2010, auf bis zu 1 550 Euro ab 1. Januar 2012 und auf bis zu 1 612 Euro ab 1. Januar 2015 belaufen, wenn die Ersatzpflege durch Pflegepersonen sichergestellt wird, die mit dem Pflegebedürftigen nicht bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind und nicht mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben.

(2) Bei einer Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, dürfen die Aufwendungen der Pflegekasse regelmäßig den Betrag des Pflegegeldes nach § 37 Absatz 1 Satz 3 für bis zu sechs Wochen nicht überschreiten, es sei denn, die Ersatzpflege wird erwerbsmäßig ausgeübt; in diesen Fällen findet der Leistungsbetrag nach Absatz 1 Satz 3 Anwendung. Dabei können von der Pflegekasse auf Nachweis notwendige Aufwendungen, die der Pflegeperson im Zusammenhang mit der Ersatzpflege entstanden sind, übernommen werden. Die Aufwendungen der Pflegekasse nach den Sätzen 1 und 2 dürfen zusammen den in Absatz 1 Satz 3 genannten Betrag nicht übersteigen.

(3) Bei einer Ersatzpflege nach Absatz 1 kann der Leistungsbetrag unter Anrechnung auf den für eine Kurzzeitpflege nach § 42 zustehenden Leistungsbetrag um bis zu 806 Euro auf insgesamt bis zu 2 418 Euro erhöht werden, soweit für diesen Betrag noch keine Kurzzeitpflege im Kalenderjahr in Anspruch genommen wurde.“

### **Bewertung**

Das Bestreben, den Leistungsanspruch nach § 39 SGB XI auf sechs Wochen im Kalenderjahr zu erhöhen, wird seitens des Paritätischen grundsätzlich begrüßt. Die Regelung wird in der Praxis jedoch nur umzusetzen sein, wenn gleichzeitig höhere finanzielle Mittel zur Verfügung stehen. Bisher haben die für Pflegebedürftige zur Verfügung gestellte Leistungen durchschnittlich für zwei Wochen gereicht, hieran wird sich ohne spürbare Leistungsausweitung in § 39 SGB XI nichts ändern. Somit bleibt die Ausweitung des Leistungsanspruchs von vier auf sechs Wochen in der Realität wirkungslos. Wir fordern deshalb eine Anhebung des Leistungsanspruchs nach § 39 SGB XI auf den doppelten Betrag.

Für die Inanspruchnahme von Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI ist weiterhin Voraussetzung, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass pflegende Angehörige bereits vor der Feststellung einer Pflegestufe pflegerische Tätigkeiten übernehmen. In der Regel liegt bei „einsetzender Pflegebedürftigkeit“ der Pflegeaufwand zunächst unterhalb des zeitlichen Umfangs der Pflegestufe I, darüber hinaus besteht in diesen Fällen oftmals ein nicht unerheblicher Aufwand an Betreuungsleistungen insbesondere bei Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz bzw. bei dementiell erkrankten Menschen. Der Paritätische vertritt die Auffassung, dass die Karenz von sechs Monaten vor Inanspruchnahme von Verhinderungspflege, d. h. § 39 Satz 2 SGB XI, ersatzlos zu streichen ist.

### **§ 40 wird wie folgt geändert:**

a) In Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „31“ durch die Angabe „40“ ersetzt.

b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In den Sätzen 2 und 3 werden die Angaben „2 557“ durch die Angaben „4 000“ ersetzt.

bb) In Satz 4 wird die Angabe „10 228“ durch die Angabe „16 000“ ersetzt.

### **Bewertung**

Der Paritätische begrüßt die Anhebung des Leistungsanspruches nach § 40 Abs. 4 SGB XI auf 4.000 Euro. Es sollte jedoch die Verwendungsmöglichkeit des Leistungsanspruches nach § 40 Abs. 4 SGB XI um die Maßnahmen des Ambient Assisted Living (AAL) erweitert werden.

Die Anhebung des Betrags für Pflegehilfsmittel ist zu begrüßen, jedoch nicht ausreichend. Der Betrag bildet nicht die tatsächlichen Bedarfe der Pflegebedürftigen ab. So ist z. B. der Bereich der Inkontinenzpauschalen stark unterfinanziert, was gravierende Folgen für Betroffene und Angehörige nach sich zieht.

Außerdem wird darauf hingewiesen, dass bezüglich der Hilfsmittelversorgung eine unplausible Unterscheidung zwischen ambulanter und stationärer Pflege vorgenommen wird: Mit dem zum 01.01.2012 in Kraft getretenen GKV-Versorgungsstrukturgesetz hat der Gesetzgeber in § 40 Absatz 5 SGB V eine Teilung der Ausgaben für Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel zwischen den Krankenkassen und den bei diesen eingerichteten Pflegekassen festgeschrieben. Dies ist prinzipiell zu begrüßen. Nicht nachvollziehbar ist, warum Personen, die sich in stationärer Pflege befinden, von dieser Regelung ausgeschlossen sein sollen. Aus Sicht des Paritätischen wurde hiermit die nicht tolerierbare Verschiebung von Leistungen der gesetzli-

chen Krankenversicherung in das Teilleistungssystem der gesetzlichen Pflegeversicherung bzw. in die individuelle Verantwortung des einzelnen Pflegebedürftigen fortgeschrieben. Die Krankenkassen übernehmen ausschließlich die Kosten für Hilfsmittel zu Unterstützung medizinischer Versorgung, z. B. wenn ein Dekubitus vorliegt, aber nicht zur Prophylaxe von Dekubiti, und für Hilfsmittel, die aufgrund persönlicher Voraussetzungen individuell anzupassen sind. Diese Praxis stellt einen Verstoß gegen den Grundsatz der Gleichbehandlung dar. Der Paritätische fordert, dass die Kosten für Hilfsmittel von in stationären Pflegeeinrichtungen wohnenden Pflegebedürftigen von den Pflegekassen und Krankenkassen anteilig zu übernehmen sind. Die gesetzlichen Regelungen im SGB XI und SGB V sind entsprechend zu ändern.

#### **§ 41 wird wie folgt geändert:**

##### **a) Absatz 2 Satz 2 wird wie folgt geändert:**

aa) Nach Nummer 1 Buchstabe c wird folgender Buchstabe d angefügt: „d) 468 Euro ab 1. Januar 2015,“

bb) Nach Nummer 2 Buchstabe c wird folgender Buchstabe d angefügt: „d) 144 Euro ab 1. Januar 2015,“

cc) In Nummer 3 Buchstabe c wird der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgender Buchstabe d angefügt: „d) 1 612 Euro ab 1. Januar 2015.“

##### **b) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:**

„Pflegebedürftige können teilstationäre Tages- und Nachtpflege zusätzlich zu ambulanten Pflegesachleistungen, Pflegegeld oder der Kombinationsleistung nach § 38 in Anspruch nehmen, ohne dass eine Anrechnung auf diese Ansprüche erfolgt.“

##### **c) Die Absätze 4 bis 7 werden aufgehoben.**

#### **Bewertung**

Die hier vorgeschlagenen Gesetzesänderungen entsprechen weitestgehend den Forderungen des Paritätischen und werden demzufolge sehr begrüßt. Sie vereinfachen einerseits das Leistungssystem, so dass es für potentielle Anspruchsberechtigte sowie deren Angehörige verständlicher wird und fördern andererseits die Vereinbarkeit von Familie und Beruf für pflegende Angehörige. Die künftige höhere Flexibilität der Leistungsansprüche wird den individuellen Bedarfen und Problemlagen der Pflegebedürftigen bzw. deren Familien besser gerecht.

Begrüßenswert wäre darüber hinaus, wenn auch die zusätzlichen Kosten der Tages- und Nachtpflege von der Pflegeversicherung übernommen würden, wie z. B. Fahrtkosten und Investitionskosten.

#### **§ 42 wird wie folgt geändert:**

##### **a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:**

aa) In Satz 2 werden das Wort „und“ gestrichen und durch ein Komma ersetzt sowie hinter der Angabe „2012“ die Angabe „und 1 612 Euro ab 1. Januar 2015“ eingefügt.

bb) Nach Satz 2 wird folgender Satz 3 angefügt:

„Der Leistungsbetrag nach Satz 2 kann unter Anrechnung auf den für eine Verhinderungspflege nach § 39 zustehenden Leistungsbetrag um bis zu 1 612 Euro auf insgesamt bis zu 3 224 Euro erhöht werden, soweit für diesen Betrag noch keine Verhinderungspflege im Kalenderjahr in Anspruch genommen wurde. In diesem Fall erhöht sich die Beschränkung des Anspruchs nach Satz 1 auf bis zu acht Wochen pro Kalenderjahr.“

b) In Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „Kindern bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres“ durch das Wort „Pflegerbedürftigen“ ersetzt.

#### **Bewertung**

Die Anhebung der Leistungen für Kurzzeitpflege wird vom Paritätischen begrüßt, gleichzeitig weist der Paritätische darauf hin, dass die Anhebung um 4 Prozent nicht die Kostensteigerungen der vergangenen Jahre kompensiert.

Die zeitliche Ausweitung des Anspruchs der Kurzzeitpflege von vier auf acht Wochen ist wie die Verlängerung des Anspruchs auf Verhinderungspflege nur dann tatsächlich wirksam, wenn gleichzeitig die finanzielle Grundlage ausgeweitet wird. Dies ist hier nicht gegeben, so dass die tatsächlichen Möglichkeiten der Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege in der Praxis unverändert unter vier Wochen liegen. Der Paritätische fordert deshalb eine Leistungsanhebung für Kurzzeitpflege auf mindestens den doppelten Betrag.

Der Paritätische fordert weiterhin, dass die Kosten der medizinischen Behandlungspflege in Einrichtungen der Kurzzeitpflege von der Krankenversicherung zu tragen sind.

Die Aufhebung der Altersregelung in § 42 Absatz 3 Satz 1 entspricht einer Forderung des Paritätischen und wird somit begrüßt.

#### **§ 43 wird wie folgt geändert:**

##### **a) Absatz 2 Satz 2 wird wie folgt geändert:**

aa) In Nummer 1 wird die Angabe „1 023“ durch die Angabe „1 064“ ersetzt.

bb) In Nummer 2 wird die Angabe „1 279“ durch die Angabe „1 330“ ersetzt.

cc) In Nummer 3 wird folgender Buchstabe d angefügt:

„d) 1 612 Euro ab 1. Januar 2015,“

dd) In Nummer 4 werden der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgender Buchstabe d angefügt:

„d) 1 995 Euro ab 1. Januar 2015,“

#### **Bewertung**

Die Anhebung der Leistungen in der stationären Pflege wird seitens des Paritätischen grundsätzlich begrüßt. Gleichzeitig wird kritisiert, dass die Leistungen trotz der Anhebung weiterhin nicht den tatsächlichen Kosten in der stationären Pflege entsprechen.

Gemäß § 84 SGB XI umfassen die Pflegesätze die Leistungen der Pflege, der medizinischen Behandlungspflege und der sozialen Betreuung. Sie müssen leistungsgerecht sein und es der Pflegeeinrichtung bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, ihren Versorgungsauftrag zu erfüllen. Leistungsgerecht bedeutet, dass die Vergütung sowohl der Leistungsmenge als auch deren Qualität gerecht wird. Infolge der Rechtsprechung des Bundessozial-

gerichts vom 14.12.2000 verstetigte sich die negative Entwicklung einer ausschließlich preis- und marktorientierten Kostenträgerverhandlung, die sowohl Qualitätsentwicklungen als auch tatsächlich notwendige Bezahlungen von qualifizierten Mitarbeiter/-innen zunehmend ausblendete.

Als Lösung fordert der Paritätische ein bundeseinheitliches Personalbemessungssystem, an das eine realistische Kostenanalyse anknüpfen und die Vergütung der tatsächlichen Entstehungskosten der Einrichtungen umgesetzt werden kann. Im übrigen sind die Kosten der Behandlungspflege von der gesetzlichen Krankenversicherung zu tragen.

**In § 43a Satz 2 wird die Angabe „256“ durch die Angabe „266“ ersetzt.**

#### **Bewertung**

Auch pflegebedürftige Menschen in Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe müssen die vollen Leistungen nach § 36 bzw. § 43 SGB XI erhalten.

**§ 45b wird wie folgt geändert:**

**a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:**

**„§ 45b Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen“**

**b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:**

**aa) In Satz 1 wird das Wort „Betreuungsleistungen“ durch die Wörter „Betreuungs- und Entlastungsleistungen“ ersetzt.**

**bb) In Satz 2 wird die Angabe „100“ durch die Angabe „104“ und die Angabe „200“ durch die Angabe „208“ ersetzt.**

**cc) In Satz 4 erster Halbsatz wird das Wort „Betreuungsbetrages“ durch die Wörter „Betreuungs- und Entlastungsbetrages“ ersetzt.**

**dd) In Satz 5 wird das Wort „Betreuungsleistungen“ durch die Wörter „Leistungen der Betreuung oder Entlastung“ ersetzt.**

**ee) In Satz 6 Nummer 3 werden nach dem Wort „Betreuung“ die Wörter „oder Angebote der hauswirtschaftlichen Versorgung“ eingefügt und nach dem Wort „Grundpflege“ die Wörter „und hauswirtschaftliche Versorgung“ gestrichen.**

**ff) In Satz 6 Nummer 4 wird das Wort „Betreuungsangebote“ durch die Wörter „Betreuungs- und Entlastungsangebote“ ersetzt.**

**gg) Nach Satz 6 wird folgender Satz angefügt:**

**„Die Erstattung der Aufwendungen erfolgt auch, wenn für die Finanzierung der in Satz 6 genannten Betreuungs- und Entlastungsleistungen Mittel der Verhinderungspflege gemäß § 39 eingesetzt werden.“**

**c) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:**

**„(1a) Pflegebedürftige, die nicht die Voraussetzungen des § 45a erfüllen, können ebenfalls zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach Absatz 1 in Anspruch nehmen. Die Kosten hierfür werden bis zu einem Betrag in Höhe von 104 Euro monatlich ersetzt.“**

d) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird das Wort „Pflegebedürftigen“ durch das Wort „Anspruchsberechtigten“ und das Wort „Betreuungsleistungen“ durch das Wort „Leistungen“ ersetzt.

bb) In Satz 2 werden nach der Angabe „Absatz 1“ die Wörter „sowie Absatz 1a“ eingefügt.

e) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 3 eingefügt:

„(3) Versicherte, die nach Absatz 1 oder Absatz 1a anspruchsberechtigt sind, können Leistungen niedrighschwelliger Betreuungs- oder Entlastungsangebote in Höhe von bis zu 50 vom Hundert der Leistungsbeträge nach den §§ 36 und 123 je Kalendermonat unter Anrechnung auf ihren Anspruch auf ambulante Pflegesachleistungen zusätzlich zu den in Absatz 1 und Absatz 1a genannten Beträgen in Anspruch nehmen, soweit für diese Leistungsbeträge noch keine ambulanten Pflegesachleistungen in Anspruch genommen wurden. Die Aufwendungen, die den Anspruchsberechtigten im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der Leistungen nach Satz 1 entstehen, werden erstattet; Absatz 2 Satz 1 gilt entsprechend. Die Vergütungen für ambulante Pflegesachleistungen sind vorrangig abzurechnen. Im Rahmen der Kombinationsleistung nach § 38 gilt die Erstattung der Aufwendungen als Inanspruchnahme der dem Anspruchsberechtigten nach § 36 Absatz 3 und 4 sowie § 123 zustehenden Sachleistung. Beziehen Anspruchsberechtigte die Leistung nach Satz 1, findet § 37 Absatz 3 bis 5, 7 und 8 Anwendung; für die Kostenerstattung nach Satz 2 gilt § 37 Absatz 6 entsprechend. § 13 Absatz 3a findet auf die Inanspruchnahme der Leistung nach Satz 1 keine Anwendung.“

f) Der bisherige Absatz 3 wird Absatz 4 und wie folgt gefasst:

„Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Anerkennung der niedrighschwelligigen Betreuungs- und Entlastungsangebote zu bestimmen.“

### **Bewertung**

Mit Verweis auf die Stellungnahme der BAGFW nimmt der Paritätische wie folgt Stellung:

Mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs werden die Leistungen der Grundpflege, der pflegerischen Betreuung und der hauswirtschaftlichen Versorgung zu drei gleichberechtigten Säulen der Pflegesachleistung. Bis dahin findet die Übergangsregelung häusliche Betreuung nach § 124 SGB XI Anwendung. Danach setzt der Anspruch auf häusliche Betreuung voraus, dass die Sicherstellung der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung im Einzelfall gewährleistet sein muss. Die Umwidmung des halben Sachleistungsbetrags ist ohne die entsprechende Schaffung einer Gesetzesgrundlage für den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff problematisch. Hier werden bereits zwei Paragrafen berührt, die als Übergangsregelungen bis zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs mit der letzten Pflegeversicherungsreform eingeführt wurden. Mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff wird eine inhaltliche Zuordnung der Leistungen der häuslichen Betreuung nach § 124 SGB XI, der Leistungen nach § 45b SGB XI sowie der niedrighschwelligigen Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach § 45c SGB XI vorgenommen. Die Grundlage hierfür fehlt aber gegenwärtig und wird auch mit dem vorliegenden Referentenentwurf nicht geschaffen. Somit wird der zweite Schritt vor dem ersten getan.

Die Umwidmung der Leistungen soll pflegestufenbezogen erfolgen. Mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs werden insbesondere kognitiv und psychisch veränderte Menschen eine angemessenere und meist auch höhere Zuordnung in die neuen Pflegegrade erhalten. Auch dies ist zu abzuwarten, bevor analog zu den jetzigen Pflegestufen eine pfle-gegradbezogene Leistungsveränderung, die insbesondere § 45b SGB XI betrifft, erfolgen soll. Nach der hier vorgeschlagenen Regelung sind die verschiedensten Kombinationen von Leistungen nach den §§ 36, 123 und 38 als umgewidmete Leistungen nach § 45b Abs. 3 denkbar (ggf. auch in Kombination mit den Leistungsansprüchen nach den §§ 39 und 45b Abs. 1 bzw. Abs. 1a.). Die durch diese Neuregelung entstehenden Kombinationsmöglichkei-ten stehen aber einer möglichen Komplexität den gegenwärtigen Regelungen der Tagespfle-ge nach § 41 Abs. 4 bis 6 in nichts nach. Diese Regelungen sollen durch das 5. SGB XI ÄndG gerade ersatzlos gestrichen werden, mit der folgenden Begründung: „Die bisherigen, sehr komplexen Regelungen zur Kombination der Leistungen werden aufgehoben. [...] Durch die Neufassung von § 41 Absatz 3 wird diese Neuregelung im Gesetz eindeutig klar-gestellt und damit für die Betroffenen unmittelbar verständlich. Die bisherigen Kombinations-regelungen hatten bei Pflegekassen und Leistungserbringern zudem zu einem erhöhten Verwaltungsaufwand im Rahmen der Abrechnung der Leistungen geführt. Dieser Aufwand wird nun vollständig eingespart. Damit leistet die Aufhebung der Kombinationsregelungen auch einen deutlichen Beitrag zum Bürokratieabbau.“ (Begründung zu Nr. 11 (§ 41), S 26)

Ergänzen möchten wir, dass niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsleistungen sehr flexibel von den Betroffenen abgerufen werden und der Umfang der pro Monat abgerufenen Entlastungs- und Betreuungsleistungen auch deutliche Schwankungen aufweisen kann. Da die Finanzierung der Leistungen im Wege der Kostenerstattung erfolgt, wird es für die pfle-gebedürftigen Menschen und ihre Angehörigen schwierig zu ermessen, in welchem Leis-tungsumfang ihnen die Pflegesachleistung, z.B. für die Grundpflege und die hauswirtschaftli-che Versorgung, im jeweiligen laufenden Monat noch zur Verfügung steht.

### **Lösungsvorschlag**

- Aufgrund der geschilderten Probleme schlägt die BAGFW vor, die geplanten Änderungen des § 45b Abs. 3a ersatzlos zu streichen und stattdessen – mindestens für den Übergang bis zur Einführung und Umsetzung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs – einen Entlas-tungsbetrag einzuführen.

- Die BAGFW hat in den Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung des Neuen Pflegebe-dürftigkeitsbegriffs den Vorschlag eines „Entlastungsbetrags“ eingebracht. In diesen sollen die bereits heute den Versicherten zur Verfügung stehenden Mittel aus der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI, der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI sowie die Leistungen nach § 45b SGB XI einfließen. Fasst man alle diese Leistungen zusammen, könnte jedem pflegebe-dürftigen Menschen ein monatlicher Betrag von ca. 372,67 Euro oder ein jährlicher Betrag von 4.472 Euro zur Verfügung stehen. Der Entlastungsbetrag gibt den pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen eine hohe Flexibilität bei der Inanspruchnahme und Kom-bination der heute schon vorhandenen Entlastungsmöglichkeiten. Ein Betrag für Entlas-tungsmaßnahmen erleichtert zudem wesentlich den Überblick über die zur Verfügung ste-henden Möglichkeiten und erhöht somit gegenüber der gegenwärtigen Situation in hohem Maße die Transparenz über die in Anspruch genommenen Leistungen. Aus dem Entlas-tungsangebot könnten dann die folgenden Angebote im Rahmen der Kostenerstattung in Anspruch genommen werden:

- der Tages- oder Nachtpflege, (§ 45 Abs.1 Satz 6 SGB XI, Ziffer 1)

- der Kurzzeitpflege, (§ 45 Abs.1 Satz 6 SGB XI, Ziffer 2 )
- der zugelassenen Pflegedienste, sofern es sich um besondere Angebote der allgemeinen Anleitung und Betreuung und nicht um Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung handelt, (§ 45 Abs.1 Satz 6 SGB XI, Ziffer 3) oder
- der nach Landesrecht anerkannten niedrighschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebote, die nach § 45c gefördert oder förderungsfähig sind. (§ 45 Abs.1 Satz 6 SGB XI n. F.)
- Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson (§ 39 Abs. 1 SGB XI n. F.)

Diese Lösung hat den Vorteil, dass die Mittel für Entlastungsleistungen, die nicht ausgeschöpft wurden, bedarfsentsprechend und bedarfsgerecht für andere Entlastungsleistungen eingesetzt werden können. Perspektivisch könnten auch die Leistungen der Tages- und Nachtpflege in einen solchen Entlastungsbetrag einfließen, denn die Tages- und Nachtpflege wird mit dem vorliegenden Referentenentwurf zu einer eigenständigen Leistung mit eigenständigen Leistungsbeträgen. Allerdings wäre dann die Teilleistung des Entlastungsbetrags nach Pflegestufen zu staffeln

**§ 45c wird wie folgt geändert:**

**a) In Absatz 1 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:**

**„Ebenso gefördert werden können aus den in Satz 1 genannten Mitteln niedrighschwellige Entlastungsangebote für Pflegebedürftige im Sinne von § 45a mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie für Pflegebedürftige, die nicht die Voraussetzungen des § 45a erfüllen, mit mindestens Pflegestufe I.“**

**b) In Absatz 2 Satz 1 wird das Wort „Betreuungsangebote“ durch die Wörter „Betreuungs- und Entlastungsangebote“ und werden die Wörter „Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf“ durch die Wörter „Pflegebedürftige im Sinne von § 45a mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie für Pflegebedürftige, die nicht die Voraussetzungen des § 45a erfüllen, mit mindestens Pflegestufe I“ ersetzt.**

**c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:**

**aa) In Satz 1 werden die Wörter „Pflegebedürftigen mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung“ durch die Wörter „Pflegebedürftigen im Sinne von § 45a mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung sowie Pflegebedürftigen, die nicht die Voraussetzungen des § 45a erfüllen, mit mindestens Pflegestufe I“ ersetzt und hinter dem Wort „Angehörige“ die Wörter „und vergleichbar nahestehende Pflegepersonen“ eingefügt.**

**bb) In Satz 5 wird nach dem Wort „kommen“ das Wort „insbesondere“ eingefügt.**

**d) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 3a eingefügt:**

**„(3a) Niedrighschwellige Entlastungsangebote im Sinne des Absatzes 1 Satz 2 sind Angebote für Pflegebedürftige im Sinne von § 45a mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung sowie Pflegebedürftige, die nicht die Voraussetzungen des § 45a erfüllen, mit mindestens Pflegestufe I, die der Deckung ihres Bedarfs an Unterstützung im Haushalt, insbesondere bei der hauswirtschaftlichen Versorgung,**

bei der Bewältigung von allgemeinen oder pflegebedingten Anforderungen des Alltags oder bei der eigenverantwortlichen Organisation individuell benötigter Hilfeleistungen dienen oder die dazu beitragen, Angehörige oder andere Nahestehende in ihrer Eigenschaft als Pflegende zu entlasten. Sie beinhalten die Erbringung von Dienstleistungen, eine die vorhandenen Ressourcen und Fähigkeiten stärkende oder stabilisierende Alltagsbegleitung, organisatorische Hilfestellungen, Unterstützungsleistungen für Angehörige und andere Nahestehende in ihrer Eigenschaft als Pflegende zur Bewältigung des Pflegealltags oder andere geeignete Maßnahmen. Absatz 3 Satz 2 bis 4 gilt entsprechend. Als grundsätzlich förderungsfähige niedrigschwellige Entlastungsangebote kommen insbesondere in Betracht Agenturen für haushaltsnahe Dienst- und Serviceleistungen, Alltagsbegleiter sowie Pflegebegleiter.“

e) In Absatz 6 Sätze 1 und 2 wird jeweils das Wort „Betreuungsangebote“ durch die Wörter „Betreuungs- und Entlastungsangebote“ ersetzt.

#### **Bewertung**

Die Einführung von niedrigschwelligen Entlastungsangeboten wird seitens des Paritätischen grundsätzlich begrüßt. Insbesondere die Begleitung bei alltäglichen Verrichtungen, wie z. B. einkaufen oder Behördengängen, kann somit für Pflegebedürftige vereinfacht bzw. ermöglicht werden, und pflegende Angehörige sowie andere nahestehende Menschen entlasten. Auch in der Lotsenfunktion der Helfenden erkennt der Paritätische eine große Chance, das System der Pflegeleistungen für Pflegebedürftige und deren Angehörige verständlicher zu machen.

Die niedrigschwelligen Entlastungsangebote dürfen nicht missbräuchlich für Pflegeleistungen eingesetzt werden. Es besteht die Gefahr, dass Leistungen, die ausschließlich von qualifizierten Kräften ausgeführt werden dürfen, auf unqualifizierte Helfer übertragen werden. Bei Einführung zusätzlicher niedrigschwelliger Angebote muss deshalb klar definiert sein, auf welche Leistungen sich die Angebote jeweils beschränken. Die für diese Angebote eingesetzten Helfer brauchen passende Schulungsangebote, eine umfassende Einarbeitung und eine intensive Begleitung bzw. Supervision.

#### **§ 45e wird wie folgt geändert:**

a) In Absatz 1 wird nach Satz 3 folgender Satz eingefügt: „Dabei kann die Umgestaltungsmaßnahme auch vor der Gründung und dem Einzug erfolgen.“

b) In dem neuen Satz 5 wird die Angabe „3“ durch die Angabe „4“ ersetzt.

c) In Absatz 2 Satz 2 werden nach dem Wort „ist“ das Komma und die Wörter „spätestens aber am 31. Dezember 2015“ gestrichen..

#### **Bewertung**

Das Bestreben, die Zahl der ambulant betreuten Wohngemeinschaften zu erhöhen, wird seitens des Paritätischen begrüßt.

In § 46 Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „und bei der Berechnung der Erstattung sind die Beitragseinnahmen um die Beitragseinnahmen zu vermindern, die dazu bestimmt sind, nach § 135 dem Vorsorgefonds der sozialen Pflegeversicherung zugeführt zu werden“ angefügt.

### **Bewertung**

Der Paritätische begrüßt diese Regelung.

In § 55 Absatz 1 wird die Angabe „2,05“ durch die Angabe „2,35“ ersetzt.

### **Bewertung**

Der Paritätische erkennt die Notwendigkeit der Beitragssatzanpassung. Gleichzeitig weist er darauf hin, dass er sich für die Einführung einer Bürgerversicherung ausspricht, in der soziale und private Pflegeversicherung zusammen geführt werden.

Dem § 58 Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Die Beiträge der Beschäftigten erhöhen sich nicht, wenn Länder im Jahre 2017 den Reformationstag einmalig zu einem gesetzlichen Feiertag erheben.“

### **Bewertung**

Diese Regelung wird seitens des Paritätischen ausdrücklich begrüßt.

In 87a Absatz 4 Satz 1 wird die Angabe „1 536“ durch die Angabe „1 597“ ersetzt.

### **Bewertung**

Der Paritätische begrüßt die Leistungserhöhung.

§ 87b wird wie folgt geändert:

a) In der Überschrift werden die Wörter „Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf“ durch die Wörter „zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen“ ersetzt.

b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung“ durch die Wörter „sowie der Versicherten, die einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung haben, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht, (anspruchsberechtigten Personen)“ ersetzt.

bb) Satz 2 wird wie folgt geändert:

aaa) In Nummer 1 wird das Wort „Heimbewohner“ durch die Wörter „anspruchsberechtigten Personen“ ersetzt.

bbb) In Nummer 2 werden die Wörter „das Pflegeheim“ durch die Wörter „die stationäre Pflegeeinrichtung“ und das Wort „Heimbewohner“ durch die Wörter „anspruchsberechtigten Personen“ ersetzt.

ccc) In Nummer 3 werden die Wörter „jeden Heimbewohner mit erheblichem allgemeinem Bedarf an Beaufsichtigung und Betreuung“ durch die Wörter „jede anspruchsberechtigte Person“ und das Wort „vierundzwanzigste“ wird durch das Wort „zwanzigste“ ersetzt.

ddd) In Nummer 4 wird das Wort „Heimbewohner“ durch die Wörter „anspruchsberechtigte Personen“ ersetzt.

cc) In Satz 3 wird das Wort „Pflegeheimen“ durch die Wörter „stationären Pflegeeinrichtungen“ und wird das Wort „Pflegebedürftige“ durch die Wörter „anspruchsberechtigte Personen“ ersetzt.

c) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 wird das Wort „Heimbewohner“ durch die Wörter „anspruchsberechtigte Personen“ ersetzt.

bb) In Satz 3 wird das Wort „Heimbewohner“ durch die Wörter „anspruchsberechtigten Personen“ ersetzt.

cc) In Satz 4 werden die Wörter „der Pflegebedürftige“ durch die Wörter „die anspruchsberechtigte Person“ ersetzt.

d) In Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „der stationären Versorgung der Pflegebedürftigen“ durch die Wörter „stationären Pflegeeinrichtungen“ ersetzt.

### **Bewertung**

Grundsätzlich ist das Bestreben, die Leistungen für zusätzliche Betreuung auf alle Pflegebedürftige – unabhängig ihrer kognitiven Fähigkeiten – auszuweiten, zu begrüßen.

Gleichzeitig muss jedoch angemerkt werden, dass hier einige Formulierungen unklar sind und vor Verabschiedung des Gesetzentwurfs entsprechend angepasst werden müssen:

1. Durch die im Referentenentwurf nach § 87b Abs. Satz 1 SGB XI vorangestellte Anordnung, § 45a SGB XI anzuwenden, entsteht der unzutreffende Eindruck, es seien nur Personen anspruchsberechtigt, welche entsprechend der Definition des § 45a SGB XI erheblich in ihrer Alltagskompetenz eingeschränkt sind. Überdies erweckt der Begriff "Heimbewohner" den Eindruck es seien nur Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen gemeint.
2. In der Begründung zu Nr. 26/§ 87b Doppelbuchstabe aa, 4. Abs., 3. Satz ist zu lesen: *„Die zusätzlichen Betreuungsleistungen sollen sie nur unter Anleitung von qualifizierten Pflegekräften, im Team und in enger Kooperation mit weiteren Fachkräften erbringen und insoweit Pflegekräfte unterstützen.“* Der hier dargelegte Bezug auf qualifizierte Pflegekräfte ist in der Praxis nur schwer in jedem Fall umzusetzen, da Betreuungsassistenten nach § 87b teilweise auch den Mitarbeitern des Sozialdienstes unterstellt sind und hier nicht ausschließlich ausgebildete Pflegekräfte tätig sind. Somit wird die Formulierung Einrichtungen nicht gerecht, bei denen für Betreuung ein eigenständiger Sozialdienst existiert, in dem Sozialpädagogen und Sozialarbeiter, oder auch Kunsttherapeuten und Musiktherapeuten arbeiten. Pflege(fach)kräfte hierarchisch oberhalb von akademisch qualifizierten Sozialdienstkräften anzusiedeln greift in die Organisationshoheit der Einrichtungen ein und verkennt die Leistungen, die durch Fachleute in einem eigenständigen Funktionsbereich Sozialdienst erbracht werden.
3. Ferner enthält § 87b Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 SGB XI noch immer die Regelung, dass nur Vergütungszuschläge für die tatsächlich erbrachte zusätzliche Betreuung und Aktivierung vereinbart werden können. Damit trägt die stationäre Einrichtung das volle Risiko für die Kosten des von ihr für alle anspruchsberechtigten Personen entsprechend des Betreuungsschlüssels vorzuhaltenden Personals, denn die Vergütungszuschläge

erhält sie nur, wenn die zusätzlichen Angebote auch tatsächlich in Anspruch genommen werden, worauf sie jedoch keinen Einfluss hat.

**Lösungsvorschlag:**

Wir schlagen daher vor, in § 87b Abs. 1 Satz 1 SGB XI auf eine Bezugnahme auf den § 45a SGB XI zu verzichten, oder – sofern dies beabsichtigt ist – seine Anwendbarkeit ausdrücklich auf die Versicherten mit einem Pflegebedarf unterhalb der Pflegestufe I zu beschränken. Ferner sollte die Begrifflichkeit des pflegebedürftigen Heimbewohners durch eine Wortwahl ersetzt werden, die deutlich macht, dass auch Nutzer teilstationärer Einrichtungen umfasst sind. Denkbar wäre etwa die Formulierung:

*"Stationäre Pflegeeinrichtungen haben [...] unter entsprechender Anwendung der §§ 85, 87a SGB XI für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung der pflegebedürftigen Versicherten sowie der Versicherten, die einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung haben, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht (ggf.: "und welche die Voraussetzungen des § 45a SGB XI erfüllen"), (anspruchsberechtigten Personen) Anspruch auf Vereinbarung leistungsgerechter Zuschläge zur Pflegevergütung."*

4. Ferner fordern wir, § 87b Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 SGB XI ersatzlos zu streichen.

**In § 114 Absatz 5 werden nach Satz 1 folgende Sätze eingefügt:**

**„Gibt es im Rahmen einer Anlass-, Regel- oder Wiederholungsprüfung sachlich begründete Hinweise auf eine nicht fachgerechte Pflege bei Pflegebedürftigen, auf die sich die Prüfung nicht erstreckt, sind die betroffenen Pflegebedürftigen unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen in die Prüfung einzubeziehen. Die Prüfung ist insgesamt als Anlassprüfung durchzuführen.“**

**Bewertung**

Wir nehmen zu der vorgeschlagenen Gesetzesänderung in Bezug auf die Stellungnahme der BAGFW zum 5. SGB XI-ÄnderungsG wie folgt Stellung:

Die Qualitätsprüfungs-Richtlinie in ihrer Neufassung vom 17. Januar 2014 sieht bereits vor, dass Regel- und Wiederholungsprüfungen als Anlassprüfung durchgeführt werden, sofern sich konkrete und begründete Anhaltspunkte für eine nicht fachgerechte Pflege ergeben, die nicht von der zufallsgesteuerten und nach Pflegestufen geschichteten Stichprobe erfasst werden. Dies gilt insbesondere für Pflegesituationen bei Personen mit freiheitseinschränkenden Maßnahmen, Dekubitus oder anderen chronischen Wunden, Ernährungsdefiziten, chronischen Schmerzen, Kontrakturen, PEG-Sondern oder Blasenkathetern. (Ziffer 6 Prüfinhalte und Umfang der Prüfung). Allerdings setzt die Durchführung der Prüfung als Anlassprüfung voraus, dass das Prüfteam die Gründe hierfür den Landesverbänden der Pflegekassen dargelegt hat und ein entsprechender Prüfauftrag der Landesverbände der Pflegekasse ergangen ist. Diese Regelung fehlt hier.

Nach dem vorliegenden Wortlaut können Regel- und Wiederholungsprüfungen sowie auch Anlassprüfungen auch ohne Prüfauftrag, der auf der Grundlage der konkret dargelegten und begründeten Anhaltspunkte erfolgen muss, sofort in eine Anlassprüfung umgewandelt werden. Damit kann grundsätzlich jegliche Prüfung in eine Anlassprüfung umgewandelt werden und die Stichprobe verändert werden. Dies widerspricht dem Grundsatz der Qualitätsprüfung, wonach für jede Prüfung ein Prüfauftrag der Landesverbände der Pflegekassen vorlie-

gen muss, der Angaben zur Prüfart, zum Prüfgegenstand und zum Prüfungsumfang enthält (vgl. § 114 Abs. 1 Satz 2 SGB XI). Die Neuregelung ist daher abzulehnen.

### **Lösungsvorschlag zu § 114 Abs. 5**

- Die Regelung ist in der Qualitäts-Prüfungsrichtlinie wie folgt zu konkretisieren:  
Liegen konkrete und begründete Anhaltspunkte für eine nicht fachgerechte Pflege (z. B. bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen oder Dekubitus) bei Pflegebedürftigen vor, ist eine Erweiterung der Stichprobe um genau die Personen möglich, bei denen diese Anhaltspunkte bestehen. In diesem Fall ist eine Anlassprüfung in der Einrichtung durchzuführen. Diese ist an folgende Bedingungen geknüpft:
  - Der MDK hat die Gründe für die Durchführung einer Anlassprüfung (d. h. die konkreten und begründeten Anhaltspunkte nicht fachgerechter Pflege) gegenüber den Landesverbänden der Pflegekassen schriftlich darzulegen.
  - Die Landesverbände der Pflegekassen geben einen entsprechenden Prüfauftrag an den MDK.
  
- § 114 Abs. 5 ist nach Satz 1 daher wie folgt, neu zu formulieren:  
*„Gibt es im Rahmen einer Anlass-, Regel- oder Wiederholungsprüfung sachlich begründete Hinweise auf eine nicht fachgerechte Pflege bei Pflegebedürftigen, auf die sich die Prüfung nicht erstreckt, ist die Anlass-, Regel- oder Wiederholungsprüfung als Anlassprüfung durchzuführen. Zur Durchführung dieser Anlassprüfung erteilen die Landesverbände der Pflegekassen dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen und dem Prüfdienst des Verbands der privaten Krankenversicherung e.V. einen Prüfauftrag. Der Prüfauftrag enthält Angaben zur Prüfart, zum Prüfgegenstand und zum Prüfungsumfang. Dabei sind insbesondere die Anhaltspunkte für eine nicht fachgerechte Pflege konkret und begründet schriftlich darzulegen.“*

### **§ 115 Absatz 1a wird wie folgt geändert:**

#### **a) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:**

**„Bei Anlassprüfungen nach § 114 Abs. 5 bilden die Prüfergebnisse aller in die Prüfung einbezogener Pflegebedürftigen die Grundlage für die Bewertung und Darstellung der Qualität.“**

#### **b) Nach dem bisherigen Satz 4 wird folgender Satz eingefügt:**

**„Bei der Darstellung der Qualität ist auf die Art der Prüfung als Anlass-, Regel- oder Wiederholungsprüfung hinzuweisen.“**

### **Bewertung**

Der Paritätische nimmt in Bezug auf die Stellungnahme der BAGFW zum 5. SGB XI-Änderungsgesetz wie folgt Stellung:

Der Referentenentwurf widerspricht in seiner Änderung der durch die Schiedsstelle Qualitätssicherung nach § 113b SGB XI mit Beschluss vom 15. April 2013 festlegten Stichprobenziehung der PTVS. Vielmehr entspricht die im Referentenentwurf beschriebene Regelung der Stichprobenziehung und der Veröffentlichung der alten Fassung der PTVS vom 7. Dezember 2008, deren Beibehaltung die Bundesverbände der Träger von Pflegeeinrichtungen in der Schiedsstelle beantragt hatten. Die Schiedsstelle ist in ihrem Spruch jedoch dem Antrag des GKV-Spitzenverbands gefolgt, die Stichprobe von einer zufallsgesteuerten Aus-

wahl, die bezogen auf die Pflegestufenverteilung in einer Einrichtung repräsentativ 10% der Bewohner (mindestens 5 und max. 15 Personen) in die Stichprobe einbezogen hat, in eine nach Pflegestufen geschichtete Stichprobe umzuwandeln. Die neue Art der Stichprobenziehung beruht auf einer vom GKV-Spitzenverband in Auftrag gegebenen wissenschaftlichen Untersuchung. Die im Referentenentwurf vorgenommene Änderung führt dazu, dass die Vergleichbarkeit der Ergebnisse von Anlassprüfung und Regelprüfung aufgehoben wird. Dies ist nicht hinnehmbar. Eine Einbeziehung der Prüfergebnisse von zusätzlichen in die Stichprobe einbezogenen Personen würde nach Auffassung der BAGFW eine gänzliche Neuordnung der allgemeinen Stichprobenregelung notwendig machen.

Darüber hinaus hebt die Neuregelung eine Vereinbarung der Selbstverwaltung auf, die der Gesetzgeber selbst in die Hände der Selbstverwaltung im SGB XI gelegt hat. Nach Auffassung der BAGFW sollten derartige Regelungen jedoch Aufgabe der Selbstverwaltung bleiben.

Lösungsvorschlag zu § 115 Abs. 1a:

Die Änderung ist ersatzlos zu streichen.

**§ 123 wird wie folgt geändert:**

**a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:**

**aa) In Nummer 1 wird die Angabe „120“ durch die Angabe „123“ ersetzt.**

**bb) In Nummer 2 wird die Angabe „225“ durch die Angabe „231“ ersetzt.**

**cc) Die Angabe „§§ 39 und 40“ wird durch die Angabe „§§ 38a, 39, 40, 41, 42 und 45e“ ersetzt.**

**dd) Nach Satz 1 wird folgender Satz angefügt:**

**„Der Anspruch auf teilstationäre Pflege für Versicherte ohne Pflegestufe umfasst einen Gesamtwert von bis zu 231 Euro je Kalendermonat.“**

**b) In Absatz 3 werden die Angabe „70 Euro auf 305 Euro“ durch die Angabe „72 Euro auf 316 Euro“ ersetzt, nach der Angabe „§ 36“ die Angabe „sowie § 41“ eingefügt und die Angabe „215 Euro auf bis zu 665 Euro“ durch die Angabe „221 Euro auf bis zu 689 Euro“ ersetzt.**

**c) In Absatz 4 werden die Angabe „85 Euro auf 525 Euro“ durch die Angabe „87 Euro auf 545 Euro“ ersetzt, nach der Angabe „§ 36“ die Angabe „sowie § 41“ eingefügt und die Angabe „150 Euro auf bis zu 1 250 Euro“ durch die Angabe „154 Euro auf bis zu 1 298 Euro“ ersetzt.**

### **Bewertung**

Die Anhebung der Übergangsleistungen nach § 123 SGB XI werden seitens des Paritätischen begrüßt, mit dem Hinweis, dass nach wie vor die Einführung des Neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes ansteht und diese durch die Anhebung der Übergangsleistungen nicht weniger dringlich wird.

**Nach dem Dreizehnten Kapitel wird folgendes Kapitel angefügt:**

**„Vierzehntes Kapitel**

## **Bildung eines Pflegevorsorgefonds**

### **§ 131 Pflegevorsorgefonds**

**In der sozialen Pflegeversicherung wird ein Sondervermögen unter dem Namen „Vorsorgefonds der sozialen Pflegeversicherung“ errichtet.**

#### ***Bewertung***

Die Überlegung, Reserven in der Pflegeversicherung zu bilden, verdient im Hinblick auf die demografische Entwicklung Anerkennung. In diesen Tagen bekannt gewordene wissenschaftliche Berechnungen haben allerdings gezeigt, dass die Wirkungen des geplanten Vorsorgefonds marginal sind. Das Finanzvolumen wird dagegen aktuell dringend gebraucht, der Unterfinanzierung der ambulanten Pflege entgegen zu wirken.