



**PFLEGE MUSS GEPFLEGT WERDEN!**

**VDAB – Reinhardtstraße 19 – 10117 Berlin**

Bundesministerium für Gesundheit

Abteilung Grundsatzfragen der Gesundheitspolitik,

Pflegesicherung, Prävention

11055 Berlin

nur per E-Mail: [Pflegereform@bmg.bund.de](mailto:Pflegereform@bmg.bund.de)

**Verband Deutscher Alten-  
und Behindertenhilfe e.V.**  
Gemeinnütziger Fachverband  
mit Sitz in Essen

**Hauptstadtbüro**  
Reinhardtstraße 19  
10117 Berlin  
Fon 030 / 200 590 790  
Fax 030 / 200 590 79-19  
[berlin@vdab.de](mailto:berlin@vdab.de)  
[www.vdab.de](http://www.vdab.de)

Berlin, 4. September 2017

## **Stellungnahme des VDAB zum Entwurf des 5. SGB XI Änderungsgesetzes**

sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die Zusendung des Gesetzentwurfes zum 5. Änderungsgesetz des SGB XI. Der VDAB möchte diese Gelegenheit nutzen, die Gestaltung der geplanten Pflegeversicherungsreform näher zu beleuchten sowie Anregungen für weitere Ergänzungen zu geben:

## A. Vorbemerkung

Die Pflege in Deutschland steht vor großen Herausforderungen. Es stellen sich seit Jahren grundsätzliche Fragen, wie der demografischen Entwicklung zu begegnen ist. Für den VDAB gibt es dabei eine zentrale Erkenntnis. Die Stärkung der Privaten Professionellen Pflege ist ein unverzichtbarer Baustein, damit auch in Zukunft jeder, der professionelle Pflege braucht, sie auch bekommen kann.

Jede Pflegeversicherungsreform muss sich daran messen lassen, welchen Beitrag sie zur langfristigen flächendeckenden Sicherung einer professionellen pflegerischen Versorgung leistet.

Die Zahl der Pflegebedürftigen wird nach übereinstimmenden Schätzungen von derzeit 2,5 Mio. Menschen auf 3,5 Millionen Menschen im Jahre 2030 steigen. **Dadurch entsteht ein größerer Bedarf an Leistungen professioneller ambulanter und stationärer Pflege.** Hinzu kommt, dass die Zahl allein lebender Pflegebedürftiger zunimmt. Nicht zuletzt stehen die Möglichkeiten der Beteiligung von Angehörigen an der ambulanten häuslichen Pflege auch vor dem Hintergrund veränderter Erwerbsbiografien und veränderter Familienstrukturen vor besonderen Herausforderungen. Dem Anstieg des Pflegebedarfs steht aufgrund gleichbleibend niedriger Geburtenraten ein Rückgang der Zahl der Menschen im erwerbsfähigen Alter gegenüber. Damit sinkt nicht nur das Potenzial für die Gewinnung von Pflegekräften, auch die Finanzierungsspielräume werden aufgrund des schwächeren Einnahmeanstiegs enger. Dies erfordert eine Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung und ihrer Finanzierung.

Im Fokus des vorliegenden Gesetzentwurfes liegt die Ausweitung des Leistungsversprechens an alle Pflegebedürftigen mit dem Ziel der Förderung von ambulanter, teilstationärer und vor allem nicht professioneller Versorgung. Es muss kritisch hinterfragt werden, ob dieser verengte Blick auf die Leistungsverbesserung für Pflegebedürftige tatsächlich zur Lösung der Zukunftsfragen beiträgt.

Natürlich verfehlt die politische Botschaft, es komme zu der größten Leistungsausweitung in der Geschichte der Pflegeversicherung, ihre Wirkung in der Öffentlichkeit nicht.

Allerdings droht bei der Diskussion um zusätzliches Geld und zusätzliche Leistungen eine Tatsache aus dem Blick zu geraten, die der VDAB immer wieder grundsätzlich kritisch angemerkt hat: Jede Leistungsverbesserung kommt nur beim Pflegebedürftigen an, wenn die Ressourcen zur Leistungserbringung auch im notwendigen Umfang vorhanden sind. Politik wäre gerade hier gefordert zu gestalten. Der eklatante Pflegefachkräftemangel und die ungenügenden Rahmenbedingungen für professionell Pflegenden bleiben im vorliegenden Entwurf ausgeklammert. Der Gesetzgeber bleibt die Antwort auf die Frage schuldig, woher die vielen Kräfte für die Leistungsverbesserungen vor Ort kommen sollen. Hier stünden ganz andere Investitionen an, als diejenigen, die der Gesetzentwurf vorsieht. Ohne Verbesserungen der Rahmenbedin-

gungen drohen die Effekte zu verpuffen. Denn wir werden nur mehr Menschen für die Pflege gewinnen können, wenn der Pflegeberuf attraktiver wird. Das ist nicht nur eine Frage des Images, sondern vor allem eine Frage verbesserter Rahmenbedingungen und nachhaltiger gesellschaftlicher Anerkennung. Mit dieser Herausforderung lässt der Gesetzgeber die Einrichtungen mal wieder allein.

### **Zu den Neuregelungen nehmen wir im Einzelnen wie folgt Stellung:**

#### **§ 8 Absatz 3 Satz 1**

Es ist zu begrüßen, dass grundsätzlich finanzielle Mittel zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung zur Verfügung stehen. Die Höhe bleibt unverändert, nur der Verwendungszweck wurde spezifiziert.

#### **§ 30 Dynamisierung**

Es ist zu begrüßen, dass die Prüfung der Anpassungsnotwendigkeit auf 2017 festgelegt ist. Für Pflegebedürftige und Pflegeeinrichtungen ist es von zentraler Bedeutung, dass Pflege für den Betroffenen bezahlbar bleibt. In diesem Zusammenhang ist es wichtig, dass es zu keiner schleichenden Entwertung der Leistungen der Pflegeversicherung kommt. Wünschenswert wäre eine jährliche Überprüfung des Anpassungsbedarfs. Ziel muss es sein, denn Finanzierungsanteil der Pflegeversicherung stabil zu halten. Die gesetzliche Dynamisierung kann aber nicht über den langen Zeitraum, in dem kein Inflationsausgleich erfolgt ist, hinwegtäuschen.

#### **§ 36 Pflegesachleistungen (Abs. 3)**

Die Zuzahlung auf ambulante Pflegesachleistungen steigt in jeder Pflegestufe um 4%. Dies ist eine Steigerung, die einen adäquaten Inflationsausgleich abbildet.

#### **§ 37 Beratungsbesuche bei Pflegegeld (Abs. 3)**

Anhand dieser Regelung wird besonders deutlich, wie es um die Wertschätzung der Pflege in finanzieller Hinsicht bestellt ist. Trotz der sowohl vom Minister wie vom Staatssekretär angekündigten besseren Bezahlung der Pflegekräfte ist die gesetzliche Realität ein andere. Wer für einen Beratungseinsatz einer Pflegefachkraft höchstens 32 Euro für angemessen hält, zeigt, wie er den Wert von Pflegearbeit tatsächlich einschätzt. Angesichts des tatsächlichen Aufwandes war und ist die Deckelung der Kosten auf diesem Niveau völlig unangemessen.

Ein eklatantes Missverhältnis zeigt auch der Vergleich mit dem Preisniveau der Kostenträger. Sie stellen den Pflegeeinrichtungen z.B. für eine Nachprüfung gemäß § 114 Abs. 5 durch den MDK 116,88 Euro (2011, Sachsen-Anhalt) und 115,80 Euro (schon 2009, Niedersachsen) pro Stunde in Rechnung. Das müssen Pflegeunternehmer und Pflegende als blanke Ironie empfinden.

Der VDAB fordert vor diesem Hintergrund eine gesetzlich festgeschriebene Vergütung des Beratungseinsatzes. Davon ausgehend, dass ein Beratungseinsatz im Schnitt 45 Min zzgl. Anfahrt und Verwaltung dauert, ergibt sich eine Vergütung in Höhe von ca. 85 EUR als Mischkalkulation über alle Pflegestufen.

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

Die zeitliche Ausdehnung des Anspruchs auf Verhinderungspflege ist zu begrüßen. Der neu eingefügte Absatz 3 bedeutet einen flexibleren Leistungsbezug für die Pflegebedürftigen. Wir unterstützen ausdrücklich diese weitere Möglichkeit der Kombination von Budgets. Dies hatte auch im Bereich der Tagespflege und der ambulanten Pflege sehr positive Effekte.

### **§ 42 Kurzzeitpflege**

Die Anpassung des Leistungsbetrags folgt stringent der Logik zum Inflationsausgleich. Die neue Kombinationsmöglichkeit mit Verhinderungspflege bis zu einem Höchstbetrag von 3.224 € ist sehr zu begrüßen, denn die Aufteilung der Leistungsbezüge war schon in der Vergangenheit weder sachgerecht noch nachvollziehbar.

### **§ 45 b Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen**

Die Zahl der Anspruchsberechtigten wird deutlich erhöht und der Leistungsanspruch ausgeweitet. Nach dem neu eingefügten **Absatz 1a** können auch alle Pflegebedürftigen ohne erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz die Kostenerstattung in Höhe von 104 Euro bzw. 208 Euro in Anspruch nehmen. Dies wird sicherlich zu einer stark ansteigenden Nachfrage dieser Leistungen führen. Angesichts der Tatsache, dass es sich um qualitätsgesicherte Angebote handeln muss und auch die Betreuungskräfte grundlegende Kompetenzen mitbringen müssen, stehen die Anbieter vor der großen Herausforderung, ausreichend Kräfte für diesen Bereich zu gewinnen.

**Absatz 3** eröffnet die Möglichkeit, die Hälfte der Leistungsbeträge der Pflegesachleistungen auch für niederschwellige Betreuungs- und Entlastungsleistungen einsetzen zu dürfen. Das schafft keine neuen Wahlrechte. Denn Betreuung und hauswirtschaftliche Versorgung sind bereits heute Bestandteil des Angebots der Sachleistung. Anders als in der Gesetzesbegründung formuliert, geht es hier ausschließlich

um die Ersetzung professioneller Pflege durch billige Leistungsangebote von z.B. Agenturen für haushaltsnahe Dienst- und Serviceleistungen. Diese Angebote werden auch noch mit Geldern der Pflegeversicherung gefördert. Es ist völlig unverständlich, dass die professionelle Pflege derartig überreglementiert bleibt, wenn auf der anderen Seite ein Bereich erheblich ausgeweitet wird, der völlig ohne staatliche Reglementierung auskommt. Dies gilt umso mehr, da in der Praxis neben den Betreuung- und Entlastungsleistungen auch Grundpflege erbracht werden wird.

### **§ 45 c Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen**

Hier stellt sich perspektivisch das Problem, dass mit der Förderung der niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebote kein wirtschaftlich eigenständig tragfähiger Bereich entsteht. Durch die Subventionierung wird es den Pflegebedürftigen finanziell ermöglicht, die Leistungen in Anspruch zu nehmen. Fällt die Förderung weg, so würde gleichzeitig auch dieser Leistungsbereich verschwinden, da die Pflegebedürftigen nicht in der Lage sein werden, die Finanzierung allein zu stemmen. Diese Frage wird sich spätestens mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs stellen, da in diesem Zuge wohl diese Sonderleistungen entfallen werden.

Darüber hinaus soll hier offensichtlich bewusst ein Billigmarkt von nicht professionellen Anbietern befördert werden, wenn der Gesetzgeber vor allem an „Agenturen für haushaltsnahe Dienst- und Serviceleistungen“ sowie Alltags- und Pflegebegleiter denkt.

Da bleibt schon im Preiswettbewerb kein Platz mehr für den professionellen ambulanten Pflegedienst, was wohl auch die gewünschte Folge ist.

Wir halten es für eine Fehlentscheidung im Bereich der Betreuungs- und Entlastungsangebote einem „grauen Markt“ Vorschub zu leisten und den professionellen Anbietern gleichzeitig zu signalisieren, dass sie dort nicht gebraucht werden.

### **§ 87 b Vergütungszuschläge für zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen**

Die Leistungsausweitung im Bereich der Betreuungsleistungen setzt sich analog zum ambulanten Bereich auch im stationären Bereich fort. Es ist zu begrüßen, dass zukünftig ein Anspruch auf zusätzliche Betreuung nicht mehr vom Vorliegen einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz abhängen soll. In der Praxis ist es tatsächlich so, dass alle Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen Betreuungsbedarfe in unterschiedlichster Form haben. Dies wird vor allem daran deutlich, dass die stationäre Pflege inzwischen weit überwiegend schwere Pflegefälle versorgt. Der rüstige Bewohner, der sein Leben vollständig eigenständig gestaltet, ist die absolute Ausnahme. Die neue Regelung wird stationäre Einrichtungen in die Lage versetzen, z.B. auch bettlägerigen Bewohnern zusätzliche Betreuungsangebote zu machen. Dieser Effekt wird durch den verbesserten Personalschlüssel von 1:20 verstärkt. Woher un-

ter den gegebenen Rahmenbedingungen diese Kräfte kommen sollen, wird im Gesetzesentwurf nicht beantwortet.

## **§ 114 Qualitätsprüfungen**

Der Gesetzgeber hält die Klarstellung für erforderlich, dass der MDK vor Ort jedem Hinweise auf nicht fachgerechte Pflege im Rahmen einer Anlassprüfung nachgehen muss. In der Begründung heißt es, die Klarstellung sei notwendig, um „die Effizienz und das Vertrauen in die Belastbarkeit der Ergebnisse von Qualitätsprüfungen zu stärken.“ Es ist ernüchternd, feststellen zu müssen, dass der Gesetzgeber trotz gegenteiliger Erkenntnisse immer noch davon ausgeht, in den Qualitätsprüfungen Würde Qualität geprüft und die Prüfungen seien durch bürokratische Maßnahmen noch zu verbessern. Es stellt sich die Frage, wie sich diese Regelungslogik zu § 113 SGB XI verhält. Dort hat der Gesetzgeber richtiger Weise die Pflegeselbstverwaltung darauf verpflichtet, ein Indikatoren gestütztes Verfahren zur Ermittlung der Ergebnisqualität auf den Weg zu bringen. An einer anderen Stelle der Begründung wird ausgeführt, dass die Klarstellung unterstreiche, wie wichtig es sei, im Verfahren des §113 voran zu kommen. Dann wäre es allerdings konsequent gewesen, die notwendigen gesetzgeberischen Schritte in §§ 114 und 115 SGB XI zur Umsetzung des Indikatoren gestützten Verfahrens zu unternehmen, anstatt nun das alte System nochmals zu zementieren und weiter zu legitimieren.

Warum der Gesetzgeber diese Klarstellung für erforderlich hält, erschließt sich weder aus der Praxis noch aus der Gesetzesbegründung. Hier wird dem MDK eine willkürliche Ausweitung der Prüfungen ermöglicht. Diese Ausweitung ist nicht geeignet, die Effizienz und das Vertrauen in die Belastbarkeit von Qualitätsprüfungen zu stärken, da dieses System insuffizient bleibt.

Bis zu einer Neuregelung von Qualitätsnachweisen insgesamt sollte den Abschluss der QPR der Selbstverwaltung übertragen werden. In der Gesetzesbegründung werden auch Pflegesituationen genannt, die der Gesetzgeber offensichtlich für besonders problematisch hält. Dort wird auch das Thema Kontrakturen genannt. Sowohl im Rahmen des Schiedsverfahrens zur PTVS, als auch im Zuge der Stellungnahme zur neuen Qualitätsprüfungs-Richtlinie ist deutlich geworden, dass es keine gesicherten Erkenntnisse zur Diagnose, Prophylaxe und Therapie von Kontrakturen gibt. Es ist deshalb problematisch, der Prüfinstanz dieses Thema besonders ins Stammbuch zu schreiben und gleichzeitig den Einrichtungen mit der Frage, was in diesem Bereich „fachgerechte Pflege“ ist, allein zu lassen.

## § 115 Ergebnisse der Qualitätsprüfungen

Der Absatz 1 a wurde um einen neuen Satz 3 ergänzt. Hierbei handelt es sich um einen unmittelbaren gesetzlichen Eingriff in die bestehenden Pflege-Transparenzvereinbarungen. Bei Anlassprüfungen sollen danach alle von der Prüfinstanz einbezogenen Pflegebedürftigen Grundlage der Bewertung und Veröffentlichung werden. Wir halten dies aus verschiedenen Gründen heraus weder für sachgerecht noch angemessen.

Seit Einführung der Pflegetransparenz krankt sowohl die fachliche wie die politische Debatte an einem Missverständnis: Dem Glauben, Qualitätsprüfung und Transparenzprüfung seien das Gleiche. Sie sind es aber weder inhaltlich, noch von ihrer Zielsetzung her.

Nach ihrer gesetzlich festgeschriebenen **Zielsetzung** unterscheiden sich Qualitäts- und Transparenzprüfung grundlegend.

Erstere wird im Auftrag der Kostenträger durchgeführt und soll Erkenntnisse darüber bringen, ob alle Leistungen vertragsgerecht erbracht werden. Im Fall eines Verstoßes sind über das Leistungsrecht auch entsprechende Sanktionen möglich.

Die Pflegetransparenz ist dagegen auf den Pflegebedürftigen, deren Angehörige und die interessierte Öffentlichkeit ausgerichtet. Ziel ist die Darstellung der generellen Qualitätssituation anhand ausgewählter Kriterien. Wie wirksam dies derzeit aus fachlicher Sicht erfolgt, sei an dieser Stelle dahingestellt. Jedenfalls hat die Pflegetransparenz in erster Linie Informations- und keine Sanktionsfunktion. Eine Risikoselektion ist bisher nicht vorgesehen. Mit der vorgeschlagenen Regelung greift der Gesetzgeber in die Selbstverwaltung ein. Nunmehr wird eine Risikoselektion quasi gesetzlich angeordnet.

Schon heute gibt es kein gesichertes Verfahren der einzelnen MDKs in den Prüfungen. Jetzt wird dieses subjektive, intransparente Verfahren in seinem Ergebnis auch noch Inhalt der sogenannten Transparenz. Die Vergleichbarkeit der sogenannten Qualitätsprüfungen für den Verbraucher wird völlig aufgegeben.

Darüber hinaus sind die Einrichtungen dem Verfahren vor Ort einfach ausgeliefert und müssen sich dann allen weiteren Folgen beugen - ohne effektiven Rechtsschutz.

Beispiel: Der MDK stellt aus seiner Sicht einen nicht sachgemäßen Umgang mit Kontraktoren - ohne gesicherte wissenschaftliche Erkenntnisse - fest. Die Einrichtung bestreitet das. In der Folge stellt der MDK die Regelprüfung insgesamt auf eine Anlassprüfung um und alle Ergebnisse werden nun unabhängig vom Ausgang des Stellungnahmeverfahrens zum Qualitätsbericht veröffentlicht. Wir halten es für nicht sachgerecht, die bekannten Mängel der Pflegetransparenz mit einer weiteren Rechtlosstellung und Doppelsanktionierung der Einrichtungen kompensieren zu wollen. Es sollte dabei bleiben: Leistungsrecht sanktioniert – Pflegetransparenz informiert.

Fazit:

Aus Sicht der professionellen Pflege ist der vorliegende Gesetzentwurf kein Fortschritt. Offensichtlich wird das Heil zur Versorgung vor allem in der ambulanten Laienpflege gesucht. In diesem Zuge besteht sogar die Bereitschaft, einen 2. Billigmarkt für ambulante Pflege zu schaffen, der in Richtung der „ausländischen Haushaltshilfen“ geht.

Die Ausweitung eines zwar erfreulich bürokratiearmen niedrighschwelligen Marktes für Betreuung, Entlastung (und Grundpflege) kann zwar System haben und mildert vielleicht die Versorgungsprobleme am unteren Rand der individuellen Pflegeprobleme, sie löst jedoch kein Problem in der professionellen Pflege. Im Übrigen kommt mit der Ausweitung der Ansprüche für die Versicherten noch kein Cent mehr bei den Einrichtungen und deren Mitarbeitern an. Somit werden die Rahmenbedingungen für die professionelle Pflege durch die Ausweitung der Prüfung sogar noch verschlechtert. Die professionelle Pflege erwartet vom Gesetzgeber etwas Anderes zur Lösung ihrer Probleme.

Wir würden uns freuen, wenn unsere Vorschläge Eingang in die Überarbeitung des Gesetzesentwurfs finden. Für Rückfragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

