

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

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)**

Berlin, 22. April 2014

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung	3
Zusammenfassung	3
Studien, Expertisen und Fachtagungen (§ 8 Abs. 3 SGB XI)	6
Dynamisierung (§ 30 SGB XI)	7
Pflegepflichteneinsatz für Empfänger von Pflegegeld (§ 37 Abs. 3 SGB XI)	11
Zusätzliche Leistungen in ambulanten Wohngruppen (§ 38 a SGB XI)	12
Leistungsausweitungen bei der Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI)	14
Erhöhte Leistungen bei wohnumfeldverbessernden Maßnahmen (§ 40 Abs. 4 SGB XI)	16
Ambulante Sachleistungen und Tages- und Nachtpflege ohne Anrechnung (§ 41 SGB XI)	17
Ausweitung der Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI)	19
Stationäre Behandlungspflege (§ 43 Abs. 2 SGB XI)	20
Pflegebedürftige in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe (§ 43 a SGB XI)	21
Einführung zusätzlicher Entlastungsleistungen (§ 45 b Abs. 1 Satz 1 SGB XI)	23
Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen auch für somatisch beeinträchtigte Pflegebedürftige (§ 45 b Abs. 1 a SGB XI)	24
Einsatz von bis zu 50 % der ambulanten Sachleistungsbeträge für niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsleistungen (§ 45 b Abs. 3 SGB XI)	25
Niedrigschwellige Entlastungsangebote (§ 45 c Abs. 3 a SGB XI)	33
Beitragssatzerhöhung (§ 55 SGB XI)	34
Investitionskosten (§ 82 SGB XI)	35
Entbürokratisierung der Vergütungsfindung (§§ 84, 85 und 89 SGB XI)	36
Anerkennungsbetrag für Herabstufung (§ 87 a Abs. 4 SGB XI)	44
Zusätzliche Betreuungskräfte (§ 87 b SGB XI)	45
Kostenerstattung (§ 91 SGB XI)	46
Einbeziehung von Pflegebedürftigen in die Qualitätsprüfung (§ 114 Abs. 5 SGB XI)	48
Ergebnisse von Qualitätsprüfungen (§ 115 SGB XI)	50

Vorbemerkung

Der **Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)** bildet mit mehr als 8.000 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 245.000 Arbeitsplätze und ca. 18.900 Ausbildungsplätze. Mit rund 4.000 Pflegediensten, die ca. 185.000 Patienten betreuen, und 4.000 stationären Pflegeeinrichtungen mit etwa 265.000 Plätzen vertritt der bpa mehr als jede dritte Pflegeeinrichtung bundesweit. Vor diesem Hintergrund nimmt der bpa wie folgt Stellung.

Zusammenfassung

Der vorgelegte Gesetzentwurf sorgt für **Leistungsverbesserungen in der ambulanten, in der teilstationären und in der stationären Pflege**. Der bpa begrüßt es nachdrücklich, dass Pflegebedürftige in allen Leistungsbereichen gleichermaßen vom 5. SGB XI-Änderungsgesetz profitieren werden. Damit werden ambulant und teilstationär versorgte Pflegebedürftige besser gestellt; nach langen Jahren ohne Erhöhung der Sachleistungsbeträge werden mit der Reform aber endlich auch pflegebedürftige Heimbewohner berücksichtigt. Das ist ein wichtiges Signal sowohl an stationär versorgte Pflegebedürftige als auch an ihre Angehörigen und die Pflegekräfte. Durch die Erhöhungen im ambulanten und teilstationären Bereich werden zudem der Grundsatz „ambulant vor stationär“ und die Wohngruppen weiter gestärkt.

Die vorgesehene **Dynamisierung** der Leistungsbeträge (siehe Seite 7) wird im Grundsatz begrüßt. Allerdings ist deren Höhe nicht ausreichend, um den inflationsbedingten Kaufkraftverlust von 1995 bis heute zu kompensieren, um einen weiteren Anstieg der Sozialhilfeabhängigkeit zu verhindern und um für eine spürbare Verbesserung der Situation der Beschäftigten über den notwendigen Anstieg der Pflegevergütungen zu sorgen. Notwendig ist daher unter anderem die Einführung einer regelgebundenen Dynamisierung der Leistungen, die in den Gesetzentwurf noch aufgenommen werden sollte.

Die **Flexibilisierung und Ausweitung der Leistungen bei der Verhinderungspflege** (siehe Seite 14), **der Tages- und Nachtpflege** (siehe Seite 17) **sowie bei der Kurzzeitpflege** (siehe Seite 19) sind richtig und eine effektive Maßnahme, um pflegende Angehörige nachhaltig zu entlasten. Der bpa unterstützt diese Maßnahmen.

Die Erweiterung der **zusätzlichen Betreuungsleistungen** um Entlastungsleistungen (siehe Seite 23) sieht der bpa grundsätzlich positiv. Ebenso begrüßt der bpa, dass alle ambulant versorgten Pflegebedürftigen, auch solche ohne erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz, künftig Betreuungs- und Entlastungsleistungen im Umfang von 104 Euro im Monat erhalten können (siehe Seite 24).

Die Möglichkeit, 50 % der ambulanten Sachleistungsbeträge für niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote einzusetzen, lehnt der bpa aufs Entschiedenste ab (siehe Seite 25)! Der bpa sieht in dieser Regelung den Weg in die Deprofessionalisierung und den Einstieg in die „Billigpflege“ durch neue, weder bekannte noch zugelassene oder an Qualitäts- oder Personalanforderungen gebundene Leistungsanbieter zulasten des SGB XI. Die Regelung dürfte als Subventionierung von Schwarzarbeit und als Legalisierung von prekären Beschäftigungsverhältnissen in den Haushalten wirken.

Der bpa setzt sich nachdrücklich dafür ein, die **systemwidrige Zuordnung der medizinischen Behandlungspflege von Heimbewohnern** zur Pflegeversicherung zu beenden (siehe Seite 20). Heimbewohner werden bezogen auf die Beitragslasten behandelt wie alle anderen Mitglieder der Krankenversicherung, bei den Leistungen jedoch wird ihnen die Finanzierung der Behandlungspflege zusätzlich aufgebürdet. Die Folgen drücken sich deutlich in der erneut hohen Quote der auf Sozialhilfe angewiesenen pflegebedürftigen Menschen aus. Die Vermeidung einer pflegebedingten Sozialhilfebedürftigkeit braucht die systemgerechte Finanzierung der Behandlungspflege durch die Krankenversicherung.

Die Verbesserung des Betreuungsschlüssels für die **zusätzlichen Betreuungskräfte** in stationären Pflegeeinrichtungen von 1:24 auf 1:20 wird ausdrücklich unterstützt (s. S. 45).

Von verschiedenen Maßnahmen des Gesetzentwurfs zur Entbürokratisierung können Pflegebedürftige profitieren. Die Entbürokratisierung betrifft aber nicht nur die Pflegebedürftigen und die Pflegekräfte, sondern auch die Betreiber der Pflegeeinrichtungen. Diese sehen sich verstärkt bürokratischen Belastungen gegenüber, besonders zu nennen ist hier das Thema **Vergütungsfindung**, zu dem der bpa hier Vorschläge unterbreitet (siehe Seite 36).

Nachdem das sog. **Wingefeld-Modell zur Messung von Ergebnisqualität** sowie zur vergleichenden Qualitätsberichterstattung bereits in § 113 SGB XI durch das PNG berücksichtigt wurde, muss es nunmehr auch noch in § 115 SGB XI verankert werden (siehe Seite 50).

Aufgrund von Urteilen des Bundessozialgerichts befürchten viele Pflegeeinrichtungen erhebliche Probleme bei der Refinanzierung der **Investitionskosten**. Der bpa bittet daher darum, hierzu noch im Gesetzgebungsverfahren gesetzgeberisch einzugreifen (siehe Seite 35).

Gibt es im Rahmen einer Prüfung Hinweise auf eine nicht fachgerechte Pflege bei Pflegebedürftigen, auf die sich die Prüfung nicht erstreckt, sind die betroffenen **Pflegebedürftigen in die Prüfung einzubeziehen** (siehe Seite 48). Diese vorgesehene Regelung gefährdet bei der Veröffentlichung von Prüfergebnissen massiv die Repräsentativität der Stichprobe. Deswegen plädiert der bpa hier für entsprechende Korrekturen.

Gemäß der Vereinbarung im Koalitionsvertrag ist in einer weiteren Stufe der Pflegereform die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs vorgesehen. Hierzu laufen in Kürze Modellversuche an. Insbesondere bei der **Ermittlung von Personalanzahlzahlen** für die stationäre Pflege halten wir eine Beteiligung des bpa für sinnvoll und notwendig. Die Einführung eines neuen Begriffs der Pflegebedürftigkeit wird nur dann auf Akzeptanz stoßen, wenn sich die Leistungen aus Sicht der pflegebedürftigen Menschen nicht verschlechtern. Aus dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff alleine lassen sich nach Angaben der Entwickler leider keine Personalbemessungswerte ableiten. Der bpa spricht sich ausdrücklich für ein einvernehmlich vereinbartes System der Festlegung einer bedarfsgerechten personellen Ausstattung aus. Momentan gibt es bei der personellen Besetzung der Pflegeheime erhebliche Unterschiede zwischen den Bundesländern. Bei einer durchschnittlichen Verteilung der Pflegestufen werden für 100 pflegebedürftige Menschen zwischen 32 und 41 Mitarbeiter in der Pflege finanziert. Auffällig ist, dass ausgerechnet die Bundesländer, welche sich für einen allgemeinverbindlichen Tarifvertrag einsetzen, im Bundesvergleich die mit Abstand schlechtesten Personalschlüssel finanzieren.

Zu den Vorschriften im Einzelnen:

Modellvorhaben, Studien, wissenschaftliche Expertisen und Fachtagungen – § 8 Abs. 3 SGB XI

Artikel 1, Nr. 2, Gesetzesbefehl S. 6, Begründung S. 24

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Pflegekassen sollen künftig aus Mitteln des Ausgleichsfonds nicht nur Modellvorhaben (wie bisher), sondern auch Studien, wissenschaftliche Expertisen und Fachtagungen durchführen können.

B) Stellungnahme

Der bpa sieht hier weiteren Begründungsbedarf. Es ist nicht ersichtlich, warum dem GKV-Spitzenverband für die Organisation seiner Fachtagungen der Zugriff auf Mittel aus dem Ausgleichsfonds gewährt werden soll. Es fehlt eine Begründung für die Notwendigkeit und den damit verfolgten Zweck. Es wird für erforderlich gehalten, eine Quersubventionierung des GKV-Spitzenverbandes zu finanziellen Lasten der Pflegeversicherung auszuschließen.

C) Änderungsvorschlag

Sofern die Neuregelung nicht weiter begründet wird, sollte sie ansonsten wieder gestrichen werden.

Dynamisierung – § 30 SGB XI

Artikel 1, Nr. 5, Gesetzesbefehl S. 6, Begründung S. 24 f.

A) Neuregelung

Der Gesetzentwurf sieht eine Dynamisierung der allermeisten Leistungen um 4 % vor; die Leistungen die mit Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz (PNG) eingeführt worden sind, werden um 2,67 % erhöht. Eine erneute Dynamisierung soll im Jahr 2017 geprüft werden.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Dynamisierung wird im Grundsatz begrüßt. Allerdings ist deren Höhe nicht ausreichend, um den Kaufkraftverlust von 1995 bis heute zu kompensieren und einen weiteren Anstieg der Sozialhilfeabhängigkeit zu verhindern sowie für eine spürbare Verbesserung der Situation der Beschäftigten über den notwendigen Anstieg der Pflegevergütungen zu sorgen. Notwendig ist daher unter anderem die Einführung einer regelgebundenen Dynamisierung der Leistungen, die in den Gesetzentwurf noch aufgenommen werden sollte.

In der Begründung wird darauf verwiesen, dass sich die Dynamisierung um 4 % aus der „sehr moderaten Inflationsentwicklung am aktuellen Rand“ ergibt. Unklar bleibt, was mit dem „aktuellen Rand“ gemeint ist.

Der bpa anerkennt, dass der Gesetzgeber mit dieser Dynamisierung der schleichenden Leistungsentwertung durch die Kostensteigerungen grundsätzlich entgegen tritt. Die Dynamisierung in dieser Höhe ist aber dennoch unzureichend:

- Es hat seit Einführung der Pflegeversicherung keine regelgebundene Dynamisierung gegeben. Der **fehlende Ausgleich der Kaufkraftverluste der vergangenen Jahre** wird deshalb durch das vorgelegte Gesetz nicht ausgeglichen. Das hat zur Folge, dass Pflegebedürftige im Jahr 2014 deutlich weniger Pflegeleistungen aus der sozialen Pflegeversicherung erhalten als Pflegebedürftige im Jahr 1996. Die Auswirkungen sind an der stetig steigenden Zahl der auf Sozialhilfe angewiesenen pflegebedürftigen Menschen abzulesen. Deren Anzahl hat insbesondere bei der stationären Pflege mit ca. einem Drittel aller Pflegebedürftigen zwischenzeitlich den

gleichen Stand wie bei Einführung der Pflegeversicherung erreicht: „Allein um den 20- bis 25-prozentigen Kaufkraftverlust der Pflegeversicherungsleistungen in den Jahren 1993 bis 2008 auszugleichen, wäre eine Anhebung der Leistungen um 4 bis 5 Milliarden Euro nötig“ (Heinz Rothgang/Klaus Jacobs: Pflegereform 2014: Was ist zu tun? In: GGW 2013, Heft 3 (Juli), S. 12).

- Die **Dynamisierung erfolgt immer nur rückwirkend**. Ab 2015 sollen die Leistungsbeträge angehoben werden, dabei geht es aber nur um den rückwirkenden Inflationsausgleich. Die nächste Dynamisierung soll erst 2017 geprüft werden. Eine darauf aufbauende Erhöhung der Leistungsbeträge würde voraussichtlich erst im Jahr 2018 erfolgen. Notwendig ist deswegen eine regelgebundene jährliche Dynamisierung, für die der bpa einen Formulierungsvorschlag unterbreitet (s. unten).
- **Problematisch ist die alleinige Orientierung an der Inflation**. Zwar heißt es in § 30 SGB XI, dass bei der Anpassung die kumulierte Preisentwicklung als *ein* Orientierungswert dient; aber das Gesetz selbst weist darauf hin, dass dieses nicht der einzige Orientierungswert ist. Vielmehr heißt es weiter: „Dabei ist sicherzustellen, dass der Anstieg der Leistungsbeträge nicht höher ausfällt als die Bruttolohnentwicklung im gleichen Zeitraum.“ Das Gesetz selbst nennt also als weiteren Orientierungswert die Lohnentwicklung. Diesen berücksichtigt das 5. SGB XI-Änderungsgesetz aber nicht. Dieses wäre aber notwendig, da die Löhne stärker steigen als die Inflation:

„Da personenbezogene Dienstleistungen nicht in gleichem Maße rationalisiert werden können wie Industrieprodukte, übersteigt deren Kostensteigerung (...) regelmäßig die Inflationsrate. Da – angesichts der zukünftigen Arbeitsmarktentwicklung – von steigenden Reallöhnen auszugehen ist, **würde eine Leistungsdynamisierung in Anlehnung an die Inflationsrate und unterhalb der Lohnsteigerungsrate zu einem fortgesetzten Kaufkraftverlust** führen. Nun ist die Pflegeversicherung von vorne herein als Teilleistungssystem konzipiert. Allerdings ist die Fähigkeit dieses Systems, die bei seiner Einführung verfolgten Ziele zu erfüllen, etwa in der Heimpflege im Durchschnitt zumindest die Pflegekosten zu finanzieren, schon in den letzten Jahren gesunken (...). Eine weitere reale Reduktion der Pflegeversicherungsleistungen dürfte daher langfristig dazu führen, dass die Funktionsfähigkeit dieses Sicherungssystems in Frage gestellt wird und so die Pflegeversicherung delegitimieren“ (Barmer GEK Pflegereport 2012, S. 34).

Der bpa teilt diese Einschätzung. Wenn mit der Dynamisierung nur die Inflation ausgeglichen wird, wird es nicht gelingen, die Situation der Beschäftigten in den Pflegeeinrichtungen spürbar zu verbessern. Denn die stärker als die Inflation steigenden Personalkosten können von der beabsichtigten Erhöhung der Leistungsbeträge

nicht aufgefangen werden.

- Mit der beabsichtigten Dynamisierung in Höhe von 4 % **wird die Sozialhilfeabhängigkeit weiter steigen**. Die Pflegeversicherung wurde eingeführt, um beim Eintritt von Pflegebedürftigkeit Sozialhilfeabhängigkeit zu vermeiden. Dieses Ziel muss sich der Gesetzgeber vor Augen halten. Im Jahr vor Einführung der Pflegeversicherung, 1995, war etwa jeder dritte pflegebedürftige Mensch im Pflegeheim auf ergänzende Unterstützung durch die Sozialhilfe angewiesen. Die Akzeptanz der Pflegeversicherung steigt umso mehr, je weniger Pflegebedürftige für ihre Pflege auf die Sozialhilfe angewiesen sind. Allerdings erhielten nach Angaben des Statistischen Bundesamtes im Jahr 2012 rund 439.000 Menschen Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII. Im Vergleich zum Vorjahr stieg die Zahl um 3,8 %. Dieser Entwicklung muss entgegen getreten werden. Die Pflegeversicherung darf nicht ihre Akzeptanz in der Bevölkerung riskieren, indem die Menschen erst Beiträge zahlen müssen, bei Pflegebedürftigkeit dann aber trotzdem zum Sozialfall werden.

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass die Leistungen, die durch das PNG eingeführt worden sind, nicht mit 4 %, sondern nur mit 2,67 % dynamisiert werden. Begründet wird dieser Anpassungssatz mit dem Verweis auf die Preisentwicklung in den letzten zwei Jahren. Hier wäre eine differenzierte Begründung wünschenswert, um die Berechnung nachvollziehen zu können. Im Übrigen gelten auch hier die o.g. Einwände gegen eine nur an der Inflation orientierte Dynamisierung.

Da durch das PNG die stationären Sachleistungsbeträge nicht erhöht wurden, müssten diese Leistungen durch das vorgelegte Gesetz mit mehr als 4 % dynamisiert werden, um eine Benachteiligung von stationär versorgten Pflegebedürftigen zu vermeiden.

Durch das PNG wurden gem. § 123 SGB XI nur die Leistungen der Pflegestufen 0, I und II erhöht. Die Leistungen der Pflegestufe III wurden dagegen nicht angepasst. Insofern ist hier ein Anpassungssatz von 2,67 %, der sich nur auf die letzten zwei Jahre bezieht, nicht zu rechtfertigen. Vielmehr müssen diese Leistungen der Stufe III mit 4 % dynamisiert werden, da es für sie im Jahr 2012 keine Verbesserungen durch das PNG gab.

C) Änderungsvorschlag

In § 30 SGB XI wird eine regelmäßige, an der Inflation orientierte Dynamisierung der Leistungen festgeschrieben:

Die Leistungsbeträge sowie die in § 37 Absatz 3 festgelegten Vergütungen sind jeweils zum 1. Januar eines Kalenderjahres, erstmals mit Wirkung zum 1. Januar 2015 entsprechend der vom Statistischen Bundesamt festgestellten Steigerung der durchschnittlichen Verbraucherpreise des Vorjahres unter besonderer Berücksichtigung der Lohnsteigerungsrate zu erhöhen. Die nach Satz 1 erhöhten Leistungsbeträge sind kaufmännisch zu runden.

Begründung:

Die Leistungen der Pflegeversicherung werden jährlich um einen festen Vomhundertsatz dynamisiert. Dies dient der Berechenbarkeit der Leistungsentwicklung insbesondere auch im Hinblick auf eine zusätzliche Eigenvorsorge der Versicherten.

Pflegepflichteneinsatz für Empfänger von Pflegegeld – § 37 Abs. 3 SGB XI

Artikel 1, Nr. 7, Gesetzesbefehl S. 7, Begründung S. 25

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Vergütung für den Pflegepflichteneinsatz nach § 37 Abs. 3 SGB XI für Pflegegeldempfänger wird in den Pflegestufen I und II von 21 auf 22 Euro und in der Pflegestufe III von 31 auf 32 Euro angehoben.

B) Stellungnahme

Der bpa kritisiert die **Leistungsbeträge für die Pflegepflichteneinsätze als völlig unzureichend** und fordert dringend eine leistungsgerechte Erhöhung. Die im Gesetz genannten Beträge sind sowohl hinsichtlich der erforderlichen Fachlichkeit der Pflegekraft als auch des erforderlichen Zeitaufwandes inakzeptabel.

An verschiedenen Stellen betont das SGB XI zu Recht die Bedeutung der Pflegeberatung. Eine gute Pflegeberatung erfordert Qualifikation, Kompetenz und die notwendige Zeit. Wie viel Zeit soll denn für eine Beratung bleiben, die einerseits laut Gesetz „der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und praktischen pflegefachlichen Unterstützung der häusliche Pflegenden“ dient, für die andererseits aber nur 22 Euro bezahlt werden? Zumal in diesem Betrag auch noch die Fahrtkosten enthalten sein sollen. Die Bundesregierung plant im Rahmen eines anderen Gesetzgebungsverfahrens einen allgemeinen Mindestlohn von 8,50 Euro pro Stunde. Der Gesetzgeber sollte sich im Klaren sein, dass dieser bei den Pflegepflichteneinsätzen aufgrund der Vergütung in § 37 Abs. 3 SGB XI nicht umzusetzen ist.

Deswegen bedarf es hier keiner Dynamisierung, sondern einer leistungsgerechten Anpassung.

C) Änderungsvorschlag

Die Vergütung für den Pflegepflichteneinsatz nach § 37 Abs. 3 SGB XI für Pflegegeldempfänger wird in den Pflegestufen I und II von 21 auf 50 Euro und in der Pflegestufe III von 31 auf 55 Euro jeweils zuzüglich Fahrt- und Wegekosten angehoben.

Zusätzliche Leistungen in ambulanten Wohngruppen – § 38 a SGB XI

Artikel 1, Nr. 8, Gesetzesbefehl S. 7, Begründung S. 25

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Leistungsbetrag für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen wird von 200 auf 205 Euro pro Monat erhöht. Weiterhin gilt dieses nur, wenn die Wohngruppe nicht unter das „Landesheimrecht“ fällt.

B) Stellungnahme

Der bpa weist erneut auf **die Ungleichbehandlung von Wohngruppenbewohnern aufgrund unterschiedlicher landesheimrechtlicher Regelungen hin.**

Da es kein bundeseinheitliches Heimrecht mehr gibt und die Bundesländer die heimrechtlichen Regelungen und Anwendungsbereiche unterschiedlich gestalten, sind bei der Gewährung des Zuschusses nach § 38 a SGB XI für Bewohner der ambulant betreuten Wohngruppen für jedes Bundesland unterschiedliche Vorschriften zu beachten. Anstatt der vorgesehenen Abgrenzung zu den heimrechtlichen Vorschriften der Länder sollte statt dessen festgelegt werden, dass die Förderung nach § 38 a SGB XI nicht gewährt wird, wenn der Träger für die Bewohner Leistungen auf der Grundlage eines Rahmenvertrags nach § 75 SGB XI für vollstationäre Pflege erbringt. Damit wird einerseits die notwendige Rechtssicherheit und –klarheit erreicht und andererseits die vom Gesetzgeber gewünschte Flexibilität gewährleistet. Einen solchen Änderungsvorschlag hat auch der Bundesrat am 11. Mai 2012 beschlossen (s. Bundesrats-Drucksache 170/12 (Beschluss) zu § 38 a SGB XI).

C) Änderungsvorschläge

In § 38 a Abs. 1 Satz 1 SGB XI wird der Bezug auf die heimrechtlichen Vorschriften gestrichen und in § 38 Abs. 2 SGB XI eine negative Verknüpfung zu Leistungen auf der Grundlage eines Rahmenvertrags nach § 75 Abs. 1 SGB XI für vollstationäre Pflegeeinrichtungen aufgenommen:

(1) ¹Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen, die Leistungen nach § 36, 37 oder § 38 beziehen, haben Anspruch auf einen pauschalen Zuschlag in Höhe von 205 Euro monatlich, wenn

in der ambulant betreuten Wohngruppe eine Präsenzkraft als Mitarbeiter eines zugelassenen Pflegedienstes tätig ist und wenn es sich um ein gemeinschaftliches Wohnen von regelmäßig mindestens drei Pflegebedürftigen zum Zwecke der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung in einer gemeinsamen Wohnung ~~oder einem Haus mit häuslicher pflegerischer Versorgung handelt, dem heimrechtliche Vorschriften nicht entgegenstehen.~~

- (2) Eine Leistungsgewährung nach Absatz 1 erfolgt nicht, wenn der Träger der Wohngruppe oder Dritte den Bewohnerinnen und Bewohnern Leistungen auf der Grundlage eines Rahmenvertrags nach § 75 Absatz 1 für vollstationäre Pflege erbringt.*

Leistungsausweitungen bei der Verhinderungspflege – § 39 SGB XI

Artikel 1, Nr. 9, Gesetzesbefehl S. 7, Begründung S. 25 f.

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Verhinderungspflege kann künftig bis zu sechs Wochen in Anspruch genommen werden. 50 % des Kurzzeitpflegebetrags können für die Verhinderungspflege genutzt werden.

B) Stellungnahme

Der bpa begrüßt die Neuregelungen. **Die pflegenden Angehörigen werden dadurch wirksam entlastet.**

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 ist die Verhinderungspflege eine sehr wichtige Unterstützung: Die Pflegeperson kann eine Auszeit von der Pflege nehmen, muss sich aber keine Sorgen um den pflegebedürftigen Angehörigen machen, weil dieser von einem ambulanten Dienst oder einer Kurzzeitpflegeeinrichtung von Pflegefachkräften gut versorgt und betreut wird. Durch den vorgelegten Gesetzentwurf wird diese wichtige Entlastungsleistung zeitlich und finanziell ausgeweitet. Dieses kommt unmittelbar den pflegenden Angehörigen zugute und stellt für sie eine wichtige Verbesserung dar. Der bpa unterstützt dieses ausdrücklich. Die vorgesehenen Regelungen ermöglichen zudem eine unbürokratische und flexible Inanspruchnahme der Leistung: Für manche Pflegebedürftige und ihre Angehörigen ist eine tageweise Nutzung der Verhinderungspflege am hilfreichsten (oder aber geboten, wenn keine geeignete Kurzzeitpflegeeinrichtung zur Verfügung steht). Sie haben nun die Möglichkeit, die Leistungen über einen Zeitraum von bis zu sechs Wochen im Jahr zu nutzen. Für andere ist ein Aufenthalt in einer Kurzzeitpflege dagegen am sinnvollsten. In beiden Fällen profitieren die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen von der Möglichkeit, die Leistungsbeträge der Verhinderungspflege durch die Kurzzeitpflege aufstocken zu können. Der Gesetzgeber macht hier keine Vorgaben, sondern lässt den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen die Wahl. Das ist sachgerecht. Da bisher die Leistung der Verhinderungspflege relativ selten in Anspruch genommen wird, wäre es wünschenswert, wenn die Pflegekassen ihre Versicherten gezielt und wiederholt informieren.

C) Änderungsvorschläge

Keine.

Erhöhte Leistungen bei wohnumfeldverbessernden Maßnahmen – § 40 Abs. 4 SGB XI

Artikel 1, Nr. 10, Gesetzesbefehl S. 7, Begründung S. 26

A) Beabsichtigte Neuregelung

Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen sollen künftig von 2.557 auf 4.000 Euro (bzw. bis zu 16.000 Euro bei mehreren Pflegebedürftigen) erhöht werden.

B) Stellungnahme

Diese deutliche Erhöhung der Leistung um über 56 % stellt einen Beitrag zur weiteren Förderung der Wohngemeinschaften dar. Grundsätzlich begrüßt der bpa die verstärkte Förderung neuer Wohnformen. Unabhängig davon dürfen aber die „klassischen“ und bewährten Einrichtungsformen der ambulanten und stationären Pflege, welche die Hauptlast der Versorgung tragen, nicht vernachlässigt werden.

C) Änderungsvorschläge

Keine.

Ambulante Sachleistungen und Tages- und Nachtpflege ohne Anrechnung – § 41 SGB XI

Artikel 1, Nr. 11, Gesetzesbefehl S. 7 f., Begründung S. 26

A) Beabsichtigte Neuregelung

Pflegebedürftige können künftig ambulante Sachleistungen und gleichzeitig Tages- oder Nachtpflege in voller Höhe in Anspruch nehmen, ohne dass – wie bisher – die Leistungen untereinander angerechnet werden. Wer bisher die vollen ambulanten Sachleistungsbeträge in Anspruch nimmt, kann maximal 50 % der Tages- und Nachtpflegeleistungen erhalten. Künftig kann man 100 % der jeweiligen ambulanten Sachleistungen und 100 % der Tages- und Nachtpflege erhalten.

B) Stellungnahme

Der bpa begrüßt diese Neuregelung außerordentlich. Damit wurde eine Anregung des bpa aufgegriffen. Zu Recht verweist die Begründung darauf, dass dadurch eine erheblich Vereinfachung und Entbürokratisierung erreicht wird. Gerade im Zuge der Leistungsverbesserungen durch das PNG hat es bei der Interpretation und Umsetzung der vom Gesetzgeber beabsichtigten Regelungen Probleme und erheblichen Abstimmungsbedarf gegeben, was sich auch in dem „Gemeinsamen Rundschreiben zu den leistungsrechtlichen Vorschriften vom 17.04.2013“ des GKV-Spitzenverbandes niedergeschlagen hat. In der Praxis gab es zudem weitere Probleme bei Abrechnung der Leistungen. Die komplizierten Regelungen zur Tagespflege bei gleichzeitiger Inanspruchnahme von ambulanter Pflege waren für die Pflegebedürftigen, aber auch für die Einrichtungen und die Pflegekassen nur schwer nachvollziehbar. Das hat der Gesetzgeber erkannt. Durch eine konsequente Neuregelung werden jetzt gleich mehrere Ziele auf einmal erreicht:

- Es gibt eine klare, eindeutige und verständliche Regelung: Ambulante Sachleistungen und Leistungen der Tages- und Nachtpflege können parallel mit den vollen Leistungsbeträgen in Anspruch genommen werden.
- Dadurch entfallen die Schwierigkeiten bei der Abrechnung. Dieses ist ein wichtiger Beitrag zur Entbürokratisierung. Der Erfüllungsaufwand bei dieser wichtigen Leistung wird sich enorm verringern. Das ist eine sehr große Entlastung für die Pflegeeinrichtungen wie für die Pflegekassen.
- Die Vereinfachung trägt bei den Pflegebedürftigen und Angehörigen

gen zu einem besseren Verständnis bei, was letztlich auch zu einer stärkeren Inanspruchnahme der Leistungen führen wird.

- Die Neuregelung bedeutet eine Ausweitung der Leistungen. Statt bisher maximal 150 % an Leistungen aus ambulanter Sachleistung sowie Tages- und Nachtpflege können künftig 100 % ambulante Sachleistung und parallel 100 % Tages- und Nachtpflege in Anspruch genommen werden. Vereinfacht ausgedrückt sind also ab 2015 dann 200 % Leistungen statt 150 % Leistungen möglich. Dadurch wird die Nutzung der Tages- und Nachtpflege, die gerade für pflegende Angehörige eine wichtige Entlastung ist, in hohem Maße gestärkt.

C) Änderungsvorschläge

Keine.

Ausweitung der Kurzzeitpflege – § 42 SGB XI

Artikel 1, Nr. 12, Gesetzesbefehl S. 8, Begründung S. 26 ff.

A) Beabsichtigte Neuregelungen

Die Leistungen der Kurzzeitpflege können durch Verknüpfung mit der Verhinderungspflege künftig bis zu acht Wochen statt bisher vier Wochen in Anspruch genommen werden. Der Leistungsbetrag der Verhinderungspflege kann zusätzlich für die Kurzzeitpflege genutzt werden, so dass dann gesetzlich verankert bis zu 3.224 Euro pro Jahr (statt 1.662 Euro) zur Verfügung stehen.

Außerdem ist vorgesehen, dass auch pflegebedürftige Behinderte über 25 Jahren die Kurzzeitpflege in Einrichtungen der Behindertenhilfe nutzen können.

B) Stellungnahme

Der bpa begrüßt die Neuregelungen. Sie werden – ebenso wie die beabsichtigten Veränderungen bei der Verhinderungspflege und der Tagespflege – dazu beitragen, die Situation von pflegenden Angehörigen deutlich zu verbessern. **Pflegebedürftige und ihre Angehörigen können künftig die Leistungen der Verhinderungspflege und der Kurzzeitpflege sehr flexibel miteinander kombinieren.** In der Verwaltungspraxis war es in Einzelfällen zwar auch jetzt schon möglich, für die Kurzzeitpflege die Leistungsbeträge der Verhinderungspflege einzusetzen. Allerdings gab es darauf keinen klaren Rechtsanspruch. Das ändert sich jetzt. Die Neuregelung orientiert sich an den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen und sorgt für die notwendige Klarstellung und Rechtssicherheit. Pflegebedürftige und deren Angehörige, für die die Kurzzeitpflege eine wichtige Entlastung ist, werden von den Leistungsausweitungen profitieren.

Der bpa begrüßt auch den Wegfall der Altersgrenze bei der Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege durch pflegebedürftige Behinderte in Einrichtungen der Behindertenhilfe. Die bisherige Altersgrenze zunächst 18 und dann von 25 Jahren war willkürlich und nicht sachgerecht.

C) Änderungsvorschläge

Keine.

Stationäre Behandlungspflege – § 43 Abs. 2 SGB XI

Artikel 1, Nr. 13, Gesetzesbefehl S. 8 f., Begründung S. 28

A) Neuregelung

Im Gesetzentwurf werden die Leistungen für die stationäre Pflege dynamisiert; die Kosten der medizinischen Behandlungspflege sollen weiterhin von der Pflegeversicherung getragen werden.

B) Stellungnahme

Der bpa begrüßt, dass nach langen Jahren ohne Erhöhung der Sachleistungsbeträge mit der Reform endlich auch pflegebedürftige Heimbewohner berücksichtigt werden. Das ist ein wichtiges Signal sowohl an stationär versorgte Pflegebedürftige als auch an ihre Angehörigen und die Pflegekräfte.

Der bpa bedauert es, dass es der Gesetzgeber bei der systemwidrigen Zuordnung der medizinischen Behandlungspflege von Heimbewohnern zur Pflegeversicherung belässt. Die systematische Schlechterstellung der Heimbewohner bei der Krankenversicherung muss endgültig beendet werden. Gerade mit Blick auf die steigende Sozialhilfeabhängigkeit von Pflegebedürftigen (s. dazu auch die Anmerkungen zu § 30 SGB XI) ist die **Zuordnung der behandlungspflegerischen Leistungen zur Krankenversicherung erforderlich**. Dadurch würden die finanziellen Belastungen für Heimbewohner und Sozialhilfeträger sinken.

C) Änderungsvorschlag

Die Aufwendungen für die medizinische Behandlungspflege in Pflegeheimen werden von der Krankenkasse übernommen.

§ 43 Abs. 2 SGB XI wird wie folgt geändert:

(2) Für Pflegebedürftige in stationären Einrichtungen übernimmt die Pflegekasse im Rahmen der pauschalen Leistungsbeträge nach Satz 2 die pflegebedingten Aufwendungen, und die Aufwendungen der sozialen Betreuung ~~und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege.~~

Pflegebedürftige in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe – § 43 a SGB XI

Artikel 1, Nr. 14, Gesetzesbefehl S. 9, Begründung S. 28

A) Neuregelung

Im Gesetzentwurf werden die Aufwendungen, die die Pflegekasse für Pflegebedürftige in einer stationären Einrichtung der Behindertenhilfe übernimmt, im Rahmen der Dynamisierung von 256 Euro auf 266 Euro angehoben; die Kosten der medizinischen Behandlungspflege sollen weiterhin von der Pflegeversicherung getragen werden.

B) Stellungnahme

Der von der Pflegekasse zu tragende Pauschalbetrag für die Abgeltung von Pflegeleistungen für Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe ist seit Inkrafttreten der Vorschrift nahezu unverändert geblieben; seine Anpassung ist daher im Grundsatz zu begrüßen.

Aus Sicht des bpa ist jedoch darüber hinaus dringend klarzustellen, dass Versicherte in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe einen eigenständigen Anspruch auf häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V in Form der medizinischen Behandlungspflege haben, dem auch die pauschale Abgeltung der Pflegeleistungen nach § 43 a SGB XI nicht entgegensteht.

Seit Änderung des § 37 SGB V, mit welcher der Anspruch auf häusliche Krankenpflege über den Haushalt hinaus auf sonstige geeignete Orte ausgedehnt wurde, wird darüber gestritten, ob auch stationäre Behindertenhilfeeinrichtungen solche geeigneten Orte sind. Nachdem der überwiegende Teil der hierzu ergangenen Urteile dies bejaht, lehnen die Krankenkassen nunmehr unabhängig hiervon Anträge auf Leistungen der häuslichen Krankenpflege für pflegebedürftige Versicherte in stationären Behindertenhilfeeinrichtungen verstärkt mit dem Argument ab, dass mit dem Pauschalbetrag von 256 € auch jedwede behandlungspflegerische Leistung bereits abgegolten sei, da § 43 a SGB XI ohne Einschränkung auf die in § 43 Abs. 2 SGB XI genannten Aufwendungen verweise.

Bereits im Jahr 2005 hatte das Bundessozialgericht (BSG) entschieden, die in § 43 Abs. 2 SGB XI normierte – zum damaligen Zeitpunkt noch als vorläufig vorgesehene – Übernahme von Leistungen der medizinischen Behandlungspflege durch die Pflegekasse gelte für die Einrichtungen der Behindertenhilfe nicht; deshalb seien Leistungen der gesetzlichen Kran-

kenversicherung grundsätzlich auch beim Aufenthalt in einer Einrichtung nach §§ 71 Abs. 4, 43 a SGB XI zu gewähren. Die pauschale Abgeltung der Pflegeleistungen nach § 43 a SGB XI stehe dem Anspruch eines krankenversicherten Pflegebedürftigen auf Leistungen der häuslichen Krankenpflege gemäß § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V nicht entgegen (B 3 KR 19/04 R). Durch die systemwidrige dauerhafte Verlagerung der Leistungen der Krankenversicherung in die Pflegeversicherung – zumal unter Beibehaltung des seit 1996 beinahe unveränderten Betrages – hat sich hieran nichts geändert. Gleichwohl verweigern die Krankenkassen den Versicherten mit Behinderung den Anspruch auf häusliche Krankenpflege unter Berufung auf die pauschale Abgeltung nach § 43 a SGB XI ohne Berücksichtigung der grundlegend anders ausgerichteten fachlichen Konzeption der Einrichtungen der Behindertenhilfe. Zur Vermeidung weiterer langjähriger Rechtsstreitigkeiten auf dem Rücken der betroffenen Versicherten und Einrichtungen ist hier dringend eine Klarstellung geboten.

C) Änderungsvorschlag

§ 43 a SGB XI wird wie folgt gefasst:

Für Pflegebedürftige in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen, in der die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung behinderter Menschen im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen (§ 71 Abs. 4), übernimmt die Pflegekasse zur Abgeltung der in § 43 Abs. 2 genannten pflegebedingten Aufwendungen und Aufwendungen der sozialen Betreuung zehn vom Hundert des nach § 75 Abs. 3 des Zwölften Buches vereinbarten Heimentgelts. Die Aufwendungen der Pflegekasse dürfen im Einzelfall je Kalendermonat 256-266 Euro nicht überschreiten. Wird für die Tage, an denen die pflegebedürftigen Behinderten zu Hause gepflegt und betreut werden, anteiliges Pflegegeld beansprucht, gelten die Tage der An- und Abreise als volle Tage der häuslichen Pflege.

Einführung zusätzlicher Entlastungsleistungen – § 45 b Abs. 1 Satz 1 SGB XI

Artikel 1, Nr. 17, Gesetzesbefehl S. 9 f., Begründung S. 28 ff.

A) Beabsichtigte Neuregelungen

Zusätzlich zu den bisher bereits bestehenden Betreuungsleistungen werden neu jetzt auch Entlastungsleistungen eingeführt.

B) Stellungnahme

Die Einführung der **zusätzlichen Entlastungsleistungen** wird grundsätzlich begrüßt. Laut Gesetzesbegründung zielen diese auf die Unterstützung im Haushalt, auf die Bewältigung des Alltags oder die Organisation individueller Hilfe. Dadurch wird das Spektrum der Leistungen im Rahmen der Pflegeversicherung erweitert. Das ist sachgerecht und ermöglicht eine weiter gehende Unterstützung von Pflegebedürftigen in ihrer Häuslichkeit als bisher.

C) Änderungsvorschläge

Keine.

Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen auch für somatisch beeinträchtigte Pflegebedürftige – § 45 b Abs. 1 a SGB XI

Artikel 1, Nr. 17, Gesetzesbefehl S. 9 f., Begründung S. 28 ff.

A) Beabsichtigte Neuregelungen

Alle ambulant versorgten Pflegebedürftigen, auch solche ohne erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz, sollen künftig Betreuungs- und Entlastungsleistungen im Umfang von 104 Euro im Monat erhalten können.

B) Stellungnahme

Der bpa begrüßt, dass alle ambulant versorgten Pflegebedürftigen – auch solche ohne erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz – künftig **Betreuungs- und Entlastungsleistungen im Umfang von 104 Euro** im Monat erhalten können. Bisher konnten nur Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz solche Betreuungsleistungen in Anspruch nehmen. Jetzt profitieren auch Menschen mit somatischen Beeinträchtigungen davon. Diese Gleichbehandlung ist richtig, insbesondere vor dem Hintergrund, dass diese Leistungen nach § 45 b SGB XI nicht mehr nur die Betreuung umfassen, sondern auch die Entlastung. Wer pflegebedürftig ist, braucht Unterstützung im Haushalt, bei der Bewältigung des Alltags oder bei der Organisation individueller Hilfe – das gilt für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz ebenso wie für Menschen mit somatischen Einschränkungen. Das anerkennt der Gesetzgeber mit dieser Regelung. Pflegebedürftige erhalten mehr Unterstützungsmöglichkeiten und ihre Angehörigen können dadurch weitergehender entlastet werden.

C) Änderungsvorschläge

Keine.

Einsatz von bis zu 50 % der ambulanten Sachleistungsbeträge für niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsleistungen – § 45 b Abs. 3 SGB XI

Artikel 1, Nr. 17, Gesetzesbefehl S. 9 f., Begründung S. 28 ff.

A) Beabsichtigte Neuregelungen

Pflegebedürftige sollen 50 % des ambulanten Sachleistungsbetrags für niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote nach § 45 b SGB XI einsetzen können.

B) Stellungnahme

Die Möglichkeit, 50 % der ambulanten Sachleistungsbeträge für niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote einzusetzen, lehnt der bpa aufs Entschiedenste ab! Der bpa sieht in dieser Regelung den Weg in die Deprofessionalisierung gebahnt. Aus Sicht des bpa droht damit der Einstieg in die „Billigpflege“ durch neue, nicht zugelassene und nicht an qualitäts- oder Personalanforderungen gebundene Leistungsanbieter zulasten des SGB XI. Die Regelung dürfte als Subventionierung von Schwarzarbeit und als Legalisierung von prekären Beschäftigungsverhältnissen in den Haushalten wirken. Ohne Grund wird die bestehende und flächendeckende Versorgungsstruktur der ambulanten Dienste gefährdet, obwohl diese zwischenzeitlich alle Betreuungs- oder Entlastungsleistungen bereits vorhalten und damit die Versorgung aus einer Hand gewährleisten. Billiganbieter sollen Sachleistungen übernehmen, ohne dass diese nur annähernd vergleichbare Voraussetzungen erfüllen, und am Ende sollen die Pflegedienste über Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 ff. SGB XI auch noch die Qualität der häuslichen Versorgung sicherstellen. Diese Regelung stellt einen generellen Angriff auf die Existenz von Pflegediensten dar und versucht diesen obendrein, die Verantwortung für die Leistungsqualität von Billiganbietern zu übereignen. Mit dieser Neuregelung

- wird die Grundlage für den Aufbau eines flächendeckenden Versorgungsangebotes an häuslicher Pflege über den Bezug von Sachleistungen in der Pflegeversicherung aufgeweicht und
- dürfen Dienstleister, die keinen Personal- oder Qualitätsanforderungen oder Überprüfungen unterliegen, Leistungen über Sachleistungsbeträge abrechnen. Der illegalen Beschäftigung, der Scheinselbstständigkeit sowie der Schwarzarbeit und insbesondere auch prekären Beschäftigungen wird Tür und Tor geöffnet.
- . Reguläre SGB XI-Leistungen der Grundpflege, der Betreuung

und der hauswirtschaftlichen Versorgung werden aufgrund mangelnder Abgrenzung und Kontrolle zukünftig missbräuchlich als niedrighschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote erbracht.

- Es wird ein einheitlicher Qualitätsanspruch im SGB XI aufgegeben, weil neue Leistungserbringer mit geringeren Qualitätsanforderungen zugelassen werden sollen (in Verbindung mit § 45 c Abs. 3 a SGB XI).
- Es wird eine „Billigpflege“ im SGB XI eingeführt, obwohl die Regierungsfractionen und der Bundesminister für Gesundheit angekündigt haben, die Pflege aufzuwerten.
- Es wird zusätzliche Bürokratie entstehen, weil die Kostenerstattung eine entsprechende Abrechnung erfordert.

Der bpa warnt eindringlich vor den weitreichenden Folgen der beabsichtigten Neuregelung. In der Praxis wird diese dazu führen, dass Pflegebedürftige ihre ambulanten Sachleistungen künftig massiv reduzieren werden, um die eingesparten Beträge für niedrighschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote einzusetzen.

Der Gesetzgeber muss sich im Klaren sein, dass er das System der häuslichen Versorgung durch zugelassene ambulante Pflegedienste gefährdet und gezielt Anreize für ein Subsystem und prekäre Beschäftigungsverhältnisse schafft.

SCHWARZARBEIT

Als neue Leistungserbringer für die niedrighschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote sieht das Gesetz gem. § 45 c Abs. 3 a SGB XI „Agenturen für haushaltsnahe Dienstleistungen, Dienst- und Serviceleistungen, Alltagsbegleiter sowie Pflegebegleiter“ vor. Diese neuen Leistungserbringer sieht der bpa äußerst kritisch. Bereits in der Vergangenheit sind im Zusammenhang mit solchen Agenturen die Vorwürfe von Schwarzarbeit erhoben worden. Die Anforderungen an diese Agenturen sind äußerst gering. Prüfungen sind nicht vorgesehen, die Qualitätsanforderungen sind äußerst gering und bestehen laut Begründung lediglich aus einem „Konzept zur Qualitätssicherung“. Der bpa befürchtet, dass durch die neuen Regelungen der Versuch unternommen werden soll, die massive Schwarzarbeit in Haushalten mit Pflegebedürftigen einzudämmen. Dieses Ziel wird man aber auf diesem Weg nicht erreichen; es wird lediglich dazu kommen, dass viele Agenturen und Einzelpersonen als Dienstleister das Angebot nutzen werden, um sich als Leistungserbringer im Rahmen der Pflegeversicherung zu positionieren und so legale Angebote unterbreiten zu können. **Die Schwarzarbeit aber wird** nach Einschätzung des bpa aufgrund der Neuregelung nicht reduziert, sondern aufgrund zusätzlicher legalisierter Leistungserbringer **weiter zunehmen**. Daran ändert auch der Hinweis in der Begründung nichts, dass die Agenturen „eine legale und

sozialversicherungsrechtlich einwandfreie Beschäftigung“ zu gewährleisten haben. Denn die Umsetzung dessen wird offenbar – anders als bei den Pflegediensten – weder als Eingangsvoraussetzung verlangt noch geprüft.

Der Gesetzentwurf und die Begründung gehen auf diese Gefahr der zunehmenden Schwarzarbeit nicht ein. Es fehlen auch Ausführungen, ob die genannten Agenturen als neue Leistungserbringer im SGB XI verpflichtet sind, den Mindestlohn einzuhalten und ihr Personal sozialversicherungspflichtig zu beschäftigen, wie es für zugelassene Pflegedienste selbstverständlich ist. Gleichzeitig steht es diesen Agenturen aber, anders als zugelassenen Pflegediensten, frei, die Preise für die Leistungen selbst zu bestimmen. Verhandlungen mit Kostenträgern über Entgelte oder Anforderungen zur Zulassung oder aus Rahmenverträgen müssen diese nicht erfüllen. Zugelassene Pflegedienste werden bei der Kostenerstattung nach § 91 SGB XI hingegen gesondert sanktioniert. Die Pflegebedürftigen, die deren Leistungen in Anspruch nehmen, müssen auf einen Teil der Sachleistungsansprüche verzichten und die Dienste müssen zudem zugelassen sein und alle übrigen Anforderungen des SGB XI erfüllen.

ABGRENZUNG DER LEISTUNGEN

Der bpa befürchtet zudem, dass die genannten Agenturen nicht nur niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote erbringen werden, sondern auch Leistungen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung gem. § 36 SGB XI und der Betreuung gem. § 124 SGB XI. Hier wird es in der Praxis – beim Pflegebedürftigen vor Ort – keine scharfe Trennung mehr zu den niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach § 45 b SGB XI geben. De facto werden also die Agenturen dann auch Leistungen erbringen, die bisher „klassische“ Leistungen der ambulanten Pflegedienste sind oder es entstehen zusätzliche weitere Schnittstellen. Es scheint äußerst unwahrscheinlich, dass eine Agentur in einem Einsatz bei erforderlichem Toilettengang und anschließender kleiner Grundpflege auf den Pflegedienst wartet. Dadurch besteht die erhebliche Gefahr, dass sich die Neuregelung zu Lasten der ambulanten Pflegedienste vollzieht. Das könnte soweit gehen, dass die wirtschaftliche Existenz der Pflegedienste gefährdet ist, weil die Mehrzahl der Pflegebedürftigen 50 % ihrer Sachleistungsbeträge bei den Agenturen einsetzen, um deren niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote in Anspruch zu nehmen. Das wird insbesondere dann passieren, wenn aufgrund der unklaren Abgrenzung verstärkt der Grundpflege ähnliche Leistungen bei den Agenturen abgefordert werden. Da die Agenturen ihre Leistungen billiger anbieten können als zugelassene Pflegedienste, können z.B. mehr Stunden Betreuung durch eine Agentur als Pflege durch einen Pflegedienst angeboten werden. Angesichts des Teilkaskoprinzips in der Pflegeversicherung wird dieses erhebliche Steuerungswirkungen zu

Lasten der Pflegedienste entfalten.

UNGLEICHBEHANDLUNG DER LEISTUNGSERBRINGER

Aufs Schärfste kritisiert der bpa die Ungleichbehandlung von zugelassenen ambulanten Pflegediensten und den neuen Agenturen. Hier droht eine massive Wettbewerbsverzerrung! Ambulante Pflegedienste müssen als zugelassene Pflegeeinrichtungen eine Vielzahl von gesetzlichen und vertraglichen Vorschriften erfüllen, bevor sie Leistungen mit der Pflegekasse abrechnen können. Dazu zählen u.a.

- ein Betrieb unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft (§ 71 SGB X);
- der Abschluss eines Versorgungsvertrags (§ 72 SGB XI);
- die Zahlung einer in Pflegeeinrichtungen ortsübliche Arbeitsvergütung an die Beschäftigten (§ 72 SGB XI);
- die Verpflichtung einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln (§ 113 SGB XI);
- die Verpflichtung, alle Expertenstandards nach § 113 a SGB XI anzuwenden;
- die Einhaltung des entsprechenden Landesrahmenvertrages nach § 75 SGB XI, in dem u.a. der Inhalt der Leistungen, die Abrechnung sowie die personelle und sächliche Ausstattung des Pflegedienstes festgelegt sind;
- der Abschluss einer Vergütungsvereinbarung gem. § 89 SGB XI;
- die Mitwirkung bei den Qualitätsprüfungen gem. § 114 SGB XI;
- die Veröffentlichung der Ergebnisse von Qualitätsprüfungen („Pflegeroten“) in ihrer Einrichtung (§ 115 Abs. 1 b SGB XI) und
- den Abschluss eines Pflegevertrags gem. § 120 SGB XI.

Für die Agenturen gelten alle diese Anforderungen nicht; wie erwähnt müssen sie lediglich ein „Konzept zur Qualitätssicherung“ vorlegen. Die Agenturen werden so bevorzugten Leistungserbringern der Pflegeversicherung, die aufgrund der unscharfen Abgrenzung auch – wie oben aufgezeigt – Leistungen erbringen, die bisher den Pflegediensten oder ggf. Einzelpflegekräften vorbehalten waren. Der Gesetzgeber verschärft damit eine Entwicklung, die sich schon im Zuge der letzten Reform (PNG) verschärft hat, als der Einsatz der Einzelpflegekräfte gem. § 77 SGB XI ausgeweitet werden sollte. Im Rahmen des Gesetzgebungsprozesses erfolgte aber eine Klarstellung, welche einerseits die Verpflichtung der Einzelpflegekräfte auf die Regelungen des SGB XI umfasste und die andererseits den Verzicht auf „Betreuungsdienste“ mit sich gebracht hat. Dieses Erkenntnis aus dem letzten Gesetzgebungsverfahren wird nunmehr ins Gegenteil verkehrt und der Ansatz von einheitlichen Anforderungen an die

Leistungserbringer soll weitgehend aufgegeben werden. Es zeichnet sich dadurch eine Pyramide der Leistungserbringer ab, bei der jetzt ganz oben die Agenturen für die niedrighschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebote stehen. Ihnen wird eine Lotsenfunktion zugestanden, sie unterliegen keinen Qualitätsanforderungen und keinen regelmäßigen Kontrollen. Auf der Ebene darunter stehen dann die Einzelpflegekräfte, die einen Pflegevertrag schließen müssen und die der Qualitätsprüfung gem. § 112 SGB XI unterliegen. Ganz unten stehen die Pflegedienste, die sämtliche gesetzlichen und vertraglichen Anforderungen des SGB XI vollumfänglich erfüllen müssen.

Deswegen muss an dieser Stelle klargestellt werden:

Für die zielgenaue Versorgung von Pflegebedürftigen in ambulanten Wohn- und Betreuungsformen bedarf es keiner Agenturen für die niedrighschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebote; vielmehr versorgen die rund 12.000 Pflegedienste mit ihren etwa 269.000 Beschäftigten die ambulant versorgten Pflegebedürftigen sicher, verlässlich und qualitätsgeprüft. Es ist umgekehrt so, dass durch den verstärkten Einsatz von Agenturen für die niedrighschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebote erhebliche Probleme entstehen werden.

Ein gesichertes Versorgungssystem der ambulanten Pflege, Betreuung und Entlastung,

- das eine jederzeitige Versorgung der Pflegebedürftigen in ihrer Häuslichkeit sicherstellt,
- das auch zu ungünstigen Zeiten und ggf. rund um die Uhr Leistungen vorhält,
- und bedarfsgerecht ist,

kann nur von zugelassenen Pflegediensten gewährleistet werden, aber nicht von Agenturen. Daher ist es erforderlich, den Leistungsbereich der Pflegedienste, der die ambulante Leistung sicherstellt, zu stärken und auszubauen.

LOTSENFUNKTION

Besonders kritisch sieht der bpa auch, dass die niedrighschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebote auch noch eine Lotsenfunktion übernehmen sollen, alle zur Verfügung stehenden Hilfeangebote tatsächlich in Anspruch zu nehmen. Es ist zwar richtig, angesichts der Vielfalt der Hilfeangebote eine Lotsenfunktion zu etablieren; es ist aber nicht zielführend, diese bei den durch die Agenturen zu erbringenden niedrighschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebote zu verankern. Die Agenturen ha-

ben nicht die notwendige Pflegeexpertise, die für eine entsprechende Beratung und Wahrnehmung einer Lotsenfunktion erforderlich wäre. Deswegen haben Pflegebedürftige gem. § 7 a SGB XI „Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch einen Pflegeberater oder eine Pflegeberaterin bei der Auswahl und Inanspruchnahme von bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen sowie sonstigen Hilfsangeboten, die auf die Unterstützung von Menschen mit Pflege-, Versorgungs- oder Betreuungsbedarf ausgerichtet sind (Pflegeberatung)“. Diese Pflegeberatung erfasst u.a. den gesamten Pflege- und Hilfebedarf und erstellt einen umfassenden Versorgungsbedarf. Es ist nicht sinnvoll, parallel noch eine Lotsenfunktion bei den niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebote zu verankern; dieses erschwert vielmehr eine einheitliche und ganzheitliche Beratung.

GEFÄHRDUNG DER QUALITÄT

Durch die Neuregelung werden die in der Pflegeversicherung bisher geltenden Ansprüche an die Qualität der Leistung und an die Leistungserbringer aufgegeben. Qualität im SGB XI wird nicht mehr einheitlich definiert sein und es wird auch keine einheitlichen Anforderungen an die Leistungserbringer mehr geben. Selbst wenn man zugrunde legt, dass die Agenturen im Rahmen der niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebote schwerpunktmäßig Unterstützung bei der hauswirtschaftlichen Versorgung anbieten, werden sie dieses ohne entsprechendes Qualitätsmanagement tun. Bei den Pflegediensten ist dieses systematisch anders. Dort wird selbstverständlich auch die hauswirtschaftliche Versorgung qualitätsgesichert erbracht. Die hauswirtschaftliche Versorgung ist Teil des Qualitätsmanagements und wird auch überprüft. Deswegen muss sich der Gesetzgeber hier im Klaren sein, ob für die gleichen Leistungen im SGB XI bewusst unterschiedliche Standards eingeführt werden sollen.

VORRANGIGE ABRECHNUNG AMBULANTER SACHLEISTUNGSBETRÄGE

Einen Widerspruch zwischen Gesetzestext und Begründung sieht der bpa bei der vorrangigen Abrechnung ambulanter Sachleistungsbeträge. In § 45 b Abs. 3 Satz SGB XI (n.F.) heißt es:

„soweit für diese Leistungsbeträge noch keine ambulanten Pflegesachleistungen in Anspruch genommen wurden ... Die Vergütungen für ambulante Pflegesachleistungen sind vorrangig abzurechnen.“

In der Begründung dazu heißt es aber:

„Der Anspruch auf ambulante Pflegesachleistungen mindert sich dann in dem Umfang, in dem der Leistungsbetrag für niedrighschwellige Betreuung- und Entlastungsleistungen – maximal in Höhe von 50 vom Hundert des jeweiligen Höchstleistungsbetrags – verwendet wurde.“

Hier trägt die Begründung nicht dem Gesetzestext in vollem Umfang Rechnung. Klarzustellen wäre, dass nur Anspruch auf die Leistung besteht und diese auch nur abzurechnen ist, wenn noch keine ambulanten Sachleistungen abgerechnet oder in Anspruch genommen wurden. Das sollte im weiteren Gesetzgebungsprozess klargestellt werden.

VERHÄLTNIS DER BETREUUNGSLEISTUNGEN ZUM SGB XII

Nicht nachvollziehbar ist aus Sicht des bpa, dass die niedrighschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebote auf Leistungen des SGB XII angerechnet werden sollen. Dazu heißt es in § 45 b Abs. 3 Satz 6 SGB XI (n.F.):

„§ 13 Absatz 3a findet auf die Inanspruchnahme der Leistung nach Satz 1 keine Anwendung.“

Dieses Vorgehen widerspricht aus Sicht des bpa der bisherigen Systematik. So hat der Gesetzgeber bei den erst durch das PNG eingeführten Betreuungsleistungen gem. § 124 SGB XI in der Begründung festgehalten:

„Leistungen der Eingliederungshilfe bleiben durch die Einführung dieser Regelung [§ 124] unberührt, sie sind im Verhältnis zur Pflegeversicherung nicht nachrangig. § 13 Absatz 3 gilt.“ (Bundestags-Drucksache 17/9369, S. 103).

Die Leistungen der Eingliederungshilfe gem. § 53 SGB XII sind dem Leistungsberechtigten also auch nach Einführung der besonderen Leistungen der häuslichen Betreuung nach § 124 SGB XI erhalten geblieben. Durch die Inanspruchnahme von häuslichen Betreuungsleistungen wird der Anspruch auf Eingliederungshilfeleistungen nicht geschmälert.

Dieser Grundsatz soll jetzt durchbrochen werden. Als Begründung wird angeführt:

„Soweit die niedrighschwelligen Betreuungs- und Entlastungsleistungen mit den vergleichsweise höheren Mitteln des Sachleistungsbudgets finanziert werden und quasi an deren Stelle treten, ist eine Anrechnungsfreiheit auf Fürsorgeleistungen zur Pflege nach § 13 Absatz 3a nicht gerechtfertigt.“

Aus Sicht des bpa ist diese Begründung nicht sachgerecht, da die Inan-

spruchnahme der niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebote vorrangig erfolgt, um die eingeschränkte Alltagskompetenz auszugleichen. Insofern muss die in § 124 SGB XI festgelegte Anrechnungsfreiheit auch hier gelten.

ZUSAMMENFASSUNG

Der bpa befürchtet, dass Übertragung der Sachleistungen auf die niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebote, die durch Agenturen erbracht werden sollen, dass es künftig zu einer Billig-Pflege kommt, für die weder die strengen Qualitätsanforderungen der §§ 112 ff. SGB XI gelten noch die besonderen Zulassungskriterien gem. §§ 71 ff. SGB XI. Der bpa appelliert mit allem Nachdruck an den Gesetzgeber, diese Entwicklung zu stoppen!

- Es darf bei der Pflege weder um Deprofessionalisierung noch um Wettbewerbsverzerrung zugunsten von Billiganbietern gehen.
- Es darf nicht sein, dass die Qualitätssicherung in der Pflege davon abhängt, wer die Leistung erbringt.
- Es darf keine Ungleichbehandlung der Leistungserbringer geben, bei der Agenturen, die niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsleistungen erbringen, fast keine Auflagen erfüllen müssen, während zugelassene ambulante Pflegedienste stark reglementiert und scharf kontrolliert werden.
- Wer Schwarzarbeit und prekäre Beschäftigung verhindern will und qualitätsgesicherte Pflege, Betreuungs- und Entlastungsleistungen erbringen lassen will, muss das Potential der Pflegedienste, nutzen. Es bedarf keiner neuen Leistungserbringer dafür.

C) Änderungsvorschläge

Der bpa fordert, § 45 b Abs. 3 SGB XI (n.F.) zu streichen.

Niedrigschwellige Entlastungsangebote – § 45 c Abs. 3 a SGB XI

Artikel 1, Nr. 18 d), Gesetzesbefehl S. 11, Begründung S. 32 ff.

A) Beabsichtigte Neuregelung

Als grundsätzlich förderungsfähige niedrigschwellige Entlastungsangebote werden insbesondere Agenturen für haushaltsnahe Dienst- und Serviceleistungen, Alltagsbegleiter sowie Pflegebegleiter festgelegt.

B) Stellungnahme

Zu der grundsätzlichen Kritik des bpa an den hier genannten Agenturen wird auf die Ausführungen oben zum Einsatz von bis zu 50 % der ambulanten Sachleistungsbeträge für niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsleistungen gem. § 45 b Abs. 3 SGB XI verwiesen.

C) Änderungsvorschläge

Bei der vorliegenden Regelung bedarf es Änderungen, um Schwarzarbeit und Dumpinglöhne zu verhindern und ein Mindestmaß an Qualität zu gewährleisten. Dabei muss sichergestellt werden, dass die Agenturen ein Qualitätsmanagement entsprechend § 112 SGB XI einrichten, regelmäßig extern kontrolliert werden, nur sozialversicherungspflichtige Beschäftigte einsetzen und einen Vertrag mit den Pflegebedürftigen entsprechend § 120 SGB XI abschließen.

Beitragssatzerhöhung – § 55 SGB XI

Artikel 1, Nr. 21, Gesetzesbefehl S. 11, Begründung S. 38

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Beitragssatz für die soziale Pflegeversicherung soll zum 01.01.2015 um 0,2 % steigen.

B) Stellungnahme

Eine Anhebung des Beitragssatzes wird vom bpa begrüßt, da sich nur so die Dynamisierung und die Leistungsverbesserungen finanzieren lassen. Angesichts der zu erwartenden Entwicklung und der in der Vergangenheit ausgebliebenen Dynamisierung wäre auch eine noch höhere Beitragssatzsteigerung gut zu begründen, denn die Pflegeversicherung steht vor großen Herausforderungen, die nur auf einer gesicherten finanziellen Grundlage bewältigt werden können und die auf keinen Fall aus den Rücklagen bestritten werden dürfen:

- Die Anzahl der Pflegebedürftigen wird in den nächsten Jahren weiter steigen. Nach Angaben des Bundesgesundheitsministeriums steigt die Zahl der Pflegebedürftigen zwischen den Jahren 2010 und 2020 um 400.000 Menschen (+16,5 %).
- Um eine schleichende Entwertung der Pflegeleistungen zu verhindern, ist eine regelgebundene Dynamisierung der Leistungen notwendig, die aber bisher nicht eingeplant ist.
- Bei Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs muss es einen dauerhaften Bestandsschutz für die bisher eingestuften Pflegebedürftigen und die bisherigen Leistungen gem. § 45 b und § 87 b SGB XI auf Grundlage einer Einstufung nach § 45 a SGB XI geben. Zudem werden mehr Menschen als bisher Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen können.

Der hieraus resultierende Finanzierungsbedarf in der Pflegeversicherung ist nicht durch die im 5. SGB XI-Änderungsgesetz vorgesehene Beitragssatzerhöhung gedeckt. Der bpa bedauert es, dass sich Regierungskoalition nicht auf den erforderlichen größeren Finanzierungsrahmen hat verständigen können. Dieses wäre ein wichtiges Signal an die Pflegebedürftigen, die Angehörigen, die Pflegekräfte und die Einrichtungen gewesen. Denn es steht fest: Der laufende Finanzbedarf der Pflegeversicherung wird in den nächsten Jahren weiter steigen.

Investitionskosten – § 82 SGB XI

– neu – Artikel 1, Nr. 24 a

Nach den Urteilen des Bundessozialgerichts (BSG) vom 09.08.2011 (Aktenzeichen B 3 P 4/10 R; B 3 P 2/11 R; B 3 P 3/11 R; B 3 P 6/10 R) erfolgte eine vom bpa ausdrücklich unterstützte gesetzliche Klarstellung, um auch künftig eine gerechte Lastenverteilung unter den Pflegebedürftigen, einen fairen Wettbewerb unter den Pflegeeinrichtungen und die Versorgungssicherheit in der Pflege zu wahren.

Offenbar reicht diese gesetzliche Klarstellung nicht aus, da mittlerweile in einzelnen Bundesländern diskutiert wird, ein durch Tilgung bewirktes Anwachsen des Eigenkapitals nicht bei der Ermittlung der betriebsnotwendigen Investitionsbeträge zu berücksichtigen. Gegen jede wirtschaftliche Vernunft wird darüber hinaus versucht, diesen Ansatz auf Pachteinrichtungen zu übertragen.

Insofern regt der bpa dringend eine intensive Prüfung und Klarstellung an, welche auch einen Verzicht auf weitgehende bürokratische Anforderung umfasst.

Entbürokratisierung der Vergütungsfindung – §§ 84, 85 und 89 SGB XI

– neu – Artikel 1, Nr. 24 b und 26 a, §§ 84 Abs. 2 Satz 4 und § 89 Abs. 1 Satz 3 SGB XI

A) Beabsichtigte Neuregelung des bpa

Es soll klargestellt werden, dass die Pflegesätze für Pflegeheime (§ 84 Abs. 2 SGB XI) und die Vergütung für Pflegedienste (§ 89 Abs. 1 SGB XI) es bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen müssen, die jeweiligen Personalaufwendungen zu finanzieren. In der Begründung wird darauf hingewiesen, dass die Zahlung von Tariflöhnen ausdrücklich als wirtschaftliche Betriebsführung gilt.

B) Stellungnahme

Aus Sicht des bpa sollte im Rahmen der anstehenden SGB XI-Reform die Gelegenheit nicht ungenutzt verstreichen, die Vergütungsfindung in der Pflegeversicherung deutlich zu entbürokratisieren. Die in den §§ 84 und 89 SGB XI vorgesehenen Neuregelungen sind jedoch nicht geeignet, den infolge der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts aus dem Jahr 2009 aufgetretenen Schwierigkeiten bei Vergütungsverhandlungen hinreichend wirksam zu begegnen und den Wettbewerb zu fördern.

Die Sicherstellung der Versorgung pflegebedürftiger Menschen auch in Zukunft bedarf nicht der Rückkehr zum Selbstkostendeckungsprinzip, sondern des Erhalts der Wettbewerbsfähigkeit der Pflegeeinrichtungen durch leistungsgerechte Vergütung. Diese ist nicht damit zu erreichen, dass Lohnkosten, die im Rahmen der Pflegevergütung den größten Ausgabenblock darstellen, lediglich zum „durchlaufenden Posten“ werden. Nicht die „Zahlung von Tariflöhnen“, sondern bereits die Kalkulation aufgrund von tarifvertraglichen oder tarifvertragsähnlichen Regelungen muss ausdrücklich als wirtschaftlich angemessen anerkannt werden. Sicherzustellen ist, dass jeder ambulanten und stationären Einrichtung ein Budget ermöglicht wird, mit dem sie auch bei der Gewinnung von Fachpersonal wettbewerbsfähig bleiben kann.

Darüber hinaus sind die in § 84 Abs. 2 Satz 4 und § 89 Abs. 1 Satz 3 geplanten Einschübe zumindest missverständlich. Die Vergütungen sollen bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, Personalaufwendungen zu finanzieren; es stellt sich die Frage, ob die ebenfalls erforderliche Finanzierung von Sachaufwendungen damit ins Belieben der Kostenträger gestellt wird. Das nach der Gesetzesbegründung erklärte Ziel der Vermei-

dung unnötiger Sozialgerichtsverfahren wird so nicht erreichbar sein.

Die Vergütungsfindung soll seit den Entscheidungen des BSG vom 29.01.2009 über ein aufwändiges, mehrstufiges Verfahren erfolgen, das im Ergebnis mit einer Rückkehr zum Selbstkostendeckungsprinzip verbunden ist und dem marktorientierten Versorgungskonzept des SGB XI widerspricht. Dies wird mit den im Gesetzentwurf vorgesehenen Ergänzungen der §§ 84 Abs. 2 und 89 Abs. 1 zulasten der Wettbewerbsfähigkeit der Pflegeeinrichtungen zusätzlich befördert.

Der bpa hat deshalb die nachfolgenden Vorschläge entwickelt, die die Vergütungsfindung wesentlich entbürokratisieren und gleichzeitig die Leistungsgerechtigkeit der Vergütung ermöglichen können.

C) Änderungsvorschläge

Zu § 84

a) Orientierung an durchschnittlichen Entgelten der Vergleichsgruppe

Das BSG unterstellt, dass Pflegesatz- und Entgeltforderungen im unteren Drittel der vergleichsweise ermittelten Pflegesätze/Entgelte als ohne weiteres wirtschaftlich gelten, während bei höheren Vergütungsforderungen zunächst einmal Unwirtschaftlichkeit vermutet wird, die die Einrichtung zu Rechtfertigungen und Nachweisen zwingt.

Die obere Grenze des unteren Drittels ist jedoch eine mehr oder minder zufällige Größe. Ob eine Einrichtung mit ihren Vergütungsforderungen als zunächst per se wirtschaftlich oder unwirtschaftlich gilt, ist abhängig von den Gegebenheiten der günstigsten Einrichtung. Ein „Ausreißer“ nach unten, der unter einem betriebswirtschaftlichen Blickwinkel wohl eher die Vermutung einer unwirtschaftlichen Betriebsführung nahe legen würde, ist ausschlaggebend für die Drittelgrenze, deren Überschreitung im Zweifel zu einer Pflicht der Pflegeeinrichtungen zur Offenbarung von Betriebsgeheimnissen führt.

Das BSG entnimmt die „Drittelgrenze“ einem Rechtsgedanken aus § 35 Abs. 5 Satz 4 SGB V, nach dem der Festbetrag für Arzneimittel in einer der Festbetragsgruppen nach § 35 Abs. 1 SGB V „den höchsten Abgabepreis des unteren Drittels des Intervalls zwischen dem niedrigsten und dem höchsten Preis einer Standardpackung nicht übersteigen“ soll. Die Beurteilung von Pflegesatzforderungen ist jedoch in Interessenlage und Systematik mit der Festbetragsregelung für Arzneimittel nicht vergleichbar. Die Pflegesatzvereinbarungen sind seit Einführung der Pflegeversicherung Gegenstand interessenausgleichender Vereinbarungen zwischen

Pflegeeinrichtungen und Kostenträgern als Sachwaltern der Versicherteninteressen gewesen und nicht - wie auf dem Arzneimittelmarkt – von den jeweiligen Arzneimittelherstellern frei festgesetzte Preise. Das „Vollkaskoprinzip“ im SGB V hielt Versicherte mangels eigener Kostenbelastung grundsätzlich nicht zu einem wirtschaftlichen Verhalten in dem Sinne an, dass ein möglichst kostengünstiges Arzneimittel gewählt wird. Dass in diesem Bereich mit einer Drittelregelung bei Festbeträgen einer unbeschränkten Kostenentwicklung nach oben Einhalt geboten werden musste, ist nachvollziehbar, jedoch nicht zu vergleichen mit der Ausgangslage im Bereich der Pflegeversicherung. Diese „Teilkaskoversicherung“ führt stets zu Eigenbelastungen der Pflegebedürftigen, die schon vor diesem Hintergrund den Preis zu einem Kriterium bei der Auswahl der Pflegeeinrichtung machen. Letztendlich liegt für die Vergütungsfindung im SGB XI der Vergleich mit dem Recht der Wirtschaftlichkeitsprüfung der Ärzte, bei dem es auf eine Durchschnittsbetrachtung ankommt, wesentlich näher.

b) Entlastung von unnötigem Verwaltungsaufwand bei Vergütungsvereinbarungen

Die zwar als Bestandteil der Vergütungsvereinbarung, jedoch gleichwohl ausdrückliche Festlegung der wesentlichen Leistungs- und Qualitätsmerkmale der Einrichtung ist angesichts der üblichen entsprechenden rahmenvertraglichen Festlegungen für Einrichtungen ohne besonderen Versorgungsauftrag verzichtbar und lediglich bei Spezialeinrichtungen, deren Merkmale von den Festlegungen des Rahmenvertrages abweichen, erforderlich. Eine entsprechende Ergänzung des Absatzes 5 soll die Einrichtungen von unnötigem Verwaltungsaufwand entlasten.

c) Vergütungszuschläge für Härtefälle

Seit der letzten Reform der Pflegeversicherung ist in § 84 Abs. 1 S. 2 SGB XI klargestellt, dass neben der Vereinbarung der Pflegesätze für die Pflegeklassen 1 bis 3 auch die Vereinbarung eines Pflegesatzes für Härtefälle möglich ist. Härtefälle zeichnen sich durch einen außergewöhnlich hohen und intensiven Pflegeaufwand aus, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt. Die Vereinbarung von Vergütungszuschlägen für solche Härtefälle ist bisher als „Kann-Regelung“ gestaltet; um Diskussionen über eine Verpflichtung der Kostenträger zur Finanzierung härtefallbedingter Mehrleistungen der Einrichtungen und gleichzeitigen Entlastung der betroffenen Pflegebedürftigen in Zukunft zu vermeiden, ist die Regelung des § 84 Abs. 1 S. 2 2. Hs. SGB XI aus Sicht des bpa zukünftig als „Muss-Regelung“ zu gestalten.

Änderungsvorschlag zu § 84

Der bpa schlägt eine Änderung der Absätze 2 und 5 vor; aufgrund der Geltung der Grundsätze der Vergütungsfindung für den stationären Bereich auch im ambulanten Bereich ist § 89 Absatz 3 Satz 4 entsprechend anzupassen (siehe dort).

(1) unverändert

(2) *1Die Pflegesätze müssen leistungsgerecht sein. 2Sie sind nach dem Versorgungsaufwand, den der Pflegebedürftige nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit benötigt, in drei Pflegeklassen einzuteilen; für Pflegebedürftige, die als Härtefall anerkannt sind, ~~werden können~~ Zuschläge zum Pflegesatz der Pflegeklasse 3 zumindest bis zur Höhe des kalendertäglichen Unterschiedsbetrages vereinbart ~~werden~~, der sich aus § 43 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 und 4 ergibt. 3Bei der Zuordnung der Pflegebedürftigen zu den Pflegeklassen sind die Pflegestufen gemäß § 15 zugrunde zu legen, soweit nicht nach der gemeinsamen Beurteilung des Medizinischen Dienstes und der Pflegeleitung des Pflegeheims die Zuordnung zu einer anderen Pflegeklasse notwendig oder ausreichend ist. 4Die Pflegesätze müssen einem Pflegeheim bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, ~~seine Personalaufwendungen zu finanzieren und seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen.~~ 5Überschüsse verbleiben dem Pflegeheim; Verluste sind von ihm zu tragen. 6Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität ist zu beachten. 7Bei der Bemessung der Pflegesätze einer Pflegeeinrichtung ~~können die~~ ist der Durchschnitt der Pflegesätze derjenigen Pflegeeinrichtungen, die nach ihrer Art und Größe sowie hinsichtlich der in Absatz 5 genannten Leistungs- und Qualitätsmerkmale im Wesentlichen gleichartig sind, als stets wirtschaftlich angemessen berücksichtigt werden zu berücksichtigen. 8Überschreitungen sind, soweit sie erheblich sind, gesondert zu begründen und insbesondere dann wirtschaftlich angemessen, wenn sie sich kalkulatorisch auf tarifvertragliche oder tarifvertragsähnliche Regelungen stützen lassen.*

(3) unverändert

(4) unverändert

(5) *In der Pflegesatzvereinbarung sind die wesentlichen Leistungs- und Qualitätsmerkmale der Einrichtung festzulegen, sofern diese von den Festlegungen im jeweiligen Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI abweichen. Hierzu gehören insbesondere*

1. die Zuordnung des voraussichtlich zu versorgenden Personen-

kreises sowie Art, Inhalt und Umfang der Leistungen, die von der Einrichtung während des nächsten Pflegesatzzeitraums erwartet werden,

2. die von der Einrichtung für den voraussichtlich zu versorgenden Personenkreis individuell vorzuhaltende personelle Ausstattung, gegliedert nach Berufsgruppen, sowie

3. Art und Umfang der Ausstattung der Einrichtung mit Verbrauchsgütern (§ 82 Abs. 2 Nr. 1).

(6) unverändert

Zu § 85

a) Nachweispflichten der Pflegeeinrichtung

Zu den Regelungen für die Bemessung der Vergütung gehört nach § 84 Abs. 2 SGB XI der Grundsatz, dass Überschüsse dem Pflegeheim bleiben und Verluste von ihm zu tragen sind. Den Pflegeeinrichtungen können nicht einerseits mit der Prospektivität der Pflegesätze erhebliche unternehmerische Risiken aufgebürdet und andererseits Offenbarungspflichten auferlegt werden, die nur bei Praktizierung des Selbstkostendeckungsprinzips zu rechtfertigen wären. Das Recht zur Forderung von Selbstkostennachweisen nach der Interpretation des § 85 Abs. 3 durch die Kostenträger infolge der BSG-Entscheidungen kommt einem Ausforschungsbebeweis nahe, der tief in die wirtschaftliche Betätigungsfreiheit der Einrichtungen eingreift. Mit dem Preis- und Leistungsvergleich nach § 84 Abs. 2 in der vorgeschlagenen Neufassung kann die Angemessenheit der Pflegevergütung regelmäßig ohne diesen unverhältnismäßigen Eingriff in die Unternehmensfreiheit festgestellt werden. In § 85 Abs. 3 ist daher klarzustellen, dass Kostennachweise nur im Ausnahmefall verlangt werden können.

b) Vereinfachtes Pflegesatzverfahren

Die vom BSG neu entwickelte Systematik zur Ermittlung einer leistungsgerechten Pflegevergütung führt mit ihrem mehrstufigen Verfahren wiederum zu einem großen bürokratischen Aufwand sowohl auf Einrichtungs- wie auf Kostenträgerseite. Die damit einhergehenden Belastungen und Auseinandersetzungen sind sinnvollerweise so gering wie möglich zu halten. Bereits in der Vergangenheit sind in Bundesländern vereinfachte Verfahren zur Fortentwicklung bereits vereinbarter Pflegesätze und Entgelte durchgeführt worden; orientiert etwa an allgemeinen Kostensteigerungsraten unter besonderer Berücksichtigung der allgemeinen Personalkostenentwicklung im Bereich der Altenpflege wurden den Pflegeeinrichtungen

pauschale Erhöhungen angeboten. Den Einrichtungen stand dabei offen, das Angebot etwa aus Wettbewerbsgründen nicht anzunehmen oder Einzelverhandlungen zu führen. Über die Zulässigkeit dieser Praxis ist nach den Urteilen des BSG vom 29.01.2009 erhebliche Verunsicherung eingetreten.

Dabei entsprechen diese vereinfachten Verfahren dem Interesse aller Pflegesatzparteien an möglichst unbürokratischen Pflegesatzverhandlungen ebenso wie den gesetzlichen Vorgaben zur Vergütungsermittlung auch nach aktueller Lesart des Bundessozialgerichts. Besteht eine Pflegesatz- bzw. Entgeltvereinbarung zwischen den Vertragsparteien, ist im Grundsatz von der Richtigkeit auszugehen (Vermutung der Richtigkeit der Vorvereinbarung, ständige Rechtsprechung des BSG, Urteil vom 30.10.1963, 6 RKa 4/62; Urteil vom 19.03.1997, 6 RKa 36/96; Urteil vom 16.07.2003, B 6 KA 29/02 R; LSG Hessen, Urteil vom 10.12.2003, L 7 KA 4456/00). Unabweisbare Kostensteigerungen, die bspw. das Statistische Bundesamt ausweist, entsprechen aufgrund ihrer Unabweisbarkeit stets den Grundsätzen wirtschaftlicher Betriebsführung. Die Möglichkeit zur Vereinbarung pauschaler Erhöhungen auch auf regionaler Ebene widerspricht dabei auch nicht dem Grundsatz, dass die Pflegesatzvereinbarung für jede Einrichtung gesondert abzuschließen ist; sie führt nicht zu Einheitspreisen, sondern sattet auf einrichtungsindividuell bestehenden Vereinbarungen auf.

Der bpa schlägt daher vor, dieses Verfahren mit einem neu einzufügenden Absatz 3 a ausdrücklich in § 85 SGB XI zu verankern. Gleichzeitig sollte in § 85 Abs. 4 SGB XI die Verpflichtung zum unverzüglichen Abschluss der Pflegesatzvereinbarung gesetzlich explizit betont werden; in der Praxis sind die Einrichtungen häufig trotz Einigung in der Sache mit Verzögerungen durch die Kostenträgerseite konfrontiert.

Änderungsvorschlag zu § 85

(1) unverändert

(2) unverändert

(3) 1Die Pflegesatzvereinbarung ist im Voraus, vor Beginn der jeweiligen Wirtschaftsperiode des Pflegeheims, für einen zukünftigen Zeitraum (Pflegesatzzeitraum) zu treffen. 2Das Pflegeheim hat durch eine Kalkulation Art, Inhalt, Umfang und erwartete Kosten der Leistungen, für die es eine Vergütung beansprucht, ~~durch Pflegedokumentationen und andere geeignete Nachweise~~ rechtzeitig vor Beginn der Pflegesatzverhandlungen darzulegen; es hat außerdem die schriftliche Stellungnahme der nach heimrechtlichen Vorschriften vorgesehenen Interessenvertretung der Bewohnerinnen und Bewohner beizufügen. 3Soweit dies auch unter Berücksichtigung der Bemessungsgrundsätze nach § 84 Abs. 2 Sätze 7 und 8 zur

Beurteilung seiner Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit im Einzelfall erforderlich ist, hat das Pflegeheim auf Verlangen einer Vertragspartei zusätzliche Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. 4Hierzu gehören auch pflegesatzerhebliche Angaben zum Jahresabschluss ~~entsprechend den Grundsätzen ordnungsgemäßer Pflegebuchführung~~, zur personellen und sachlichen Ausstattung des Pflegeheims einschließlich der Kosten sowie zur tatsächlichen Stellenbesetzung und Eingruppierung. 5Personenbezogene Daten sind zu anonymisieren.

(3a) Abweichend von Absatz 3 können die Vertragsparteien auf Vorschlag der Pflegesatzkommission für einen künftigen Pflegesatzzeitraum auch pauschale Veränderungen vereinbarter Pflegesätze in angemessener Höhe einvernehmlich festlegen; die Verpflichtung zur Vorlage der schriftlichen Stellungnahme der nach heimrechtlichen Vorschriften vorgesehenen Interessenvertretung der Bewohnerinnen und Bewohner bleibt unberührt.

(4) 1Die Pflegesatzvereinbarung kommt durch Einigung zwischen dem Träger des Pflegeheimes und der Mehrheit der Kostenträger nach Absatz 2 Satz 1 zustande, die an der Pflegesatzverhandlung teilgenommen haben. 2Sie ist unverzüglich schriftlich abzuschließen. 3Soweit die Vertragsparteien sich bei den Pflegesatzverhandlungen durch Dritte vertreten lassen, haben diese vor Verhandlungsbeginn den übrigen Vertragsparteien eine schriftliche Verhandlungs- und Abschlussvollmacht vorzulegen.

(5) bis (7) unverändert

Zu § 89 – Bemessungsgrundsätze für die Vergütung ambulanter Pflegeleistungen

Die Bemessungsgrundsätze in § 84 Abs. 2 Sätze 7 und 8 werden in § 89 für ambulante Pflegeleistungen für entsprechend anwendbar erklärt (zum Änderungsbedarf bei § 89 Abs. 3 im Hinblick auf die vorgesehene Vergütung ambulanter Sachleistungen nach Zeitaufwand siehe gesonderte Stellungnahme zu § 89)

Änderungsvorschlag zu § 89

(1) Die Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung wird, soweit nicht die Gebührenordnung nach § 90 Anwendung findet, zwischen dem Träger des Pflegedienstes und den Leistungsträgern nach Absatz 2 für alle Pflegebedürftigen nach einheitlichen Grundsätzen vereinbart. Sie muss leistungsgerecht sein. Die Vergütung muss einem Pflegedienst bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, ~~seine Personalaufwendungen zu finanzieren und seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen; eine Differenzierung in der Vergütung nach Kostenträgern ist unzulässig.~~

(2) unverändert

(3) ¹Die Vergütungen können, je nach Art und Umfang der Pflegeleistung, nach dem dafür erforderlichen Zeitaufwand oder unabhängig vom Zeitaufwand nach dem Leistungsinhalt des jeweiligen Pflegeeinsatzes, nach Komplexleistungen oder in Ausnahmefällen auch nach Einzelleistungen bemessen werden; die Vergütung von Leistungen der häuslichen Betreuung nach § 124 ist mit Wirkung ab dem 1. Januar 2013 nach Zeitaufwand zu bemessen, sonstige Leistungen wie hauswirtschaftliche Versorgung, Behördengänge oder Fahrkosten können auch mit Pauschalen vergütet werden. ²Die Vergütungen haben zu berücksichtigen, dass Leistungen von mehreren Pflegebedürftigen gemeinsam abgerufen und in Anspruch genommen werden können; die sich aus einer gemeinsamen Leistungsanspruchnahme ergebenden Zeit- und Kostenersparnisse kommen den Pflegebedürftigen zugute. ³Darüber hinaus sind auch Vergütungen für Betreuungsleistungen nach § 36 Abs. 1 zu vereinbaren. ⁴§ 84 Abs. 2 Sätze 7 und 8, Abs. 4 Satz 2, § 85 Abs. 3 bis 7 und § 86 gelten entsprechend.

Anerkennungsbetrag für Herabstufung – § 87 a Abs. 4 SGB XI

Artikel 1, Nr. 25, Gesetzesbefehl S. 11, Begründung S. 38

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Anerkennungsbetrag für die Herabstufung eines Pflegebedürftigen in eine niedrigere Pflegestufe soll im Zuge der Dynamisierung von 1.536 Euro auf 1.597 Euro angehoben werden.

B) Stellungnahme

Seit 2008 haben vollstationäre Pflegeeinrichtungen einen Anspruch auf Zahlung eines „Anerkennungsbetrages“ in Höhe von 1.536 € (unter Berücksichtigung der nunmehr geplanten Erhöhung von 1.597 €), wenn ein Pflegebedürftiger nach Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen in eine niedrigere Pflegestufe einschließlich der sog. Pflegestufe 0 zurückgestuft wird. Aus Sicht des bpa war damals und ist heute zu begrüßen, wenn Erfolge der aktivierenden Pflege durch vollstationäre Einrichtungen belohnt werden.

Angesichts der jüngsten Rechtsprechung des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen und der Forderungen der Pflegekassen im Gemeinsamen Rundschreiben zu den leistungsrechtlichen Vorschriften, mit denen den Einrichtungen über die aktivierende Pflege und die im Rahmen der Pflegeversicherung finanzierten Regelleistungen hinaus ein „erkennbares Mehr an Maßnahmen“ nebst nachvollziehbarer Darlegung und Nachweis in Pflegeplanung und Dokumentation für eine Anspruch auf den Anerkennungsbetrag abverlangt werden, droht die Regelung ins Leere zu laufen. Wenn die aktivierende Pflege als Regelleistung für einen Zahlungsanspruch aufgrund einer Herabstufung nicht ausreicht und ein „Mehr“ gegenüber dem „Standard“ verlangt wird, der zudem entsprechend zu dokumentieren sein soll, dürfte dies mit der am „Standard“ bemessenen Personalausstattung für die Einrichtungen nicht umsetzbar sein. Erfolge der professionellen, aktivierenden Pflege blieben entgegen der ursprünglichen Intention ohne Anerkennung durch den Gesetzgeber. Aus Sicht des bpa bedarf die Vorschrift daher der Umgestaltung, um den Einrichtungen eine realistische Möglichkeit zu geben, einen Anerkennungsbetrag für Erfolge ihrer aktivierenden Versorgung beanspruchen zu können.

Zusätzliche Betreuungskräfte – § 87 b SGB XI

Artikel 1, Nr. 26, Gesetzesbefehl S. 12, Begründung S. 38 f.

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bisher konnten stationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen für je 24 Bewohner mit dementiellen Erkrankungen eine zusätzliche Betreuungskraft einsetzen. Künftig ist dieses für je 20 Bewohner möglich. Eine dementielle Erkrankung ist keine Voraussetzung mehr.

B) Stellungnahme

Der bpa begrüßt diese Verbesserung des Betreuungsschlüssels. Der Gesetzgeber greift damit einen Vorschlag auf, den der bpa bereits im Rahmen des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes eingebracht hat. Die vorgesehene Regelung verbessert für alle Bewohner spürbar die Betreuung, entlastet die Pflegekräfte und führt bei den Heimbewohnern nicht zu erhöhten Zuzahlungen oder eine Erhöhung des Pflegesatzes. Der bpa unterstützt diese Neuregelung daher nachdrücklich.

C) Änderungsvorschläge

Keine.

Kostenerstattung – § 91 SGB XI

– neu – Artikel 1, Nr. 26 b

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der bpa schlägt vor, in § 91 SGB XI auf die Beschränkung der Kostenersatzpflicht der Pflegekassen auf 80% der im Gesetz genannten pauschalen Leistungsbeträge zu verzichten.

B) Stellungnahme

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 eingeschränkt.

Die Pflegevergütung wird im Allgemeinen zwischen den Vertragsparteien nach §§ 85 Abs. 2 und 89 Abs. 2 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 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.

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.

Eine bis zur Höhe der Leistungsbeträge nach dem Dritten Abschnitt des Vierten Kapitels ungedeckelte Erstattung führt zum anderen nicht zu einer Mehrbelastung der öffentlichen Kostenträger. Preisvereinbarungen zwischen Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftigen, die ohne Beteiligung der Kostenträger getroffen werden, sollen nicht zulasten des Sozialhilfeträgers gehen. Aus diesem Grund ist nach § 91 Abs. 2 S. 3 die Funktion des Sozialhilfeträgers als nachrangiger Kostenträger ausgesetzt; ihm ist es untersagt, über die von der Pflegekasse zu leistende Kostenerstattung hinausgehende Beträge zu übernehmen. Diese Regelung bietet die Gewähr dafür, dass die Versorgung von Pflegebedürftigen durch Einrichtungen ohne Vergütungsvereinbarung auch in Zukunft die Ausnahme bleiben wird. 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.

(2) 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.

Einbeziehung von Pflegebedürftigen in die Qualitätsprüfung – § 114 Abs. 5 SGB XI

Artikel 1, Nr. 27, Gesetzesbefehl S. 12, Begründung S. 39 f.

A) Beabsichtigte Neuregelung

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.

B) Stellungnahme

Eine Umsetzung dieser Regelung würde in der Praxis dazu führen, dass die Repräsentativität der Stichprobe gefährdet wäre. Der bpa weist darauf hin, dass die Selbstverwaltung in der Schiedsstelle lange um die beste Form der Repräsentativität gerungen hat, die durch die vorliegende Regelung wieder verzerrt werden könnte. Nach Ansicht des bpa können die Pflegebedürftigen, die ggf. zusätzlich in die Prüfung einbezogen werden sollen, nur separat dargestellt werden: Wenn also normalerweise neun Bewohner mit in die Prüfung einbezogen werden, aber aufgrund von Hinweisen zwei zusätzlich beteiligt werden sollen, dann erfolgt die Darstellung der Ergebnisse im Qualitätsbericht an die Pflegeeinrichtung. Die Repräsentativität der Stichprobe darf durch die Erweiterung nicht angetastet werden. Dieses hätte Auswirkungen auf die Note und deren Veröffentlichung. Die Veröffentlichung ist aber im Rahmen der Selbstverwaltung nach § 115 SGB XI geregelt. Der bpa geht davon aus, dass der Gesetzgeber nicht beabsichtigt, in die entsprechenden Regelungen der Selbstverwaltung auf diese Art einzugreifen. Der bpa bittet daher um entsprechende Klarstellung.

Äußerst kritisch bewertet der bpa, dass es bei der vorliegenden Formulierung alleine im Ermessen der Prüfer liegt, die Prüfung entsprechend zu erweitern. Der Prüfer soll offenbar alleine entscheiden, was sachlich begründet ist. Das lehnt der bpa entschieden ab. Das bedeutet zudem, dass der Prüfer immer entscheiden kann, aus einer Regelprüfung eine Anlassprüfung zu machen. Würde auf dieser Grundlage eine Einbeziehung der Ergebnisse in die sog. Pflegenote erfolgen, wären die Ergebnisse in hohem Maße beeinflussbar und damit willkürlich.

Die Einbeziehung der von Hinweisen auf eine nicht fachgerechte Pflege

betroffenen Pflegebedürftigen erfolgt nach dem Entwurf unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass die Praxis der Medizinischen Dienste, Einwilligungen bei Betreuern trotz der eindeutigen Regelung in § 114 a Abs. 3 a SGB XI lediglich telefonisch einzuholen, offenbar unverändert fortgesetzt wird. Es wird seitens des MDS für ausreichend erachtet, wenn der Prüfer das Verfahren zur Einholung der Einwilligung dokumentiert und dies durch seine Unterschrift bestätigt. Tatsächlich erfolgt auf diese Weise allenfalls eine Dokumentation eines Gespräches durch einen Mitarbeiter des MDK in Textform, die von § 114 a Abs. 3 a SGB XI auch zum Schutz der betroffenen Pflegebedürftigen geforderte Abgabe der Einwilligung in Textform durch den zur Einwilligung Berechtigten ist damit jedoch nicht gewährleistet. Um die Einhaltung der bereits mit dem PNG erleichterten Formanforderungen sicherzustellen, sollte in § 114 Abs. 3 a SGB XI klargestellt werden, dass die Erklärung der Einwilligung durch den hierzu Berechtigten selbst in Textform erfolgen muss.

C) Änderungsvorschläge

Der bpa bittet um die oben aufgezeigten Klarstellungen.

Ergebnisse von Qualitätsprüfungen – § 115 SGB XI

Artikel 1, Nr. 28, Gesetzesbefehl S. 13, Begründung S. 40

A) Beabsichtigte Neuregelung

1.) Die Ergebnisse aller in die Prüfung einbezogenen Personen sind bei der Darstellung der Qualität im Transparenzbericht zu berücksichtigen.

2.) Neu: Der bpa macht darauf aufmerksam, dass in § 115 SGB XI eine Verankerung des indikatorengestützten Verfahrens zur Messung von Ergebnisqualität in der Pflege notwendig ist.

B) Stellungnahme

Zu 1.)

Dass alle in die Prüfung einbezogenen Personen bei der Darstellung der Qualität im Transparenzbericht zu berücksichtigen sind, ist eine Folgeänderung zur neuen Regelung in § 114 Abs. 5 SGB XI. Da damit die Repräsentativität verzerrt und massiv in einen mühsam im Rahmen der Selbstverwaltung gefundenen Kompromiss eingegriffen würde, appelliert der bpa an den Gesetzgeber, diese Formulierung so nicht in das Gesetz aufzunehmen.

Zu 2.)

Nachdem im Zuge des PNG in § 113 SGB XI auch das indikatorengestützte Verfahren zur Messung von Ergebnisqualität in der Pflege berücksichtigt wurde, muss zwingend auch in § 115 SGB XI eine gesetzliche Klarstellung erforderlich ist.

Unter den Vertragspartnern der Pflegetransparenzvereinbarung (PTVs und PTVa) bestand bei Abschluss der Vereinbarung Einvernehmen, diese Vereinbarung anzupassen, sobald pflegewissenschaftlich gesicherte Erkenntnisse über Indikatoren der Ergebnis- und Lebensqualität vorliegen.

Dabei war klar, dass für den stationären Bereich (PTVs) insbesondere das vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) geplante „Modellprojekt Messung Ergebnisqualität in der stationären Altenpflege“ zu berücksichtigen ist, dessen Ergebnisse vorliegen. Um weiter an der Umsetzung zu arbeiten, ist es notwendig, hierzu die gesetzlichen Grundlagen zu schaffen und das im Beirat des Modellversuchs für erforderliche gehaltene weitere Modellprojekt für den ambulanten Bereich in Auftrag zu geben.

Es wäre ein weiteres unverständliches Signal, wenn die vom BMG und BMFSFJ geförderten Projekte bei der Umsetzung an einer fehlenden gesetzlichen Regelung scheitern würden.

Der bpa begrüßt eine gesetzliche Regelung, die einen von den Vertragsparteien zu vereinbarenden Systemwechsel ermöglichen würde. Vor dem Hintergrund der Förderung durch zwei Bundesministerien halten wir es für notwendig, dass mit einer entsprechenden gesetzlichen Regelung die Option zum Systemwechsel eröffnet wird.

C) Änderungsvorschläge

§ 115 Abs. 1 a SGB XI wird wie folgt gefasst:

(1a) Die Landesverbände der Pflegekassen stellen sicher, dass

- 1. die von Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität, insbesondere hinsichtlich der Ergebnis- und Lebensqualität, sowie*
- 2. die Informationen vollstationärer Einrichtungen über Regelungen zur ärztlichen, fachärztlichen und zahnärztlichen Versorgung sowie zur Arzneimittelversorgung gemäß § 114 Absatz 1*

für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen verständlich, übersichtlich und vergleichbar sowohl im Internet als auch in anderer geeigneter Form kostenfrei veröffentlicht werden. Hierbei sind die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung und des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. sowie gleichwertige Prüfergebnisse nach § 114 Abs. 3 und 4 oder Prüfergebnisse, die auf Basis einer bundesweit einheitlichen Datenerhebung vor dem Hintergrund einer entsprechenden Vereinbarung der Selbstverwaltung zu den Kriterien der Veröffentlichung einschließlich der Bewertungssystematik erhoben wurden, zugrunde zu legen; sie können durch in anderen Prüfverfahren gewonnene Informationen, die die von Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität, insbesondere hinsichtlich der Ergebnis- und Lebensqualität, darstellen, ergänzt werden. ~~Bei Anlassprüfungen nach § 114 Abs. 5 bilden die Prüfergebnisse aller in die Prüfung einbezogener Pflegebedürftigen die Grundlage für die Bewertung und Darstellung der Qualität.~~ [weiter wie bisher]