

**Stellungnahme  
des Bundesverbandes für körper- und mehrfachbehinderte Menschen  
zum Referentenentwurf eines Zweiten Gesetzes  
zur Stärkung der pflegerischen Versorgung  
und zur Änderung weiterer Vorschriften  
(Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II)**

**Vorbemerkung**

Im Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen (bvkm) sind 250 regionale Selbsthilfeorganisationen zusammengeschlossen, in denen etwa 28.000 Mitgliedsfamilien organisiert sind. Der überwiegende Teil der vertretenen Menschen ist von einer frühkindlichen cerebralen Bewegungsstörung betroffen. Dabei handelt es sich sowohl um körperbehinderte Menschen, deren Leben sich kaum von dem nichtbehinderter unterscheidet, als auch um Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen, die ein Leben lang auf Hilfe, Pflege und Zuwendung angewiesen sind.

Die mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz angestrebte Einführung des auf pflegewissenschaftlichen Forschungen basierenden neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wird vom bvkm nachdrücklich begrüßt. Begrüßt wird ebenfalls die geplante Einführung eines neuen Begutachtungsassessments, in dessen Rahmen der Maßstab der Bedarfsfeststellung nicht mehr der Faktor „Zeitaufwand für die Verrichtung“, sondern der Grad der bestehenden Selbständigkeit sein soll. Bei der Einschätzung der Selbständigkeit sollen die Auswirkungen motorischer und kognitiver Beeinträchtigungen künftig gleichermaßen zu beachten sein. Hierdurch entfällt die derzeitige Unterscheidung von Pflegebedürftigen mit und ohne eingeschränkter Alltagskompetenz. Dies ermöglicht Menschen mit körperlichen und geistigen Behinderungen einen gleichberechtigten Zugang zu den Leistungen des SGB XI und vereinfacht das Leistungssystem der Pflegeversicherung.

Die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wird allerdings auch Auswirkungen auf das Recht der Eingliederungshilfe haben, das sich ebenfalls derzeit im Reformprozess befindet. Zu befürchten steht, dass sich die Probleme der Abgrenzung zwischen Eingliederungshilfe nach dem SGB XII und den Leistungen nach dem SGB XI durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff in Teilen verschärfen werden. Bedauerlich ist deshalb, dass der Referentenentwurf die wechselseitige Wirkung dieser beiden Leistungssysteme nicht in den Blick nimmt. Insbesondere kritisiert der bvkm nachdrücklich die vorgeschlagene Regelung der Schnittstelle von

Eingliederungshilfe und Pflegeversicherung im Bereich der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und fordert, dass beide Systeme besser aufeinander abgestimmt werden müssen.

Im Übrigen plädiert der bvkm dafür, folgende Punkte im Rahmen des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes zu regeln:

- Die Leistungen der Pflegeversicherung müssen behinderten Menschen unabhängig vom Ort der Leistungserbringung vollständig zur Verfügung stehen. Pflegebedürftige Menschen, die in Einrichtungen der Behindertenhilfe leben, müssen ferner grundsätzlich Zugang zu den Leistungen der häuslichen Krankenpflege erhalten. § 43 a SGB XI ist daher dringend reformbedürftig.
- Die Sachleistungen der Pflegeversicherung sind im Rahmen eines Persönlichen Budgets als Geldleistung zu gewähren. Die in § 35 a SGB XI geregelte Gutscheinelösung widerspricht der Grundidee des Persönlichen Budgets. Die Abschaffung des Gutscheinsystems würde erheblich mehr Flexibilität bei der Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung schaffen.
- Die Verhinderungspflege ist genauso flexibel zu gestalten wie die Kurzzeitpflege. Es muss daher eine Erhöhung der Verhinderungspflege um den vollen Betrag der Kurzzeitpflege auf bis zu 3.224 Euro im Jahr vorgesehen werden.
- Die Rentenansprüche von Angehörigen, die Menschen über sehr lange Zeiträume pflegen, sind deutlich zu verbessern. In vielen Familien wird die Pflege eines behinderten Kindes von den Müttern geleistet. Dies stellt einen gravierenden Einschnitt in die berufliche Biografie dar und ist mit erheblichen Einbußen bei der späteren Rente verbunden.

Zu einigen wesentlichen Punkten des Referentenentwurfs nimmt der bvkm im Einzelnen nachfolgend Stellung. Aufgrund der kurzen Fristsetzung handelt es sich um eine vorläufige Einschätzung.

### **§ 15 SGB XI/RefE Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument (Artikel 1 Nr. 14)**

Der bvkm begrüßt es ausdrücklich, dass in § 15 Abs. 5 eine Sonderregelung für die Einstufung pflegebedürftiger Kinder im Alter von 0 bis 18 Monaten getroffen werden soll. Da das neue Begutachtungsassessment die Selbstständigkeit im Vergleich zu altersentsprechend entwickelten Kindern zum Maßstab hat, könnten Kinder von 0 bis 18 Monaten ohne eine Sonderregelung regelhaft keinen oder einen nur geringen Pflegegrad erreichen, was nicht angemessen wäre. Auch wären bei dieser

Personengruppe aufgrund häufig eintretender Entwicklungsfortschritte ständig neue Begutachtungen erforderlich, was durch die Sonderregelung vermieden wird.

### **§ 28 a SGB XI/RefE Leistungen bei Pflegegrad 1 (Artikel 1 Nr. 23)**

Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 sollen vom Bezug des Pflegegeldes und der Pflegesachleistung ausgeschlossen werden. Nach § 28 a Absatz 2 SGB XI/RefE soll ihnen aber zumindest der Entlastungsbetrag gemäß § 45 b SGB XI/RefE in Höhe von monatlich 125 Euro gewährt werden. Diese Leistung wird aber häufig ins Leere laufen, insbesondere wenn Menschen in ländlichen Regionen leben, wo häufig nicht die Infrastruktur für die Angebote zur Verfügung steht, die mit dem Entlastungsbetrag in Anspruch genommen werden können.

Der bvkm plädiert deshalb dafür, den Betrag von 125 Euro als Pflegegeld statt als Entlastungsbetrag zu leisten. Das Pflegegeld ist frei verfügbar und dient unter anderem dazu, ehrenamtlich geleistete Pflege anzuerkennen. Es ist daher insbesondere in ländlichen Regionen, in denen die Nachbarschaftshilfe häufig noch besser verankert ist, zielführender als der vorgesehene Entlastungsbetrag.

### **§ 36 SGB XI/RefE Pflegesachleistung (Artikel 1 Nr. 27)**

#### **Absatz 2 Satz 2**

Nach dieser Regelung sollen Hilfen in den Bereichen Kindergarten, Schule, Ausbildung, Beruf, Krankenbehandlung und Rehabilitation ausgeschlossen sein. In der Begründung des Referentenentwurfs heißt es dazu:

Damit soll sichergestellt werden, dass Leistungen, die in den Verantwortungsbereich eines anderen Sozialleistungsträgers, beispielsweise die Eingliederungshilfe (vgl. § 54 des Zwölften Buches) oder die Krankenversicherung, fallen, auch von diesem erbracht werden. Beinhaltend die Hilfen in den genannten Bereichen auch pflegerische Maßnahmen, sind diese integraler Bestandteil der Hilfen und werden von den zuständigen Trägern mit erbracht (Beispiel: Krankenhausaufenthalt; neben den medizinischen Leistungen werden auch die pflegerischen Maßnahmen erbracht.).

Die Zielsetzung dieser Regelung ist grundsätzlich zu begrüßen. Sie bildet die derzeit gängige Praxis bei der schulischen Integrationshilfe ab. Allerdings sind Fallkonstellationen denkbar, in denen der so umfassend formulierte Ausschluss von Pflegeleistungen nicht zielführend ist. Benötigt ein Arbeitnehmer mit Behinderung zum Beispiel an seinem Arbeitsplatz lediglich Hilfe bei den Toilettengängen, wäre es fatal, wenn er hierfür nicht seine Pflegesachleistung in Anspruch nehmen könnte. Die Formulierung von Absatz 2 Satz 2 hätte aber nach Auffassung des bvkm genau dies

zur Folge. Den eigentlichen Sinn der Regelung bringt der Wortlaut nicht hinreichend zum Ausdruck.

### **Absatz 2 Satz 3**

Nach dieser Vorschrift dürfen pflegerische Betreuungsmaßnahmen nicht zulasten der Pflegekassen in Anspruch genommen werden, wenn diese Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach dem Zwölften Buch, durch den zuständigen Träger der Eingliederungshilfe nach dem Achten Buch oder nach dem Bundesversorgungsgesetz finanziert werden.

Die Regelung unternimmt den Versuch, einen Überschneidungsbereich zwischen der Eingliederungshilfe und der Pflegeversicherung im ambulanten Bereich zu lösen, indem sie die Eingliederungshilfe hinsichtlich der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen grundsätzlich für vorrangig erklärt. Für Menschen mit Behinderung hat diese Schnittstelle in der Praxis eine enorme Bedeutung. Immer wieder kommt es vor, dass Sozialhilfeträger Menschen mit Behinderung auf die angeblich vorrangigen Leistungen der Pflegeversicherung verweisen, obwohl § 13 Absatz 3 Satz 3 SGB XI ausdrücklich regelt, dass die Leistungen der Eingliederungshilfe im Verhältnis zur Pflegeversicherung nicht nachrangig sind. Die Schnittstelle bedarf daher einer besonders sorgfältigen Regelung, damit es nicht zu neuen Verschiebeparkplätzen kommt. Auf keinen Fall darf die Frage, welcher Kostenträger für welche Leistung zuständig ist, auf dem Rücken der betroffenen Menschen ausgetragen werden.

Bei der Regelung der Schnittstelle ist insbesondere auch die Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe in den Blick zu nehmen. Diese soll im Rahmen des derzeit diskutierten Bundesteilhabegesetzes erfolgen. Beide Systeme sind aufeinander abzustimmen. Bedauerlicherweise lässt der Referentenentwurf aber deutlich erkennen, dass die in Kürze anstehende Reform der Eingliederungshilfe keine Berücksichtigung bei der Regelung der Schnittstelle gefunden hat. Da für das Reformvorhaben der Eingliederungshilfe bislang kein Gesetzentwurf vorliegt, lässt sich die Wirkung, die § 36 Absatz 2 Satz 3 SGB XI/RefE auf das Zusammenspiel von Eingliederungshilfe und Leistungen der Pflegeversicherung künftig haben könnte, nicht abschließend abschätzen.

Schon jetzt bestehen aber erhebliche Zweifel an der Praxistauglichkeit der vorgeschlagenen Regelung. Dies liegt zum einen an der Anknüpfung der Regelung an den Begriff der „pflegerischen Betreuungsmaßnahmen“, der keine pflegfachliche Grundlage hat. Durch die geplante Unterteilung der häuslichen Pflegehilfe in körperbezogene Pflegemaßnahmen, Hilfen bei der Haushaltsführung und pflegerische Betreuungsmaßnahmen werden im Übrigen einheitliche Leistungsvorgänge aufgespalten. Zwischen den einzelnen Hilfearten wird sich eine Grenzziehung nicht immer streitfrei vornehmen lassen. Zum anderen ist die

Vorschrift auch sprachlich nicht geglückt. Greift die Regelung zum Beispiel bereits dann, wenn der Träger der Eingliederungshilfe für eine bestimmte pflegerische Betreuungsmaßnahme grundsätzlich zuständig ist, ein Antrag auf die Leistung bei ihm aber noch nicht einmal gestellt wurde oder kommt die Regelung nur dann zum Tragen, wenn der Eingliederungshilfeträger die Kosten für die pflegerische Betreuungsmaßnahme tatsächlich übernimmt? Die Begründung des Gesetzes spricht für die erste Variante, der Gesetzeswortlaut für die zweite. Streitigkeiten hierüber in der Praxis sind damit vorprogrammiert.

Auch die Gesetzesbegründung, wonach es „im Interesse der pflegebedürftigen Menschen“ ist, die Abgrenzung über ein Vorrang-Nachrang-Verhältnis vorzunehmen, vermag nicht zu überzeugen. Die Begründung kann allenfalls auf die Leistungen der Eingliederungshilfe zutreffen, die einkommens- und vermögensunabhängig gewährt werden. Bei den meisten Leistungen der Eingliederungshilfe ist dies aber (zumindest nach der heutigen Regelung) nicht der Fall. Müssen Menschen mit Behinderung oder deren Angehörige einen Eigenanteil für Leistungen der Eingliederungshilfe leisten, die als pflegerische Betreuungsmaßnahmen grundsätzlich in den Anwendungsbereich der Pflegeversicherung fielen, wäre es sicherlich nicht in ihrem Interesse, wenn ihnen wegen der Vorrang/Nachrang-Regelung der Zugriff auf die kostenneutrale Versicherungsleistung verwehrt wäre.

Als problematisch sieht der bvkm ferner an, dass im Gesetzentwurf nur für einen Teilbereich der Schnittstellenproblematik die spezielle Lösung des § 36 Absatz 2 Satz 3 SGB XI/RefE vorgesehen ist. Inhaltlich decken sich die pflegerischen Betreuungsmaßnahmen, die nach § 36 SGB XI/RefE als Pflegesachleistung vorgesehen sind, größtenteils mit den Leistungen, die nach § 45 a Absatz 1 Satz 2 Nr. 1 und 3. SGB XI/RefE im Rahmen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag in Anspruch genommen werden können. Auch bei diesen Leistungen kann es somit Überschneidungen zu den Leistungen der Eingliederungshilfe geben. Für diese Schnittstelle würde dann aber die allgemeine Regelung des § 13 Absatz 3 Satz 3 SGB XI gelten.

Dasselbe gilt für den in § 45 a Absatz 4 SGB XI/RefE geregelten Umwandlungsanspruch. Mit ihm kann ein Teil des in § 36 SGB XI für ambulante Sachleistungen vorgesehenen Leistungsbetrags für nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag verwendet werden. Auch für diese Schnittstelle wäre die allgemeine Regelung des § 13 Absatz 3 Satz 3 SGB XI einschlägig. Die lediglich partiell geltende Spezialregelung kann damit bei ähnlich gelagerten Sachverhalten zu unterschiedlichen Ergebnissen führen. Der Referentenentwurf ist deshalb in diesem Punkt in sich nicht stimmig.

In Anbetracht der vielen offenen Fragen, die die Regelung aufwirft, verwundert es, dass es in der Gesetzesbegründung heißt, die Regelung entspreche der bisherigen Regelung in § 36 Absatz 1 Satz 7 a.F. Sie sei, so heißt es weiter, redaktionell

angepasst worden an die Aufnahme von pflegerischen Betreuungsmaßnahmen als gleichwertige und regelhafte Leistungen im Rahmen der häuslichen Pflege. Diese verkürzte Darstellung trägt dem historischen Wandel, den der Begriff der Betreuungsleistungen in dieser Vorschrift im Laufe diverser Gesetzesänderungen erfahren hat, keine Rechnung. Die derzeitige Vorschrift wurde mit Wirkung zum 1.8.2008 durch das Pflegeweiterentwicklungsgesetz eingeführt und bezog sich seinerzeit ausschließlich auf Betreuungsleistungen im Rahmen besonderer Angebote der allgemeinen Anleitung und Betreuung. Außerdem stand die Vorschrift bislang ausschließlich im Zusammenhang mit dem sogenannten Poolen von Leistungen durch mehrere Pflegebedürftige. In der Praxis spielte sie dementsprechend lediglich eine untergeordnete Rolle. Angesichts des Stellenwerts, den die Regelung künftig durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und die Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe erhalten würde, hält der bvkm eine grundlegende gesetzliche Regelung für erforderlich, die über eine redaktionelle Anpassung hinausgeht.

### **§ 37 SGB XI/RefE Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen (Artikel 1 Nr. 28)**

Es wird begrüßt, dass die Fortgewährung des hälftigen Pflegegeldes nach Abs. 2 Satz 2 während einer Kurzzeitpflege auf bis zu acht Wochen und während einer Verhinderungspflege auf bis zu sechs Wochen verlängert wird. Im Fall der vollen Flexibilisierung der Verhinderungspflege (siehe dazu die nachstehenden Ausführungen zu § 39) sollte die Fortgewährung des hälftigen Pflegegeldes bei der Verhinderungspflege ebenfalls auf bis zu acht Wochen verlängert werden. Dasselbe gilt für die Fortgewährung des anteiligen Pflegegeldes im Rahmen der Kombinationsleistung (§ 38 SGB XI/RefE, Artikel 1 Nr. 29).

### **§ 39 SGB XI/RefE Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson (Artikel 1 Nr. 31)**

Als Verband, der insbesondere auch die Interessen von Eltern behinderter Kinder vertritt, ist es dem bvkm ein besonderes Anliegen, dass die Verhinderungspflege genauso flexibel gestaltet wird, wie dies in § 42 Absatz 2 SGB XI seit dem Inkrafttreten des Ersten Pflegestärkungsgesetzes für die Kurzzeitpflege vorgesehen ist. Auch für die Verhinderungspflege sollte daher künftig im Bedarfsfall ein Höchstbetrag von 3.224 Euro für eine Höchstdauer von acht Wochen pro Kalenderjahr zur Verfügung stehen.

Nur durch die volle Flexibilität ist gewährleistet, dass alle Menschen mit Behinderung, die Möglichkeit haben, den in § 42 für die Kurzzeitpflege vorgesehenen Betrag auch tatsächlich auszuschöpfen. Nach wie vor läuft der Anspruch auf Kurzzeitpflege nämlich für viele Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene ins Leere. Auch die mit Wirkung zum 1.1.2015 durch das Erste Pflegestärkungsgesetz erfolgte Aufhebung der Altersgrenze in § 42 Absatz 3 hat daran nichts geändert. Zwar sieht § 42 Absatz 3 die Möglichkeit vor, dass behinderte Menschen in begründeten Einzelfällen

Kurzzeitpflege auch in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen erhalten können. Bundesweit ist jedoch festzustellen, dass in derartigen Einrichtungen nicht genügend Plätze für die Kurzzeitpflege zur Verfügung stehen. Gerade in den Schulferien, wenn insbesondere berufstätige Eltern die Plätze dringend benötigen, gibt es für Kinder mit Behinderung nicht genügend Unterbringungsmöglichkeiten. Die wenigen vorhandenen Plätze werden oft schon ein Jahr im Voraus vergeben. Um Eltern mit pflegebedürftigen Kindern die dringend notwendige Entlastung zu verschaffen, Betreuungsengpässe abzufedern und die Vereinbarkeit einer Berufstätigkeit mit der Pflege eines behinderten Kindes zu fördern, sollte die Möglichkeit geschaffen werden, den Betrag der Verhinderungspflege um den Betrag der Kurzzeitpflege voll aufzustocken. Auch die Höchstdauer der Verhinderungspflege sollte dementsprechend auf bis zu acht Wochen erhöht werden.

### **§ 41 SGB XI/RefE Tagespflege und Nachtpflege (Artikel 1 Nr. 32)**

Durch das Erste Pflegestärkungsgesetz wurden zum 1.1.2015 Erleichterungen bei der Inanspruchnahme von Leistungen der Tages- und Nachtpflege geschaffen. Insbesondere wurden die bisherigen Regelungen, nach denen unter bestimmten Voraussetzungen eine Kürzung des Pflegegeld- bzw. Pflegesachleistungsanspruchs vorgesehen war, abgeschafft.

Dies macht die Tagespflege auch für Menschen mit Behinderung und deren (berufstätige) Eltern attraktiv, insbesondere dann, wenn es – wie dies häufig in den Schulferien der Fall ist – zu Betreuungsengpässen kommen kann. Die Leistungen der Verhinderungs- sowie der Kurzzeitpflege sind aufgrund ihrer beschränkten Höchstdauer von wenigen Wochen und ihres jährlichen Höchstbetrages von jeweils 1.612 Euro nur bedingt geeignet, die Betreuung behinderter Kinder während der Schulferien zu gewährleisten. Außerdem sollen sie auch der tages- und stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger dienen. Die zuverlässige Ferienbetreuung von Schulkindern zum Beispiel im Rahmen von Angeboten der offenen Ganztagschulen, die für viele berufstätige Eltern heute selbstverständlich sind, bleiben behinderten Kindern häufig versagt. Durch diese Betreuungslücke wird die Vereinbarkeit von Beruf und Familie für Eltern behinderter Kinder erheblich erschwert.

Hilfreich wäre es deshalb, wenn Eltern in den Ferienzeiten die Leistungen der Tagespflege nach § 41 SGB XI für die Betreuung ihrer Kinder nutzen könnten. Dem steht zurzeit entgegen, dass es sich bei den Einrichtungen der Tagespflege in der Regel um Einrichtungen handelt, in denen alte, vorwiegend an Demenz erkrankte Menschen dauerhaft täglich betreut werden. Dementsprechend ist auch in allen Landesrahmenverträgen zur Tagespflege geregelt, dass die Pflege und Versorgung an mindestens fünf Tagen in der Woche jeweils mindestens sechs Stunden in der Tagespflege zu gewährleisten ist. Die Zielgruppe und der Zeitrahmen von

Einrichtungen der Tagespflege decken sich damit nicht mit den Betreuungsbedarfen von Eltern behinderter Kinder.

Der bvkm regt deshalb an, modellhaft zu erproben, dass Leistungen der Tagespflege in Einrichtungen erbracht werden, die hierfür jährlich jeweils nur für begrenzte Zeiträume (zum Beispiel in den Schulferien) zur Verfügung stehen. Genutzt werden könnten hierfür zum Beispiel Schulgebäude oder Internate, die während der Ferien häufig ganz oder teilweise leer stehen. § 8 Absatz 3 SGB XI, der die Förderung von Modellvorhaben aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung vorsieht, sollte deshalb in Satz 2 wie folgt ergänzt werden:

Dabei sind vorrangig modellhaft in einer Region Möglichkeiten eines personenbezogenen Budgets, neue Wohnkonzepte für Pflegebedürftige **sowie neue Konzepte der Tagespflege für behinderte Kinder und Jugendliche** zu erproben.

### **§ 43a SGB XI/RefE Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (Art. 1 Nr. 35)**

§ 43a regelt, dass sich die Pflegekassen an den Kosten für Pflegebedürftige, die in einer vollstationären Einrichtung der Behindertenhilfe leben, zur Abgeltung der in § 43 Abs. 2 genannten Aufwendungen in Höhe von zehn vom Hundert des nach § 75 Abs. 3 SGB XII vereinbarten Heimentgeltes beteiligen müssen. Nach § 43a S. 2 sind die Aufwendungen der Pflegekasse im Einzelfall jedoch auf einen Betrag in Höhe von 266 Euro je Kalendermonat beschränkt. Da diese Leistungshöhe bei weitem nicht ausreicht, um den Pflegebedarf von Versicherten in einer vollstationären Einrichtung der Behindertenhilfe zu decken, ist nach Auffassung des bvkm – spätestens im Zusammenhang mit der Schaffung eines Bundesteilhabegesetzes – die Aufhebung des § 43a zwingend erforderlich, um die gegenwärtige Benachteiligung von Menschen mit Behinderung abzuschaffen.

Nach Auffassung des bvkm ist jedoch bereits im Rahmen des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes zwingend eine Klarstellung in § 43a dahingehend erforderlich, dass Leistungen der häuslichen Krankenpflege im Sinne von § 37 SGB V in Einrichtungen der Behindertenhilfe von dem Leistungsspektrum des § 43a SGB nicht umfasst sind. Hintergrund für unsere Initiative ist der Fall eines jungen Menschen mit Behinderung, der in einer Einrichtung der Behindertenhilfe lebte. Nach einer Verschlechterung seines Gesundheitszustandes und einem Krankenhausaufenthalt konnte er nicht mehr in seine ehemalige Wohneinrichtung zurückkehren, da die durch die Erkrankung erforderlich gewordenen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege im Rahmen der häuslichen Krankenpflege in der Einrichtung nicht finanziert und demgemäß nicht erbracht werden konnten, obwohl die Einrichtung willens und fachlich in der Lage gewesen wäre, die erforderlichen Leistungen zu erbringen. Durch die ungeklärte Finanzierung hat der junge Mensch



mit Behinderung im konkreten Fall seinen Lebensmittelpunkt verloren. Die Problematik der in der Praxis ungeklärten Finanzierung von Leistungen der medizinischen Behandlungspflege als häusliche Krankenpflege gemäß § 37 SGB V in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe betrifft jedoch nicht nur solche Bewohner, bei denen aufgrund einer Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes durch eine Krankheit eine ständige Überwachung der Vitalzeichen und bei Bedarf eine Intervention medizinisch zwingend erforderlich wird. Auch Pflegebedürftige mit einem Bedarf an medizinischer Behandlungspflege, die in einem Wohnheim der Behindertenhilfe leben möchten, können von der Einrichtung aufgrund ihres zusätzlichen Bedarfes an medizinischer Behandlungspflege und der fehlenden Finanzierung nicht aufgenommen werden. Auch weil Menschen mit Behinderung immer älter werden, ist davon auszugehen, dass der Bedarf an medizinischer Behandlungspflege in Einrichtungen der Behindertenhilfe in der Zukunft ansteigen wird.

Die Finanzierung medizinischer Behandlungspflege in Einrichtungen der Behindertenhilfe im Rahmen der häuslichen Krankenpflege scheitert in der Praxis häufig daran, dass sich die möglichen Leistungsträger für unzuständig erklären. Der Träger der Eingliederungshilfe, welcher die Kosten des vollstationären Wohnens in einer Einrichtung der Behindertenhilfe im Rahmen der Hilfen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft trägt (§ 54 Abs. 1 SGB XII i.V.m. § 55 Abs. 2 Nr. 6 SGB IX), beruft sich häufig auf die zwischen dem Wohnheim und dem Eingliederungshilfeträger geschlossene Leistungsvereinbarung (§§ 75 ff. SGB XII), die regelmäßig einen Leistungsausschluss des Eingliederungshilfeträgers für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege in der Einrichtung der Behindertenhilfe vorsieht oder er beruft sich auf den Nachranggrundsatz gemäß § 2 Abs. 1 SGB XII. Die Krankenkassen, welche grundsätzlich nach § 37 SGB V eine medizinische Behandlungspflege im Rahmen der häuslichen Krankenpflege erbringen könnten, berufen sich in der Regel darauf, dass der Leistungsanspruch für medizinische Behandlungspflege in Einrichtungen der Behindertenhilfe bereits durch die Pflegekasse aufgrund des in § 43a genannten Betrages von 266 Euro abgegolten sei.

Für eine gesetzliche Klarstellung im Rahmen des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes dahingehend, dass Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege im Rahmen der häuslichen Krankenpflege in Einrichtungen der Behindertenhilfe ausdrücklich nicht von § 43a umfasst sind, spricht ferner, dass auch der Gesetzgeber bei der Einführung des § 43a SGB die medizinische Behandlungspflege in Einrichtungen der Behindertenhilfe gerade nicht ausschließen wollte. Beim Inkrafttreten des Pflegeversicherungsgesetzes sollte die Behandlungspflege nach dem Willen des Gesetzgebers zunächst nur vorübergehend eine Art „Gaststatus“ als Teil der allgemeinen Pflege haben (vgl. Kassler Kommentar zum SGB XI, § 43 SGB XI, Rn. 22). Durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 26.03.2007 wurden die Aufwendungen für die Behandlungspflege schließlich nicht den Krankenkassen,

sondern auf Dauer den Pflegekassen zugewiesen. Im Gegenzug sollten dafür die Krankenkassen ihre Präventions- und Rehaleistungen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit verbessern (vgl. BT-Drs. 16/3100, S. 185f). Im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes wurde jedoch § 37 Abs. 1 und Abs. 2 SGB V neu gefasst und die häusliche Krankenpflege auch an „sonstigen geeigneten Orten“ zugelassen. Die gesetzliche Neuregelung sollte vor allem Lücken im „Zwischenbereich von ambulanter und stationärer Versorgung“ schließen (zum Ganzen: BT-Drs. 16/3100, S. 104). Mit dem neu eingefügten § 37 Abs. 2 S. 3 SGB V soll für Personen mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege der Anspruch nach § 37 Abs. 2 S. 1 SGB V auch dann gewährt werden, obwohl sich diese Versicherten in vollstationärer Pflege befinden. Hintergrund der Regelung war, dass wegen der begrenzten Kostenübernahme der Pflegeversicherung in diesen Fällen den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen sehr hohe Eigenanteile verbleiben, die häufig eine Sozialhilfebedürftigkeit verursachen. Zweck der Neuregelung ist es, diese Situation zu mildern (vgl. BT-Drs. 16/3100, S. 105). Durch die Neufassung des § 37 SGB V sollte nach dem Willen des Gesetzgebers darüber hinaus auch gewährleistet sein, dass bezüglich der Frage, ob einem pflegebedürftigen Menschen Leistungen der medizinische Behandlungspflege in einer stationären Einrichtung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege im konkreten Fall durch die Krankenkasse zu finanzieren ist, eine Prüfung des Einzelfalles stattfindet. Die vom Gesetzgeber gewollte Einzelfallprüfung findet in der Praxis jedoch gerade nicht statt, weil die Krankenkassen auf den in § 43a SGB XI genannten Festbetrag und die Abgeltung der medizinischen Behandlungspflege durch die Pflegekassen verweisen.

#### **§ 44 SGB XI/RefE Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen (Artikel 1 Nr. 37)**

##### **Absatz 1**

Hinweisen möchte der bvkm zunächst auf ein redaktionelles Versehen. In Absatz 1 Satz 1 fehlt offenbar die Zahl 4.

Der bvkm begrüßt die geplante Neuregelung, dass zukünftig zur Verbesserung der sozialen Sicherung der Pflegepersonen, die einen Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 pflegen, dann Rentenversicherungsbeiträge erhalten, wenn sie anstatt der bisherigen Mindestpflegezeit von 14 Stunden einen Pflegebedürftigen regelmäßig an mindestens zwei Tagen in der Woche pflegen und regelmäßig nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig sind.

Der bvkm plädiert jedoch dafür, solche Pflegepersonen, die einen Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 über einen längeren Zeitraum pflegen, wie beispielsweise Mütter von Kindern mit Behinderung, sozial mit höheren Leistungen abzusichern als Pflegepersonen, die nur über einen kurzen Zeitraum pflegen. Mütter von Kindern mit

Behinderung pflegen ihr Kind oftmals über Jahrzehnte hinweg. Durch eine Besserstellung solcher Pflegepersonen wird verhindert, dass langfristig pflegende Personen im Rentenalter unter die Armutsgrenze abrutschen. Auch werden die Pflegeleistungen honoriert.

### **Absatz 2a**

Nach Satz 1 dieser Regelung ist die Absicherung in der gesetzlichen Unfallversicherung nur für Pflegepersonen vorgesehen, die einen Pflegebedürftigen des Pflegegrades 2, 3, 4 oder 5 pflegen. Laut Gesetzesbegründung sind Pflegepersonen, die einen Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 pflegen, wegen des geringen Umfangs des Pflegebedarfs vom Unfallversicherungsschutz ausgenommen. Der bvkm hält diesen Ausschluss für nicht gerechtfertigt. Auch bei der Pflege von Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 können schwere Unfälle passieren, die unter Umständen sogar zu einer Berufsunfähigkeit der Pflegeperson führen können. Der gesetzliche Unfallversicherungsschutz ist daher das Mindestmaß an sozialer Absicherung, welches der Gesetzgeber für alle Pflegepersonen unabhängig vom Pflegegrad des Pflegebedürftigen gewährleisten sollte.

In Satz 2 ist geregelt, dass Pflegepersonen, die *nach* ihrer Pflegetätigkeit in das Erwerbsleben zurückkehren wollen, bei beruflicher Weiterbildung nach Maßgabe des Dritten Buches gefördert werden können. Diese Vorschrift berücksichtigt nicht, dass Eltern und hier im Regelfall die Mütter, häufig nicht erst nach Beendigung ihrer Pflegetätigkeit, sondern bereits während der noch andauernden Pflege ihres behinderten Kindes, in das Erwerbsleben zurückkehren möchten. Auch erscheint es nicht gerechtfertigt, Pflegepersonen, die Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 pflegen, von der Förderung auszunehmen. Der bvkm schlägt deshalb vor, die Vorschrift wie folgt zu fassen:

Pflegepersonen, die einen Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1, 2, 3, 4 oder 5 pflegen und nach **oder während** der Pflegetätigkeit in das Erwerbsleben zurückkehren wollen, können bei beruflicher Weiterbildung nach Maßgabe des Dritten Buches bei Vorliegen der dort genannten Voraussetzungen gefördert werden.

### **§ 2 Absatz 1 Nr. 7 SGB VII/RefE Versicherungsschutz kraft Gesetzes (Artikel 7)**

Korrespondierend mit § 44 Absatz 2 a SGB XI/RefE ist nach dieser Regelung die Absicherung in der gesetzlichen Unfallversicherung nur für Pflegepersonen vorgesehen, die einen Pflegebedürftigen des Pflegegrades 2, 3, 4 oder 5 pflegen. Nach Auffassung des bvkm ist der gesetzliche Unfallversicherungsschutz das Mindestmaß an sozialer Absicherung, welches der Gesetzgeber für alle Pflegepersonen unabhängig vom Pflegegrad des Pflegebedürftigen gewährleisten

sollte. Vom Unfallversicherungsschutz müssen deshalb auch Pflegepersonen umfasst werden, die Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 pflegen.

Wegen der hohen Bedeutung des Unfallversicherungsschutzes im Rahmen von Pflegetätigkeiten, bittet der bvkm den Gesetzgeber außerdem um Prüfung, inwieweit die in einigen Landesverordnungen zur Anerkennung niedrigschwelliger Betreuungs- und Entlastungsangebote neuerdings vorgesehenen „Nachbarschaftshelfer“ Unfallversicherungsschutz nach § 2 Absatz 1 Nr. 9 SGB VII genießen. Nachbarschaftshelfer sind nach diesen Verordnungen volljährige Einzelpersonen, die maximal zwei bis drei Personen pro Kalendermonat betreuen und hierfür eine Aufwandsentschädigung erhalten (vgl. zum Beispiel § 1 Nr. 2 der Verordnung der Sächsischen Staatsregierung zur Anerkennung und Förderung von Betreuungsangeboten sowie § 1 Nr. 2 der Betreuungsangebotsverordnung von Schleswig-Holstein). Sollten Nachbarschaftshelfer von § 2 Absatz 1 Nr. 9 SGB VII nicht erfasst sein, bittet der bvkm um eine entsprechende Erweiterung bzw. Anpassung der Vorschrift.

Düsseldorf, 7. Juli 2015