

Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften

Vorbemerkung

Der Deutsche Caritasverband gibt seine Stellungnahme zu den zentralen Änderungen des SGB XI im Rahmen der Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege ab. Die Stellungnahme der BAGFW (s. Anlage 1) ist dieser Stellungnahme beigelegt. Zur besseren Übersicht über die wesentlichen Punkte der Bewertung dieses Referentenentwurfs wird die Zusammenfassung der Stellungnahme der BAGFW unserer Stellungnahme vorangestellt.

Als Deutscher Caritasverband nehmen wir zu folgenden Themen separat Stellung:

- Beratung (§§7-7c)
- Dynamisierung (§ 30)
- Beitragssatz (§ 55)
- Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen

A. Zusammenfassung

Paradigmenwechsel durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff

Die BAGFW begrüßt, dass mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des Neuen Begutachtungsinstruments der notwendige Paradigmenwechsel in der Pflegeversicherung endlich eingeleitet wird. Damit wird die seit 20 Jahren bestehende systemisch bedingte Ungleichbehandlung von somatisch und kognitiv beeinträchtigten Menschen aufgehoben wird. Pflegerische Betreuungsmaßnahmen werden als neue gleichrangige Leistung ins SGB XI eingeführt und stehen künftig allen pflegebedürftigen

Menschen zur Verfügung. Die alte defizitorientierte Sichtweise auf Pflege wird abgelöst durch ein neues Verständnis von Pflege, das den Blick auf die noch bestehenden Fähigkeiten und Ressourcen lenkt, um die Selbständigkeit der Person zu erhalten oder wieder herzustellen. Prävention und Rehabilitation rücken somit in den Vordergrund. Der in § 14 verwendete Begriff der „Fähigkeitsstörung“ passt nicht in dieses Konzept. Er soll nach Auffassung der BAGFW durch „Beeinträchtigung von Fähigkeiten“ ersetzt werden. Wir bitten, auch den Begriff der „körperbezogenen Pflegemaßnahmen“, der den bisherigen, veralteten Begriff der Grundpflege ersetzen soll, dringend pflegewissenschaftlich zu überprüfen. Um zu vermeiden, dass durch diesen Begriff die Dichotomie zwischen somatischer Pflege und Betreuung, die durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff überwunden wird, leistungsrechtlich wieder eingeführt wird, schlagen wir vor, Art und Umfang der Leistungen in § 4 mit „pflegerischen Maßnahmen i.S. des § 14 Absatz 2 und Hilfen zur Haushaltsführung“ zu ersetzen.

Die BAGFW begrüßt die Absenkung der Eintrittsschwellenwerte ins System, indem Pflegegrad 1 bereits mit einem Gesamtpunktwert von 12,5 Punkten und Pflegegrad 2 mit 27 Punkten erreicht wird. Kinder im Alter von 0 bis 18 Monaten werden generell einem Pflegegrad höher zugeordnet als die Erwachsene. An diesem Punkt weicht der Referentenentwurf von den Empfehlungen des Expertenbeirats ab, ohne dass die Gesetzesbegründung hierfür einen nachvollziehbaren Grund angibt.

Überleitungsregelungen in die Pflegegerade sind sachgerecht

Die im Referentenentwurf vorgesehenen Überleitungsregelungen: einfacher Stufensprung bei Pflegebedürftigen ohne erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, doppelter Stufensprung bei Versicherten mit einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz zum Stichtag 31.12.2016 halten wir für sachgerecht. Sie tragen dazu bei, die Leistungsansprüche der bisherigen Leistungsbezieher zum 01.01.2017 eindeutig zu klären und um umfangreiche Neubegutachtungen zu vermeiden.

Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Die BAGFW begrüßt, dass das Gutachten den Antragsstellern künftig automatisch übersandt wird. Dies entspricht einer langjährigen Forderung. Die BAGFW setzt sich zudem dafür ein, dass pflegebedürftige Menschen, die nach verkürzten Fristen begutachtet werden, wie z.B. nach Krankenhausaufenthalt nicht nur vorläufig, sondern in einen konkreten Pflegegrad eingestuft werden. Diese Einstufung kann ggf. auch befristet werden. Des Weiteren fordert die BAGFW die Aufhebung der Zahlungspflicht der Pflegekasse von 70 Euro für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung der Begutachtung. Sollte der Gesetzgeber an dieser Regelung festhalten, müssen aus Gründen der Gleichbehandlung auch die stationär versorgten und nicht nur die häuslich betreuten Pflegebedürftigen diese Strafzahlung erhalten.

Umsetzung des neuen Pflegebegriffs in den leistungsrechtlichen Regelungen

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff wird inhaltlich und leistungsrechtlich vollumfänglich in den §§ 28 ff. umgesetzt. Dies spiegelt sich auch im neuen § 28 wider, welcher die Leistungsarten der Pflegeversicherung aufzählt. Der Umwandlungsanspruch in Ziffer 12a passt aus unserer

Sicht rechtssystematisch dort nicht, denn er beschreibt keine Leistungsart, sondern nur eine Form der Leistungsanspruchnahme. Generell weist die BAGFW darauf hin, dass der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff mit dem PSG II noch nicht im SGB XII verankert wurden. Die Leistungsarten nach § 28 und die Leistungen nach § 28a SGB XI müssen umgehend in die Hilfe zur Pflege gemäß § 61 SGB XII aufgenommen werden. Dabei ist sicherzustellen, dass die Leistungen des bedarfsdeckenden Systems der Hilfe zur Pflege auch andere und weitergehende Hilfen als die des SGB XI umfassen müssen.

Die BAGFW bewertet positiv, dass auch der Pflegegrad 1 zum Zweck der Erhaltung und Wiederherstellung der Selbständigkeit und der Vermeidung schwererer Pflegebedürftigkeit leistungsrechtlich ausgestaltet wird. Hierzu zählen neben dem Entlastungsbetrag in Höhe von 125 Euro, beispielsweise die Pflegeberatung nach § 7a, die Beratung in der Häuslichkeit nach § 37 Abs.3 SGB XI, die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln oder der Wohngruppenschlag. In der stationären Pflege haben Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 einen Anspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung gemäß § 43b neu.

Die BAGFW begrüßt die vorgenommene Umstellung der pflegestufenabhängigen Leistungen der §§ 36, 37 und 41 auf die neue Einteilung in Pflegegrade. Hierbei bildet die bisherige Pflegestufe 1 die Referenzstufe für den Pflegegrad 2, die Pflegestufe 2 die Referenzstufe für den Pflegegrad 3 etc. Die Leistungshöhen und die Spreizung der Leistungen entsprechen hier in der Regel den bisherigen Leistungsbeträgen einschließlich der mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz eingeführten Vorziehleistungen für die Menschen mit einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz.

Die BAGFW bewertet die Neuregelung zur Fortgewährung des Pflegegelds bei Kurzzeit- und Verhinderungspflege im Sinne einer Anpassung der durch das PSG I flexibilisierten Höchstbezugsdauern positiv. Das Pflegegeld kann bei Verhinderungspflege daher künftig für bis zu sechs Wochen fortgewährt werden, bei Kurzzeitpflege für bis zu acht Wochen. Entsprechendes gilt für die Fortgewährung des anteiligen Pflegegelds bei Inanspruchnahme der Kombinationspflege nach § 38 Absatz 1 Satz 4 neu. Damit wird eine sachgerechte Korrektur am PSG I vorgenommen.

Mit dem PSG II wird der Ausbau der Tagespflege zu einer eigenständigen Leistung bestätigt. Nicht gelöst ist bisher das Praxisproblem, dass die Höhe der Beförderungskosten bislang oft nicht ausreichend refinanziert wird, insbesondere dann wenn eine zweite Person zur Betreuung während der Fahrt oder für die Abholung aus der Wohnung erforderlich ist.

Schnittstelle zur häuslichen Krankenpflege klar regeln

Nicht klar genug geregelt ist aus Sicht der BAGFW die Schnittstelle zur Häuslichen Krankenpflege in § 37 SGB V. Um leistungsrechtliche Abgrenzungsprobleme zwischen SGB XI und SGB V zu vermeiden, schlägt die BAGFW vor, dass in § 15 explizit darauf hingewiesen wird, dass der Schweregrad der Beeinträchtigungen im Modul 5 (Bewältigung und selbständiger Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen) auch dann zu ermitteln ist, wenn der Hilfebedarf zu Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V führt. Analoges gilt für die Pflegesachleistungen nach § 36.

Weiterentwicklung der Pflegeberatung nach § 37 Absatz 3

Die BAGFW unterstützt das Anliegen des Referentenentwurfs, den Beratungspflichteinsatz nach § 37 Abs. 3 mit einer neuen Qualität zu versehen durch die Verabschiedung von Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche durch die Vertragsparteien nach § 113. Dieses Ziel wird mit der vorgeschlagenen Neuregelungen alleine jedoch in keinsten Weise erreicht. Es bedarf zudem einer entsprechend höheren, angemessenen Vergütung. Die Vergütungen der Einsätze sind so zu gestalten, dass sie auch aus wirtschaftlicher Sicht eine umfangreiche, individuelle Beratung und qualitätsgesicherte Beratung zulassen. Dies ist mit 23 Euro bzw. 33 Euro nicht möglich. Eine qualitätsgesicherte Beratung erfordert nach unserer Einschätzung sicherlich den doppelten Betrag. Die Verbände der BAGFW hatten sich in den letzten Jahren bereits dafür eingesetzt, die Vergütungen nicht gesetzlich festzuschreiben, sondern zukünftig in den Grundsätzen für die Vergütungsregelung nach § 89 SGB XI zu vereinbaren.

Verhinderungs- und Kurzzeitpflege vollständig harmonisieren

Anspruch auf Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege haben Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 bis 5. Die Leistungshöhe liegt auch zukünftig jeweils bei 1.612 Euro. Weiterhin können Versicherte Kurzzeitpflege für die Dauer von bis zu acht Wochen aus nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Verhinderungspflege nehmen, während Verhinderungspflege umgekehrt nur für die Dauer von bis zu sechs Wochen aus nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege abrufbar ist. Diese unterschiedliche Leistungsdauer führt bei den Versicherten zu Unverständnis und Intransparenz. Die BAGFW bittet zu prüfen, ob die maximale Inanspruchnahme der Verhinderungspflege von sechs auf acht Wochen verlängert werden kann. Des Weiteren plädieren wir dafür die Vorpflegezeiten bei der Verhinderungspflege abzuschaffen und gesetzliche Klarstellungen zur stundenweisen Inanspruchnahme der Verhinderungspflege vorzunehmen.

Praxisprobleme bei den ambulant betreuten Wohngruppen beseitigen

Die BAGFW setzt sich dafür ein, dass auch Menschen, die in ambulant betreuten Wohngruppen leben, uneingeschränkter Zugang zur Tages- und Nachtpflege haben. Das Argument des Missbrauchs der Regelungen zu den § 38a darf nicht dazu führen, dass Menschen in Wohngruppen anders behandelt werden als Menschen, die in ihrer angestammten Häuslichkeit leben. Die BAGFW sieht bei drei weiteren Praxisproblemen, die zur Ablehnung der Zahlung des pauschalen Zuschlags für die Präsenzkraft geführt haben, gesetzgeberischen Handlungsbedarf: 1. Es muss klargestellt werden, dass von einer gemeinsamen Wohnung auch dann ausgegangen werden muss, wenn die Privaträume über einen eigenen Sanitärbereich verfügen. 2. Als Beauftragung der Präsenzkraft muss auch gelten, wenn die Bewohner/innen der ambulanten Wohngruppe einen Pflegedienst beauftragen, der dann wiederum die Präsenzkraft stellt. 3. Der Begriff der „anbieterverantworteten ambulant betreuten Wohngruppe“ ist zu streichen. Nach § 38a Absatz 1 Nummer 4 soll der Anbieter den Nachweis führen, dass die Pflege nicht den Umfang der vollstationären Pflege erfüllt. Der Anbieter ist jedoch der stets Vermieter, während der Pflegedienst nur Gast in der Wohnung ist und seine Leistungen erbringt.

Qualität der Angebote zur Unterstützung im Alltag ohne Preisdumping sicherstellen

Die BAGFW begrüßt die Systematisierung der Regelungen zu den Angeboten der Unterstützung im Alltag, die in § 45a vorgenommen wird, wenngleich sie die Differenzierung zwischen Entlastungs- und Betreuungsangeboten, die schon durch das PSG I erfolgt ist, nach wie vor für schwierig erachtet. In der Gesetzesbegründung sollte klargestellt werden, dass gewerbliche Angebot in diesem Bereich sozialversicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnisse vorzuhalten haben und nachweislich mindestens Mindestlohn zu bezahlen haben. Bei der Umsetzung der Regelungen für diese Angebote in den Länderverordnungen hat sich gezeigt, dass die Länder bestrebt sind, Preisobergrenzen sowohl für die Entlastungs- und Betreuungsangebote als auch für die Angebote der zugelassenen Pflegedienste festzulegen. Einen solchen Eingriff in den Wettbewerb halten wir für nicht sachgerecht. Gänzlich ordnungspolitisch verfehlt ist eine solche Regelung für die ambulanten Pflegedienste, denn der Entlastungsbetrag nach § 45b kann auch für dessen Regelleistungen eingesetzt werden. Die BAGFW setzt sich dafür ein, dass die Entlastungs- und Betreuungsangebote der zugelassenen Pflegedienste automatisch durch die Landesverordnungen anerkannt werden. Um die gemeinsame Verantwortung für die Entwicklung von Angeboten der Unterstützung im Alltag wahrnehmen zu können, halten wir es für geboten, in der Verordnungsermächtigung in § 45a Absatz 3 SGB XI festzulegen, dass die maßgeblichen Akteure – dabei explizit auch die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege – qualifizierte Beteiligungsrechte bei der Erarbeitung der Rechtsverordnung erhalten.

Entlastungsbetrag als jährliches Budget ausgestalten

Die BAGFW begrüßt grundsätzlich die Einführung eines Entlastungsbetrags im ambulanten Bereich. Dieser soll von den Leistungen zum Ausgleich der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit und Fähigkeiten entkoppelt sein, damit die pflegenden Angehörigen ihn auch wirklich zu ihrer Entlastung nutzen. Die in der BAGFW kooperierenden Verbände weisen in diesem Zusammenhang jedoch, wie bereits im Rahmen ihrer Stellungnahmen zum PSG I erneut darauf hin, dass der Umwandlungsanspruch in Höhe von 40 Prozent der Pflegesachleistung im jeweiligen Pflegegrad zu einem hohen bürokratischen Aufwand führt und die Unübersichtlichkeit der Leistungen im SGB XI nicht reduziert, sondern sogar noch erhöht. Grund hierfür ist, dass die Inanspruchnahme der Unterstützungsangebote von Monat zu Monat variiert, aber bezogen auf denselben Monat mit den Sachleistungs- und Pflegegeldleistungsansprüchen verrechnet werden muss. Da die Kostenerstattung der Angebote zur Unterstützung im Alltag jedoch frühestens im Folgemonat des Monats der Inanspruchnahme nach Rechnungslegung erfolgen kann, und die Pflegesachleistung und das Pflegegeld zu diesem Zeitpunkt schon verrechnet sind, muss der Versicherte sich regelmäßig bei seiner Pflegekasse erkundigen, wieviel Budget ihm zur Verfügung steht, um etwaige Fehlbeträge nicht selbst ausgleichen zu müssen. Die BAGFW hat bereits im Rahmen des Expertenbeirats als Alternative einen jährlichen Entlastungsbetrag vorgeschlagen, der sich aus den Mitteln der Verhinderungspflege, Kurzzeitpflege und dem Entlastungsbetrag nach dem jetzigen § 45b speisen soll. Danach stünden dem Pflegebedürftigen im Kalenderjahr insgesamt 4724 Euro zur Verfügung, die er ganz flexibel für alle Leistungen nach § 45b Absatz 1 Satz 3 Nummer 1-4 einsetzen könnte.

Sollte der Gesetzgeber bei dem monatlichen Entlastungsbetrag nach § 45b bleiben, fordert die BAGFW eine Klarstellung, dass die Inanspruchnahme des 40 prozentigen Umwandlungsbetrags der Pflegesachleistung nicht erst möglich ist, wenn der Betrag nach § 45b Absatz 1 ausgeschöpft ist.

Abschläge bei den Rentenversicherungsbeiträgen aufgrund von Kombinationsleistungs- oder vollumfänglichem Sachleistungsbezug sind verfehlt

Die Leistungen der sozialen Sicherung der Pflegeperson werden aufgrund der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs übergeleitet und teilweise neugeregelt. Auch die neue Regelung sieht wiederum eine Staffelung innerhalb des jeweiligen Pflegegrades bei den Bezugswerten für die Rentenversicherungsbeiträge vor, sie differenziert nun nicht nach den Pflegezeiten, sondern danach ob nur Pflegegeld bezogen wird oder auch Kombinationspflege oder Pflegesachleistung im vollen Umfang. Nach Auffassung der BAGFW trägt gerade die Inanspruchnahme von Pflegesachleistungen und anderen Unterstützungsangeboten zu einer Stabilisierung der häuslichen Pflegesettings bei und auch zu einer Gesundheitsförderung der pflegenden Angehörigen. Es ist gerade wünschenswert, dass pflegende Angehörige lernen, Hilfe und Unterstützung anzunehmen. Abschläge bei den jeweiligen Bezugsgrößen für die Rentenversicherungsbeiträge in Höhe von 15 Prozent bei Kombinationsleistungen bzw. von 30 Prozent bei ambulanten Pflegesachleistungen sind kontraindiziert und deshalb abzulehnen. Des Weiteren plädiert die BAGFW dafür auch Pflegepersonen von Versicherten mit Pflegegrad 1 in die Regelungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen einzubeziehen.

Die Regelungen zum Besitzstandsschutz in der häuslichen Pflege und zur sozialen Sicherung der Pflegeperson sind zu begrüßen.

Versicherte der sozialen Pflegeversicherung und der privaten Pflege-Pflichtversicherung sowie Pflegepersonen, die am 31.12.2016 Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung haben, erhalten Besitzstandsschutz auf die ihnen unmittelbar vor dem 01.01.2017 zustehenden, regelmäßig wiederkehrenden Leistungen bei häuslicher Pflege.

Benachteiligung der unteren Pflegegrade in der vollstationären Pflege

Es erfolgt eine Neustaffelung der Leistungsbeträge. Pflegegrad 2 werden 770 Euro monatlich zugemessen, Pflegegrad 3 1262 Euro, Pflegegrad 4 1775 Euro und Pflegegrad 5 2005 Euro. Kritisch anzumerken ist, dass es bei den Leistungssätzen im Pflegegrad 2 und 3 zu Absenkungen kommt, die vor allem beim Pflegegrad 2 erheblich sind. In der Gesetzesbegründung findet sich kein Hinweis, nach welchen Grundsätzen die Leistungshöhe für den Pflegegrad 2 und die Leistungspreizung zwischen den Pflegegraden vorgenommen wurde. Bei einem Vergleich der Leistungen zwischen der ambulanten und der vollstationären Sachleistung ist zudem zu bedenken, dass die medizinische Behandlungspflege im vollstationären Bereich in den Pflegesatz einberechnet wird und damit über den Eigenanteil vom Bewohner allein zu tragen ist. Betrachtet man den Leistungssatz im Pflegegrad 2 zusammen mit dem einrichtungsindividuellen Eigenanteil, der heute für Personen im künftigen Pflegegrad deutlich unter dem künftigen Eigenanteil liegt, wird es Menschen in Pflegegrad 2 künftig deutlich erschwert, in die vollstationäre Pflegeeinrichtung einzuziehen. Die BAGFW hält es zudem für geboten, den seit 20 Jahren im SGB XI vorzufindenden Grundsatz der

„Heimbedürftigkeit“ aufzuheben, der mit den Neuregelungen der Absenkung der Leistungssätze auf 80 Prozent im PSG II sogar nochmals verstärkt wird.

Die Regelungen zum Besitzstandsschutz in der vollstationären Pflege werfen verschiedene Fragen auf und sind nicht abschließend zu bewerten

Bei pflegebedürftigen Menschen, die Leistungen nach § 43 SGB XI erhalten und in einer vollstationären Pflegeeinrichtung leben, bezieht sich der Besitzstandsschutz nicht auf die regelmäßig wiederkehrenden Leistungen nach § 43 SGB XI, sondern auf den bis zum 31.12.2016 bezahlten Eigenanteil bei den pflegebedingten Aufwendungen. Dies ist im Gesamtkonzept der geplanten einrichtungseinheitlichen Eigenanteile zu sehen, dennoch wirft die Regelung verschiedene Fragen auf wie z. B: gilt der Besitzstandsschutz auch bei einer Änderung der Einstufung in einen anderen Pflegegrad, bei einem Wechsel von einer Pflegeeinrichtung in eine andere Pflegeeinrichtung. Offen bleibt auch wie der Besitzschutz bemessen wird, wenn jemand aus der häuslichen Pflege in die vollstationäre Pflege wechselt und umgekehrt, angesichts der unterschiedlichen Besitzstandsschutzsystematiken.

Eigener Rechtsanspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung/ Vergütungszuschlag in Pflegeheimen ohne Einzelnachweisführung

Die BAGFW begrüßt nachdrücklich, dass pflegebedürftige Menschen nun einen eigenen Rechtsanspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen haben. Die BAGFW hatte sich stets für den Erhalt des Vergütungszuschlags für die zusätzlichen Betreuungskräfte eingesetzt und begrüßt, dass diese Regelung Eingang in das PSG II gefunden hat. Mit den Regelungen in § 43b SGB XI werden die stationären Einrichtungen verpflichtet, entsprechendes Personal einzustellen, für welches sie einen Vergütungszuschlag nach den Maßgaben der §§ 84 Absatz 8 und 85 Absatz 8 SGB XI neu erhalten. D.h., die Einrichtungen müssen unabhängig von der täglich wechselnden Inanspruchnahme Anspruch auf Refinanzierung der Kosten haben, denn sie müssen das Personal für die zusätzliche Betreuung unabhängig von der Inanspruchnahme der Leistung durch die Pflegebedürftigen vorhalten. Dies ist in der Gesetzesbegründung klarzustellen.

Einrichtungseinheitliche Eigenanteile

Für die Pflegegrade 2 bis 5 sind in den Pflegegesetzverhandlungen erstmals so genannte einrichtungseinheitliche Eigenanteile zu vereinbaren und dies i. V. mit Artikel 3 § 1 des Gesetzesentwurfes erstmals zum 01.01.2017. Die einrichtungseinheitlichen Eigenanteile werden, so der Gesetzgeber in seiner Begründung, ausgehend von dem jeweiligen prospektiven Versorgungsaufwand abzüglich der Summe des Leistungsbetrages nach § 43 ermittelt. Mit der Umstellung auf die einrichtungseinheitlichen Eigenanteile soll erreicht werden, dass der von den Pflegebedürftigen bzw. vom zuständigen Sozialhilfeträger zu tragende Eigenanteil nicht mehr mit der Schwere der Pflegebedürftigkeit steigt. Grundsätzlich begrüßt die BAGFW die Absicht, eine Mehrbelastung der höheren Pflegegrade zu verhindern. Zudem ist eine Planungs- und Kalkulationssicherheit auf Seiten der Pflegebedürftigen und deren Angehörigen ebenso ausnahmslos zu befürworten.

Die BAGFW sieht die Gefahr, dass das eigentliche Grundproblem eines seit Beginn der Pflegeversicherung kontinuierlichen Anstiegs der Eigenfinanzierungsanteile bei den Heimbewohnern durch diese Regelung nicht gelöst wird. Auf eine notwendig zwingende Behebung des ursächlichen Realwertverlustes durch eine regelmäßige und regelgebundene Leistungsanpassung haben die mit der BAGFW kooperierenden Verbände schon im Kontext der Leistungsdynamisierungsdiskussion beim PSG I entschieden hingewiesen. Aus Sicht der BAGFW muss dem Problem steigender Eigenanteile mit der entsprechenden Anhebung der regelmäßig wiederkehrenden Leistungsbeträge der Pflegeversicherung begegnet werden, und zwar unter Berücksichtigung der dauerhaften Sicherung der Realwertkonstanz. Einrichtungseinheitliche Eigenanteile sind aber das falsche Instrument zur Kostendämpfung.

Monitoring der Überleitung

Die genaue Betrachtung der Bemessungsgrundlagen, insbesondere die der Personalrichtwerte und der Verteilung in den Pflegegraden in Verbindung mit den Auswirkungen der gestaffelten vollstationären Leistungsbeträge der Pflegeversicherung, ist aus Sicht der BAGFW für den Umstellungszeitraum in ein Monitoringverfahren einzubinden. Der Gesetzgeber sieht selbst mit § 18c SGB XI eine Begleitstruktur für die Umstellung vor. Die Aufgaben dieses Begleitgremiums sollen um die konkrete fachliche Beratung zu diesem Themenbereich mit einem neuen Absatz 2 ergänzt werden, und zwar zu den Punkten

- Verhältnis zwischen der Zahl der Heimbewohner und der Zahl der Pflege- und Betreuungskräfte (in Vollzeitkräfte umgerechnet),
- die Unterteilung nach Pflegegrad (Personalanzahlzahlen),
- im Bereich der Pflege, der Betreuung und der medizinischen Behandlungspflege den Anteil der ausgebildeten Fachkräfte am Pflege- und Betreuungspersonal
- Die Entwicklung der Zusammensetzung der Heimbewohner in Bezug auf die Verteilung in den Pflegegraden unter Berücksichtigung der Staffelung der Leistungsbeträge der Pflegeversicherung.

Bestandsschutzregelung der Personalausstattung bei alternativer Überleitung einführen

Die BAGFW sieht die Neuverhandlung der Pflegesätze in Ermangelung der Klärung zur Personalbemessung insbesondere in vollstationären Einrichtungen mit Sorge. Die Umsetzung ist an dieser Stelle wegen der engen Fristsetzungen bis zum 30.09. bzw. 31.12.2016 ein zeitliches und ein inhaltliches und seit vielen Jahren verschlepptes Grundsatzproblem, nämlich die sachgerechte, wirtschaftliche und leistungsbezogene, am Versorgungsauftrag orientierte personelle Ausstattung der Pflegeeinrichtungen anzupassen.

Die BAGFW fordert die Bundesregierung auf, für die alternative Überleitung eine Übergangsregelung in Artikel 3 des Gesetzesentwurfs aufzunehmen, mit der die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens vorhandene Personalausstattung für mindestens ein Jahr unter Bestandsschutz gestellt wird.

Die alternativen Übergangsregelungen für die Pflegesätze reichen nicht aus

Der Gesetzgeber hat in Artikel 3 alternative Übergangsregelungen für die stationäre Pflege für den Fall vorgesehen, dass der Verhandlungsweg nicht erfolgreich ist. Die BAGFW fordert, die alternativen Übergangsregelungen wie folgt anzupassen:

- Keine Sperrwirkung übergeleiteter Pflegesätze für Neuverhandlungen. Trotz alternativ übergeleiteter Pflegesätze muss der Verhandlungsweg weiter offen stehen.
- Anhebung der vollstationären Sachleistungsbeträge, die zusammen mit der zu § 43 vorgeschlagenen Staffelung verhindert, dass vollstationäre Pflege nur noch von den höheren Pflegegraden in Anspruch genommen wird; notfalls durch Umverteilung der sonstigen Mehrausgaben
- Überleitung der Pflegesätze auf der Grundlage des durchschnittlichen Monatsbudgets der letzten zwölf Monate (anstelle einer Stichtagsbetrachtung)
- Möglichkeit, künftig erwartete Kostenänderungen in die übergeleiteten Pflegesätze einzubeziehen, oder zumindest Zuschlag in Höhe der allgemeinen Kostensteigerungsraten
- Maßnahmen zur Verbesserung der Erfolgsaussichten von Einzelverhandlungen stationärer Pflegesätze, u. a. Ausbau der Kapazitäten der SGB XI-Schiedsstellen
- Die Höhe des Besitzstandsschutzes wird durch die Differenz des bisherigen Eigenanteils und des neuen einrichtungseinheitliche Eigenanteil im ersten Monat nach der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs bestimmt. Es muss hier klargestellt werden, dass es keine Befristung des Besitzstandsschutzes gibt und dass temporäre Schwankungen des Eigenanteils, etwa durch Abwesenheitstage, bei der Bemessung des Besitzstandsschutzes außer Betracht bleiben.

Die Bemessung der Äquivalenzziffern für die Überleitung im teilstationären Bereich ist zu hinterfragen.

Nach Auffassung der BAGFW muss die Spreizung der übergeleiteten teilstationären Pflegesätze mit der Spreizung der teilstationären Leistungsbeträge übereinstimmen und auf nachvollziehbare Annahmen zum Versorgungsaufwand gestellt werden.

Pflegesatzverhandlungen 2016 nicht einfrieren

Der Gesetzesentwurf legt nicht eindeutig dar, ob Verhandlungen zu Vergütungssteigerungen in das Jahr 2016 übertragen bzw. durchgeführt werden können. Die BAGFW erbittet sich eine Klarstellung, dass auch über den 01. Januar 2016 hinaus Verhandlungen zulässig sind, die sich auf die Vergütung der Einrichtungen bis zum 31.12.2016 beziehen.

Qualitätsausschuss zu einer demokratisch legitimierten Selbstverwaltung weiterentwickeln

Kernstück der Neuregelungen zur Qualitätssicherung ist der neu eingeführte Qualitätsausschuss nach § 113b SGB XI. Er stellt gewissermaßen einen „Zwitter“ zwischen der Schiedsstelle Qualitätssicherung nach § 113b alt und neuen Strukturen der Selbstverwaltung zur Qualitätssicherung dar. Hinsichtlich seiner Zusammensetzung fehlt es nach wie vor an klaren Kriterien, aus denen sich ableiten lässt, welche Vereinigung der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene als Mitglied in der neuen Selbstverwaltungsstruktur

Deutscher Caritasverband e.V.

legitimiert ist. Der neue Qualitätsausschuss erfüllt die Funktion der Konfliktlösung, indem, ähnlich wie beim erweiterten Bewertungsausschuss, ein unparteiischer Vorsitzender und zwei weitere unparteiische Mitglieder hinzugezogen werden können. Diese sind jedoch keine permanenten Mitglieder, sodass es an einer permanenten Ergänzung der Selbstverwaltungspartner durch eine unparteiische Person fehlt. Wie auch bisher schon, stellen die Vereinbarungen und Beschlüsse, die der Qualitätsausschuss treffen kann, lediglich vertragliche Vereinbarungen bzw. Beschlussfassungen dar, jedoch keine Richtlinien. Es bleibt auch unklar, was vertragliche Vereinbarungen und was Beschlussfassungen sind und worin sich diese unterscheiden. Damit unterscheidet sich das neue Gremium nach § 113b neu nicht wesentlich vom Plenum der bisherigen Vereinbarungspartner nach § 113 SGB XI alt. Begrüßt wird, dass der Qualitätsausschuss sich wissenschaftlicher Expertise bedienen kann, nämlich in Form der qualifizierten Geschäftsstelle nach § 113b Absatz 6. Abgesehen davon, dass sich die Frage stellt, was man sich genau unter einer „qualifizierten Geschäftsstelle“ vorstellen soll und warum ihr Wirken auf fünf Jahre begrenzt wird, werden die Aufgaben der Koordination der Selbstverwaltung und der fachlich-wissenschaftlichen Beratung vermischt.

Der Referentenentwurf nimmt mit dem vorgestellten Modell zwar Kurs auf eine neue Selbstverwaltungsstruktur, bleibt aber auf halber Strecke stecken. Die BAGFW hat ein weitergehendes klares Modell für eine neue Selbstverwaltung entwickelt, das sich am Modell des Gemeinsamen Bundesausschusses im SGB V, allerdings in deutlich schlankerer Form, anlehnt und die benannten Strukturdefizite vermeidet. Gegenüber der jetzt in § 113b geschaffenen Struktur eines „Zitters“ zwischen Schiedsstelle und neuer Selbstverwaltungsstruktur entstände mit einem Qualitätsausschuss nach BAGFW-Modell eine Selbstverwaltungsstruktur mit eingebautem Konfliktlösungsmechanismus, da der unabhängige Vorsitzende und zwei weitere unparteiische Mitglieder ständige Mitglieder dieser Struktur wären und nicht bei Bedarf hinzuziehende Schiedspersonen. Aufgrund der Rolle des unabhängigen Vorsitzenden könnten Patt-Situationen vermieden werden, indem immer eine Mehrheitsentscheidung herbeigeführt werden kann. Die von der BAGFW vorgeschlagene Struktur würde auch eindeutig gesetzlich regeln, welche Verbände demokratisch legitimierte Mitglieder wären. Im Unterschied zum Qualitätsausschuss nach § 113b sieht das Konstrukt der von der BAGFW vorgeschlagenen Selbstverwaltungsstruktur eine dritte Bank aus Vertreterinnen und Vertretern der auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger Menschen und von Menschen mit Behinderung vor. Sie sollen mitberaten können und antragsberechtigt sein. Ihre Beteiligung als dritte Bank ist ein Beitrag zur Beteiligung und Transparenz der Verfahren zur Qualitätssicherung gegenüber den Verbraucherinnen und Verbrauchern. Ein weiterer zentraler Unterschied zum im Referentenentwurf vorgelegten Modell eines Qualitätsausschusses ist der Grad der Verbindlichkeit, den die Entscheidungen eines solchen Ausschusses haben. Während ihnen nach § 113b Absatz 3 letzter Satz lediglich die Rechtswirkung einer vertraglichen Vereinbarung oder Beschlussfassung zukommt, haben die Beschlüsse eines Qualitätsausschusses nach BAGFW-Modell den rechtsverbindlichen Charakter einer Richtlinie. Ein solcher G-BA würde Richtlinien über die Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität und Richtlinien zu den Ergebnissen von Qualitätsprüfungen einschließlich der Qualitätsberichterstattung erlassen. Auch die Expertenstandards wären Gegenstand seiner Richtlinienkompetenz. Durch die

Richtlinienkompetenz wären die bisherigen Probleme zur Frage, wie die Allgemeinverbindlichkeit von Vereinbarungen hergestellt werden kann, juristisch sauber gelöst.

Indikatorengestütztes Verfahren zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität

Die BAGFW begrüßt, dass die verbindliche Verankerung eines indikatorengestützten Verfahrens zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität in § 113 SGB XI des Referentenentwurfs nochmals eine Aufwertung erfahren hat. Die in der BAGFW kooperierenden Verbände hatten seinerzeit das von BMG und BMFSFJ durchgeführte und in § 113b Absatz 4 Satz 1 Ziffer 4 als Grundlage für das indikatorengestützte Verfahren erwähnte Projekt „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ angeregt. Mit der Fokussierung der Qualitätssicherung weg von der Struktur- und Prozessqualität hin zur Ergebnisqualität verfolgt der Gesetzgeber einen Pfad, den die BAGFW forciert hat.

Inhaltliche Aufgaben des im Referentenentwurf vorgesehenen Qualitätsausschusses ist nicht die Erstellung von Richtlinien nach §§ 113, 113a oder 115a, sondern die wissenschaftliche Begleitung von Instrumenten der Qualitätsprüfung im stationären und ambulanten Bereich, die auf der Grundlage des Indikatorenmodells erfolgen sollen und auch Module für die Befragung von Pflegebedürftigen als ergänzende Informationsquelle zur Bewertung der Lebensqualität darstellen. Das wird von der BAGFW ausdrücklich begrüßt. Dabei kann auf wissenschaftlich breit erprobte Projekte zur indikatorengestützten Erfassung von Ergebnisqualität der Diözesancaritasverbände Köln (EQisA) und Münster (EQMS) zurückgegriffen werden. Für die in § 113b Absatz 4 Nummer 4 geforderten Module zur Befragung der Lebensqualität in stationären Pflegeeinrichtungen liegt aus dem Projekt „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ ein wissenschaftliches Inventar vor, das im Projekt des Diözesancaritasverbandes Münster EQMS weiter erprobt wurde, auf das zurückgegriffen werden kann. In die Gesetzesbegründung sollte aufgenommen werden, dass auf dieses Instrument konkret zurückgegriffen werden soll.

Hinsichtlich der zeitlichen Vorgaben der Entwicklung von Instrumenten für die Prüfung der Qualität von ambulanten Pflegeeinrichtungen bezweifelt die BAGFW, dass diese einschließlich der dann abgeschlossenen Pilotierung bereits zum 31.3.2018 vorliegen können, denn im Unterschied zum stationären Bereich sind die Ergebnisindikatoren für den ambulanten Bereich noch nicht entwickelt.

Qualitätsprüfungen

Die Qualitätsprüfungen nach § 114 werden nach Auffassung der BAGFW dem in den §§ 113 und 113b beschriebenen, neuen indikatorengestützten Verfahren nicht mehr gerecht. Im Referentenentwurf findet sich keine Anpassung des neuen Prüfgeschehens. Dies betrifft sowohl die künftigen externen Plausibilitätskontrollen bis als auch die Frage notwendiger Neujustierungen der weiteren Prüfarten. Die Konzepte der Regelprüfung und Wiederholungsprüfungen werden dem neuen Modell nicht mehr gerecht und sind entsprechend anzupassen und neu konzeptionieren, ebenso der Prüfauftrag für die Medizinischen Dienste

und die Prüfdienste der PKV. Einzig die Anlassprüfung aufgrund von Beschwerden ist vor dem neu geregelten Hintergrund in der bestehenden Form als weiterhin sinnvoll. In einem System der regelmäßigen Vollerhebung von Qualitätsdaten bei allen Bewohnerinnen und Bewohner zu gesundheitsbezogenen Indikatoren der Ergebnisqualität sowie von Befragungen der Bewohner und Angehörigen zur Ergebnisqualität aus Nutzerperspektive würde das bisherige System der Regelprüfung durch jährliche Überprüfungen des MDK bzw. anderer akkreditierter Prüfinstitutionen zur korrekten Datenerhebung der gesundheitsbezogenen Indikatoren ersetzt. Die Prüfung könnte z. B. 10 Prozent aller Bewohnerinnen und Bewohner einer Einrichtung umfassen. Inhalt der Prüfung ist die korrekte Anwendung der Verfahrensregelungen und die Übereinstimmung der Prüfergebnisse mit dem Pflegezustand der Bewohnerinnen und Bewohner. Bei Unstimmigkeiten in der Datenerhebung würde ein Klärungsprozess eingeleitet, bei dem die Fehlerquellen und –ursachen herausgefunden und beseitigt werden sollen. Auf dieser Grundlage sind die Daten durch korrekte Daten zu bereinigen und zu aktualisieren. Im Falle bewusster fehlerhafter Angaben kann eine Sanktionskaskade in Gang gesetzt werden bis hin zur Kündigung der Versorgungsverträge nach § 74 SGB XI. Darüber hinaus hat die zuständige Heimaufsichtsbehörde Prüfrecht nach dem jeweiligen Landesrecht. Sie wird auch über die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen nach dem SGB XI informiert. Erzielt die Einrichtung in den Qualitätsberichten überdurchschnittliche oder durchschnittliche Ergebnisse, ergibt sich kein weiterer Handlungsbedarf. Erzielt sie jedoch unterdurchschnittliche Ergebnisse wird ebenfalls eine Kaskade zur Stärkung der internen Qualitätssicherung in Gang gesetzt, die vom einfachen Stellungnahmeverfahren bis hin zu einer umfassenden Prüfung der Struktur- und Prozessqualität durch den MDK und vergleichbarer Prüfinstitutionen reicht.

Die BAGFW weist zudem darauf hin, dass für die Übergangszeit bis zur Umsetzung eines neuen Systems der Qualitätsprüfung und Qualitätsberichterstattung Übergangsregelungen fehlen, wie die größten Kritikpunkte des bestehenden Systems der Transparenzvereinbarungen, die Verrechnung der Einzelnoten zwischen den Qualitätsbereichen, beseitigt werden können. Hierzu schlägt die BAGFW vor, die Gesamtnote auszusetzen.

B. Besonderer Teil

§ 7 neu: Aufklärung, Auskunft

Referentenentwurf

In der Neufassung wird der Begriff Beratung durch Auskunft ersetzt. Die Regelungen zur Beratung werden in die Vorschrift des § 7a-neu überführt.

Die Pflegekasse ist verpflichtet, Antragsteller unverzüglich über ihren Anspruch auf kostenlose Beratung, den nächstgelegenen Pflegestützpunkt, sowie über eine Vergleichsliste zu Leistungen und Vergütungen zugelassener Pflegeeinrichtungen zu informieren. Inhaltlich neu ist, dass die Leistungs- und Preisvergleichsliste auch Angaben zu Art, Inhalt und Kosten der Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a enthalten muss. Pflegekassen müssen auch Auskunft über Leistungen und Kosten der integrierten Versorgung geben und diese Angaben im Internet veröffentlichen. Antragsteller erhalten die Liste nur noch auf Anforderung.

Leistungs- und Preisvergleichslisten werden von den Landesverbänden der Pflegekassen erstellt und sollen zukünftig auf deren Internetseite veröffentlicht werden. Das gilt auch für die veröffentlichten Ergebnisse der Qualitätsprüfungen nach § 115 Absatz 1a und Informationen zur Versorgung in vollstationären Einrichtungen nach § 115 Absatz 1b.

Bewertung

Der Begriff „Beratung“ soll nach den neuen Regelungen dem § 7a vorbehalten sein. Aufklärung und Auskunft sind jedoch begrifflich unscharf und inhaltlich schwer von Beratung zu trennen. Auch Personen, die noch keinen Antrag auf Leistungen gestellt haben oder deren Unterstützungsbedarf unterhalb der Anspruchsgrenze liegt, haben oft einen hohen Beratungsbedarf. Eine frühzeitige Beratung kann Hilfe und Pflegebedürftigkeit vermeiden helfen oder verzögern. Es muss kritisch hinterfragt werden, ob Auskunft und Aufklärung dafür ausreichend sind. Mitarbeiter der Pflegekassen, die keine Ausbildung zum Pflegeberater haben, sollten zumindest in der Lage sein, Versicherte umfassend und verständlich über komplexe Sachverhalte aufzuklären.

Die Ausweitung der Aufklärung und Auskunftspflicht durch die Pflegekassen wird begrüßt. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen wissen oft nicht, wo sie sich beraten lassen können und welche Unterstützungsangebote es in ihrer Nähe gibt. Mit der Veröffentlichung im Internet erhalten sie einen neuen Zugangsweg zu diesen Informationen. Die Möglichkeit, sich auf diesem Weg über regional verfügbare Unterstützungsangebote zu informieren und Preise und Leistungen zu vergleichen, erhöht die Transparenz und stärkt die (Wahl)Rechte der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen.

Aufklärung und Auskunft sollten frühzeitig erfolgen, um Belastungen, die durch die Pflegesituation entstehen, vorzubeugen oder abzumildern. Beratung wird erfahrungsgemäß

erst sehr spät in Anspruch genommen. Daher sollten alle Versicherten von ihrer Pflegekasse regelmäßig auf die Informationen im Internet aufmerksam gemacht werden und nicht erst bei Antragstellung. Darüber hinaus sollen alle Versicherten bei Stellung eines Antrags aufgeklärt werden, dass sie einen Anspruch auf Beratung nach § 7a oder im Pflegestützpunkt nach § 7c haben.

Der nächstgelegene Pflegestützpunkt ist oft nicht wohnortnah. Das hat zur Folge, dass die Inanspruchnahme der Beratung für die Ratsuchenden mit einem relativ hohen Aufwand verbunden ist und häufig nicht in Anspruch genommen wird. Es gibt aber vielfach Beratungsstellen in anderer Trägerschaft, die gut erreichbar sind und diese Aufgabe auch erfüllen. Daher sollte die Pflegekasse nicht nur auf den nächstgelegenen Pflegestützpunkt sondern auch auf andere Beratungsstellen hinweisen.

Lösungsvorschlag

In § 7 Absatz 1 Satz 1 wird vor dem Wort „Aufklärung“ das Wort „umfassende“ eingefügt.

In § 7 Absatz 2 Satz 4 werden nach den Wörtern „den nächstgelegenen Pflegestützpunkt nach § 7c“ die Wörter „und sonstige Beratungsstellen“ eingefügt.

In § 7 Absatz 2 wird nach Satz 5 folgender Satz 6 eingefügt „Alle Versicherten sind in regelmäßigen Abständen auf die Veröffentlichungen im Internet nach Absatz 2 Satz 5 und Absatz 3 Satz 2 hinzuweisen“.

In § 7 Absatz 2 Satz 4 wird das Wort „Pflegebedürftigen“ durch „Versicherten“ ersetzt.

§ 7a neu: Pflegeberatung

Referentenentwurf

Die Pflegekasse soll Anspruchsberechtigten noch vor der erstmaligen Beratung eine/n zuständige/n Pflegeberater/in oder eine sonstige Beratungsstelle benennen. Inhalte und Vorgaben zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung werden in einer Pflegeberatungsrichtlinie verbindlich festgelegt. Die Richtlinie wird vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen unter Beteiligung von MDK, Verbänden und anderer auf Bundesebene tätiger Parteien bis zum 31.7.2018 erlassen. Näheres dazu ist in § 17 in einem neuen Absatz 1a geregelt. Die Parteien nach § 17 Absatz 1a sollen auch an den Empfehlungen zur Anzahl, Qualifikation und Fortbildung der Pflegeberater beteiligt werden.

Die Aufgaben der Pflegeberatung werden dahingehend erweitert, dass bei der Feststellung des Hilfebedarfs nicht nur das MDK-Gutachten, sondern auch die Ergebnisse der Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 berücksichtigt werden. Maßgeblich für den Versorgungsplan sind die Vorgaben der Pflegeberatungsrichtlinie.

Auf Wunsch des Anspruchsberechtigten kann die Pflegeberatung zukünftig auch gegenüber seinen Angehörigen, Lebenspartnern oder weiteren Personen in seiner Abwesenheit erfolgen. Es wird klargestellt, dass Leistungsanträge auch bei dem/der zuständigen Pflegeberater/in gestellt werden können.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird in § 7a Absatz 9 neu verpflichtet, dem BMG erstmalig zum 30.6.2020 einen Erfahrungsbericht zur Weiterentwicklung der Beratungstätigkeit und der Beratungsstrukturen sowie zu Ergebnissen und Wirkungen der Beratung in der eigenen Häuslichkeit vorzulegen.

Die Regelung, dass Pflegekassen sich an der Finanzierung und Organisation von Beratungsaufgaben anderer Träger beteiligen können, wird von § 7 Absatz 4 in § 7a Absatz 8 neu überführt. Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung infolge des Wegfalls der Pflegeberatung in § 7. Die Landesverbände der Pflegekassen vereinbaren nach dem neuen Absatz 7 zudem gemeinsam und einheitlich mit dem Verband der privaten Krankenversicherung, den nach Landesrecht bestimmten Stellen für die wohnortnahe Betreuung im Rahmen der örtlichen Altenhilfe und den Trägern der Sozialhilfe sowie mit den kommunalen Spitzenverbänden auf Landesebene Rahmenverträge über die Zusammenarbeit bei der Beratung.

Bewertung

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass die Pflegekassen vor der erstmaligen Beratung unverzüglich feste Ansprechpartner für eine individuelle Beratung benennen. Dadurch wird der Weg zu einer ganzheitlichen Beratung aus einer Hand geebnet. Das entspricht dem Wunsch vieler Ratsuchenden und wird ausdrücklich begrüßt. Um eine umfassende und individuelle Beratung zu gewährleisten, müssen die benannten Pflegeberater/innen die nötige Unabhängigkeit mitbringen. Das gilt für alle Berater/innen, unabhängig davon ob sie bei einer Pflegekasse, der Kommune oder einem anderen Träger nach § 7a Absatz 8 neu angestellt sind. Begrüßt wird auch die Neuerung, wonach die Pflegeberatung auch gegenüber pflegenden Angehörigen und anderen nahestehenden Personen oder in deren Anwesenheit erfolgen kann. Diese Regelung entspricht der Lebenswirklichkeit, denn häufig möchten pflegebedürftige Menschen die Beratung in Anwesenheit einer vertrauten Person in Anspruch nehmen, etwa weil die Angehörigen Fragen und Probleme besser artikulieren können als sie selbst. Vielen Angehörigen fällt es auch leichter über die Pflegesituation zu reden, wenn der Pflegebedürftige nicht anwesend ist. Zudem gehört es zum erklärten Ziel der Pflegeberatung, Angehörige zur Inanspruchnahme von Unterstützungs- und Entlastungsleistungen zu beraten.

Positiv zu bewerten ist, dass mit der Pflegeberatungsrichtlinie einheitliche und fundierte Vorgaben für die Beratung eingeführt werden. Der Beratungsbedarf kann jedoch sehr unterschiedlich und komplex sein. Die Vorgaben sollten den Berater/innen genügend Flexibilität ermöglichen, damit sie die Beratung auf die individuelle Situation des Pflegebedürftigen und seiner Angehörigen abstimmen können. Auch das Wunsch- und Wahlrecht der Ratsuchenden muss berücksichtigt werden. Sie sollten einer Beratung nicht nur zustimmen, sondern sie auf Wunsch auch vorzeitig beenden können. Auch ein Beraterwechsel sollte möglich sein.

Vorgesehen ist, dass das Gutachten und die Empfehlungen in die Beratung einbezogen werden. Pflegeberater werden verpflichtet, regelmäßig zu überprüfen, ob auch die Ergebnisse von Pflegeberatungseinsätzen in der eigenen Häuslichkeit Anhaltspunkte für weiteren Hilfe- und Unterstützungsbedarf ergeben. Liegen diese vor, sollen sie auf Wunsch des Versicherten Beratung anbieten und auf die Genehmigung für notwendig erachtete Maßnahmen hinwirken. Bei der Berichtspflicht zur Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach dem neuen Absatz 9 Nummer 2 mit dem Ziel, Erkenntnisse und Hinweise zur Wirkung der Beratungsbesuche zu gewinnen ist kritisch zu hinterfragen, welche Messkriterien dafür herangezogen werden sollen. Werden z. B. Hinweise und Empfehlungen aus einem Beratungsbesuch nicht in die Praxis umgesetzt, ist dies nicht zwangsläufig ein Indiz für eine unzureichende Wirkung der Beratung. Im Sinne des Wunsch- und Wahlrechts liegt die Verantwortung für die Umsetzung vor allem im Ermessen der Ratsuchenden. Grundsätzlich kann die Beratung nur empfehlenden Charakter haben. Autonomie und Wahlfreiheit des Pflegebedürftigen müssen an oberster Stelle stehen.

Positiv bewertet wird, dass mit dem neuen Absatz 7 eine Zusammenarbeit der Pflegekassen mit den nach Landesrecht bestimmten Stellen der örtlichen Altenhilfe und den Sozialhilfeträgern sowie mit den kommunalen Spitzenverbänden bei der Beratung durch das Schließen von Rahmenverträgen vorgesehen wird. Der Deutsche Caritasverband hofft, dass in einem weiteren Gesetzgebungsverfahren noch weitergehende Vorschläge für eine stärkere Integration der Kommunen insbesondere in die Pflegeberatung, aber auch in die Pflegeinfrastrukturplanung erfolgen.

Lösungsvorschlag

In § 7a Absatz 1 wird nach Satz 2 folgender Satz 3 eingefügt „Auf Wunsch des Anspruchsberechtigten kann die Pflegeberatung vorzeitig beendet oder ein anderer zuständiger Pflegeberater benannt werden“.

Redaktionelle Änderung

In § 7a Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter „in deren Anwesenheit“ durch „unter deren Einbeziehung“ ersetzt.

§ 7b neu: Beratungsgutscheine

Referentenentwurf

Die Pflegekasse ist nicht nur nach Eingang eines erstmaligen Antrags auf Leistungen, sondern auch nach Eingang anderer Anträge verpflichtet, entweder einen Beratungstermin zu nennen oder einen Beratungsgutschein auszustellen.

Bewertung

Die Neuerung umfasst z. B. Anträge auf Neueinstufung, zum Wechsel von Geld- zu Sachleistungen oder Kombinationsleistungen, zur Inanspruchnahme gepoolter Leistungen oder in Krisensituationen zur kurzfristigen Sicherstellung der Pflege durch berufstätige Angehörige. Den Neuerungen ist uneingeschränkt zuzustimmen.

Gegenwärtig entscheidet die Pflegekasse, ob sie selbst Beratung anbietet oder einen Beratungsgutschein ausstellt. Nach Ansicht des Deutschen Caritasverbandes soll der Versicherte im Rahmen seines Wunsch- und Wahlrechts selbst entscheiden können, ob er die Beratung durch die Pflegekasse oder aber einen Beratungsgutschein in Anspruch nehmen will.

Lösungsvorschlag

In § 7b Absatz 1 Satz 1 werden vor dem Wort „entweder“ die Wörter „auf seinen Wunsch“ eingefügt.

§ 7c neu: Pflegestützpunkte

Referentenentwurf

§ 92 c wird aufgehoben. Die Vorschriften des ehemaligen § 92 c Absatz 1 bis 4 und 7 bis 9 betreffen die Beratung in und durch Pflegestützpunkte und werden aufgrund des engen Sachzusammenhangs unverändert in die Vorschrift des § 7c - neu - überführt. Die Regelungen des ehemaligen § 92 c Absatz 5 und 6 betreffen die Anschubfinanzierung von Pflegestützpunkten. Die Regelungen waren befristet gültig und sind mittlerweile ausgelaufen.

Bewertung

Die Aufhebung von § 92 c und die Zusammenführung in § 7c-neu dient der Übersichtlichkeit und wird begrüßt.

An dieser Stelle weisen wir darauf hin, dass bei der Standortwahl der Pflegestützpunkte, bestehende Beratungsstrukturen zu berücksichtigen sind. Dafür hat sich der Deutsche Caritasverband bereits 2008 im Zusammenhang mit der Einführung der Pflegestützpunkte im Pflegeweiterentwicklungsgesetz eingesetzt. In vielen Regionen sind Pflegestützpunkte für ein großes Einzugsgebiet zuständig. Die Erreichbarkeit ist eingeschränkt. Das wirkt sich erschwerend auf die Inanspruchnahme der Beratung aus. Ein aufsuchender Ansatz, den Beratungsstellen der Wohlfahrtsverbände schon seit Jahren leisten, ist von entscheidender Bedeutung, vor allem im ländlichen Raum, wo Pflegebedürftige sonst weite Wege zurücklegen müssten.

Lösungsvorschlag

In § 7c Absatz 1 wird nach Satz 1 folgender Satz 2 eingefügt: "Bestehende Beratungsstrukturen anderer Träger sind zu berücksichtigen".

§ 30 Dynamisierung

Referentenentwurf

Der Prüfauftrag der Bundesregierung auf Notwendigkeit und Höhe einer Anpassung der Leistungen der Pflegeversicherung wird vom Jahr 2017 auf das Jahr 2020 verschoben.

Bewertung

Nach dem PSG I wäre die nächste Prüfung zur Anpassung der Höhe der Leistungssätze in der Pflegeversicherung turnusgemäß im Jahr 2017 erfolgt. Da das Jahr 2017 das Jahr der Umstellung auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff ist und die Leistungssätze in diesem Jahr von den heutigen Pflegestufen in die neuen Pflegegrade überführt werden müssen, ist es sachgerecht, die Prüfung der Leistungsanpassung nicht in diesem Jahr durchzuführen. Die Leistungssätze des Pflegegelds nach § 37 sowie der Pflegesachleistung nach § 36 entsprechen zwar den heutigen Leistungssätzen, indem die Leistungen nach den §§ 36 und 37 jeweils mit den Leistungssätzen nach § 123 zusammengeführt werden. Gleichviel werden die heute nach § 45a SGB XI Anspruchsberechtigten aber nicht nur einen Pflegegrad, sondern aufgrund des doppelten Stufensprungs zwei Pflegegrade höher eingestuft werden und somit von den neuen Leistungssätzen profitieren. Die Gesetzesbegründung weist aus, dass mit den neuen Leistungssätzen im vollstationären Bereich insbesondere die Pflegebedürftigen in den höheren Pflegegraden vor finanzieller Überforderung geschützt werden sollen. Diese Wirkung tritt im Kontext der einrichtungsindividuell vom Pflegegrad unabhängigen Eigenanteile tatsächlich ein. Die Gesetzesbegründung erwähnt aber gleichzeitig nicht, dass die Pflegebedürftigen in den Pflegegraden 2 und 3, deren Leistungssätze gegenüber den heutigen Pflegestufen abgesenkt werden, von den neuen Leistungssätzen nicht profitieren werden. Insbesondere in Pflegegrad 2 steigt auch der Eigenanteil, sodass diese Gruppe von der Systemumstellung benachteiligt sein wird, sofern sie nicht vom Besitzstandsschutz profitieren kann, wie z.B. beim Wechsel aus der eigenen Häuslichkeit in die stationäre Pflegeeinrichtung. Als Fazit schlagen wir vor, die erneute Überprüfung der Leistungsanpassung um 1 Jahr auf das Jahr 2019 vorzuziehen.

Der Deutsche Caritasverband konstatiert und kritisiert – wie schon in vielen vorausgegangenen Stellungnahmen zu Pflegereformen –, dass der Gesetzgeber weiterhin keinen Regelmechanismus für eine Dynamisierung einführt. Auch die Regelung, dass eine Dynamisierung mit Verweis auf gesamtwirtschaftliche Rahmenbedingungen ausgesetzt werden kann, bleibt bestehen. Der Deutsche Caritasverband setzt sich erneut dafür ein, § 30 der Überschrift entsprechend als wirkliche Dynamisierung und nicht als Prüfung der bloßen Leistungsanpassung auszugestalten. Dabei soll die Dynamisierung aus unserer Sicht grundsätzlich an die Bruttolohnentwicklung anknüpfen, da die Kosten der Pflege überwiegend durch die Lohnkosten bestimmt werden. Die Dynamisierung soll jährlich erfolgen.

Lösungsvorschlag

In § 30 werden Satz 1 und 2 SGB XI wie folgt neu formuliert:

„Die Bundesregierung dynamisiert jährlich, erneut im Jahr 2019, die Leistungen der Pflegeversicherung. Als Orientierungswert für die Anpassungsnotwendigkeiten dient die Bruttolohnentwicklung im gleichen Zeitraum.“

§ 30 Satz 3 SGB XI wird gestrichen.

Da sich der Deutsche Caritasverband dafür einsetzt, dass die Vergütungen für die Beratungseinsätze nach § 37 Absatz 3 von den Vertragspartnern nach § 89 SGB XI

festzusetzen sind, ist die Regelung in § 30 Absatz 2, wonach die Bundesregierung ermächtigt wird, die Vergütung durch Rechtsverordnung festzusetzen, ist § 30 Absatz 2 ersatzlos zu streichen.

§ 55 neu: Beitragssatz, Beitragsbemessung

Referentenentwurf

Der Beitragssatz wird zum 1.1.2017 bundeseinheitlich um 0,2 Prozentsatzpunkte angehoben.

Bewertung

Die Anhebung des Beitragssatzes um 0,2 Prozentsatzpunkte führt laut den Ausführungen im Referentenentwurf zu Mehreinnahmen in Höhe von rund 2,5 Mrd. Euro. Bis 2020 steigen die Mehreinnahmen voraussichtlich auf 2,7 Mrd. Euro. Dem gegenüber stehen jedoch im Jahr 2017 Mehrausgaben in Höhe von 3,7 Milliarden Euro und in den Folgejahren Mehrausgaben in Höhe der Mehreinnahmen. Hinzu kommen einmalige Überleitkosten von 3,6 Mrd. Euro sowie einmalige Bestandsschutzkosten in Höhe von 0,8 Mrd. Euro für einen Zeitraum von vier Jahren, d. h., die einmaligen Überleitkosten betragen insgesamt 4,4 Mrd. Euro. Angesichts dieser einmaligen Kosten, aber auch mit Blick auf die Zukunft scheinen die 2,5 Mrd. Euro Mehreinnahmen eher knapp kalkuliert. Wir gehen davon aus, dass in den kommenden drei Jahren eine weitere Beitragssatzsteigerung unausweichlich sein wird. Der Deutsche Caritasverband trägt eine Beitragssatzsteigerung mit, denn eine gute Pflege muss in einer älter werdenden Gesellschaft solide gegenfinanziert werden.

Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (§ 43a)

Der Referentenentwurf zum PSG II sieht keine Änderungen des § 43a SGB XI vor. Hier sieht der Deutsche Caritasverband jedoch dringenden Handlungsbedarf. Das SGB XI und das System der Eingliederungshilfe sind spätestens im Zuge des geplanten Bundesteilhabegesetzes so zu harmonisieren, dass Menschen mit Behinderung unabhängig von ihrer Wohnform die Leistungen erhalten können, auf die sie nach dem SGB XI einen Anspruch haben. Wenn die Unterscheidung zwischen ambulanten und stationären Leistungen in der Eingliederungshilfe aufgehoben wird, muss die ambulante Pflege nach SGB XI auch in Wohneinrichtungen erbracht werden können, die nach heutiger Terminologie als stationäre Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe bezeichnet werden.

Dennoch sollte die Option erhalten bleiben, dass in den - nach heutiger Begrifflichkeit - als stationär bezeichneten Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe weiterhin das Modul Pflege neben allen anderen Leistungen zur Teilhabe nach dem heutigen § 55 SGB XII durch das Fachpersonal der Wohneinrichtung erbracht wird. Die Pflegehandlung und die Handlungen der Assistenz, Unterstützung und Begleitung werden im Alltag der Menschen mit Behinderung nur in wenigen speziellen Handlungen vollkommen getrennt voneinander vollzogen. Daher sollten

beide Leistungen aus einer Hand erbracht und in den Alltag integriert werden. Das gilt grundsätzlich, aber besonders bei einer Teilhabe- und Unterstützungsleistung, die wir demnächst zwar nicht mehr stationär nennen, die aber dennoch besonders umfassend sein und den gesamten Alltag abdecken muss. Darum ist aus fachlichen Gründen diese Einbettung der Pflegeleistung in die Leistungen der Eingliederungshilfe vorzuziehen.

In diesem Setting der Leistungserbringung aus einer Hand kann das Fachpersonal, wie bisher, aus Pflegefachkräften, Heilerziehungspflegern und anderen Assistenzkräften zusammengesetzt sein. Die Pflegeversicherung soll dem Leistungsträger der Eingliederungshilfe für diese Pflegeleistung auch weiterhin einen Zuschuss bezahlen. Da die Menschen mit Behinderung grundsätzlich alle pflegeversichert sind und somit Beiträge wie alle anderen Versicherten bezahlen, muss dieser Zuschuss allerdings angepasst sein an die Leistungssätze der ambulanten Sachleistung. Der Betrag sollte nach Pflegestufen oder den künftigen Pflegegraden gestaffelt werden. Es werden Beträge vorgeschlagen, die wenig unter den Sachleistungsbeträgen für die ambulanten Pflegeleistungen liegen.

In diesem Modell sind alle Maßnahmen und Verfahren aus Leistungs-, Prüf- und Qualitätsvereinbarung mit dem Leistungsträger der Eingliederungshilfe oder nach dem Bundesteilhabegesetz zu vereinbaren.

Freiburg/ Berlin, den 7.7.2015