

Sozialverband Deutschland e.V. Stralauer Straße 63 10179 Berlin

SoVD
Sozialverband
Deutschland

Abteilung Sozialpolitik

Tel.: 030 / 72 62 22 – 199

Fax: 030 / 72 62 22 – 328

Sekretariat: 030 / 72 62 22 – 121

E-Mail:

Stellungnahme

**des Sozialverbands Deutschland (SoVD) zum Referentenentwurf des
Bundesministeriums für Gesundheit vom 22.6.2015**

**Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und
zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II)**



Inhalt

I. Gesamtbewertung:	3
II. Zu den Regelungen im Einzelnen:	6
1. Stärkung von Information und Beratung der Versicherten (§§ 7, 7a, 7b, 7c n.F.)	6
2. Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (§ 14 SGB XI n.F.)	6
3. Feststellung von Pflegebedürftigkeit, Einführung von Pflegegraden (§ 15 SGB XI n.F.)	7
4. Neues Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 18 SGB XI n.F.)	8
5. Leistungen der Pflegeversicherung bei Pflegegrad 1 (§ 28a SGB XI neu)	9
6. Leistungsdynamisierung (§ 30 SGB XI n.F.)	9
7. Pflegesachleistung (§ 36 SGB XI n.F.)	10
8. Pflegegeld (§ 37 SGB XI n.F.)	11
9. Wohngruppenzuschlag (§ 38a SGB XI n.F.)	11
10. Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI n.F.)	11
11. Tages- und Nachtpflege (§ 41 SGB XI n.F.)	12
12. Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI n.F.)	12
13. Vollstationäre Pflege (§ 43 SGB XI n.F.)	12
14. Pflege in Einrichtungen der Behindertenhilfe (§ 43a SGB XI n.F.)	13
15. Zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 43b SGB XI neu)	13
16. Angebote zur Unterstützung im Alltag (§ 45a SGB XI n.F.)	14
17. Entlastungsbetrag (§ 45b SGB XI)	14
18. Beitragssatz (§ 50 SGB XI n.F.)	15
19. Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil bei stationärer Pflege (§ 84 SGB XI n.F.)	15
20. Sonderzahlbetrag für rehabilitative Pflege (§ 87a SGB XI n.F.)	16
21. Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität (§ 113 SGB XI n.F.)	16
22. Qualitätsausschuss (§ 113b SGB XI n.F.)	17
23. Qualitätsprüfungen (§ 114 SGB XI n.F.)	18
24. Durchführung der Qualitätsprüfungen (§ 114a SGB XI n.F.)	18
25. Darstellung der Ergebnisse von Qualitätsprüfungen (§ 115 Abs. 1a SGB XI n.F.)	18
26. Übergangsregelungen, Überleitungsregelungen in die Pflegegrade, Besitzstandsschutz, Übergangsregelungen für das Begutachtungsverfahren	19
27. Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen (§ 166 SGB VI n.F.)	20
III. Zusammenfassung:	21

Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz sollen die Pflegeversicherung und die pflegerische Versorgung durch einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein neues Begutachtungsassessment (NBA) auf eine neue pflegfachliche Grundlage gestellt werden. Erstmals sollen für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit sowohl kognitive wie auch somatische Kriterien mit einer einheitlichen Systematik erfasst werden.

Der Referentenentwurf enthält im Wesentlichen folgende Maßnahmen:

1. Stärkung der Information und der Beratung pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen,
2. Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs
3. Einführung des neuen Begutachtungsassessment (NBA),
4. Zuordnung neuer Leistungshöhen zu den fünf Pflegegraden,
5. Ausrichtung der Höhe der von den Pflegekassen gezahlten Rentenversicherungsbeiträgen für ehrenamtliche Pflegepersonen an Pflegegrad und bezogener Leistungsart der Pflegebedürftigen,
6. Einführung eines einrichtungseinheitlichen Eigenanteils bei stationärer Pflege,
7. Neuordnung der Selbstverwaltungsstrukturen im Bereich der Pflegequalitätsmessung und -darstellung – Schaffung eines Qualitätsausschusses,
8. Anhebung des Beitragssatzes um 0,2 Prozentsatzpunkte auf 2,55 Prozent zum 1.1.2017.

Die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wird einschließlich der Setzung der Leistungsbeträge im Jahr 2017 3,7 Milliarden Euro und in den Folgejahren 2,4 bis 2,5 Milliarden kosten. Hinzu kommen einmalige Überleitungskosten von insgesamt 3,6 Milliarden Euro sowie einmalige Bestandsschutzkosten von 0,8 Milliarden Euro in einem Zeitraum von vier Jahren.

I. Gesamtbewertung:

Paradigmenwechsel durch neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff

Der SoVD begrüßt ausdrücklich, dass mit dem vorliegenden Referentenentwurf die seit Jahren vorbereitete und geforderte Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines neuen pflegfachlich fundierten Instruments zur Pflegebegutachtung erfolgen soll. Beides ist geeignet, den zu defizitorientierten Blick der Pflegeversicherung auf körperliche Defizite durch einen ressourcenorientierten Blick auf den Grad der Selbständigkeit zu ersetzen. Erstmals werden damit alle Menschen beim Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung gleich behandelt, unabhängig davon, ob ihre eingeschränkte Selbständigkeit körperliche, kognitive oder psychische Ursachen hat. Mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und dem neuen Begutachtungsassessment wird eine Gerichtigkeitslücke geschlossen, die seit Einführung der Pflegeversicherung 1995 bestand. Damit hängen auch wichtige Änderungen des Leistungsrechts zusammen. Erstmals werden auch pflegerische Betreuungsmaßnahmen zur ambulanten Sachleistung nach § 36 SGB XI. Daneben fallen Sonder- und Übergangsregelungen im Zusammenhang mit der Erfassung der eingeschränkten Alltagskompetenz und entsprechender Sonderleistungen weg, was die Übersichtlichkeit des Leistungssystems des SGB XI erhöht.

Die mit einer solch umwälzenden Neustrukturierung des SGB XI zusammenhängenden Fragen z.B. der Überleitung von Leistungsbeziehenden in das neue System mit fünf Pflegegraden sowie den Bestandsschutz sind nach erster Einschätzung des SoVD gut gelöst. Insbesondere

die Hochstufung demenziell und somatisch beeinträchtigter Menschen um zwei Stufen („doppelter Stufensprung“) und der Besitzstandsschutz, der aus SoVD-Sicht zwingend unbefristet sein muss, sind richtig.

Der Referentenentwurf enthält weitere Regelungen, für die sich der SoVD im Rahmen seiner Mitwirkung in den Expertenbeiräten stark gemacht hat, wie den Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI n.F. zum Einsatz für „Hilfen im Alltag“ oder den Zugang der Personen in Pflegegrad I zu vielen präventiven und unterstützenden Leistungen der Pflegeversicherung.

Leider werden weitere wichtige Reformen nicht in Angriff genommen.

Schnittstelle von Pflegeversicherung und Eingliederungshilfe bleibt unverändert

Durch die Berücksichtigung kognitiver, kommunikativer und psychischer Fähigkeiten bei der Einstufung in Pflegegrade im Rahmen des NBA sowie der Einführung pflegerischer Betreuungsmaßnahmen als Regelsachleistung der Pflegeversicherung (§ 36 SGB XI) überschneiden sich die Leistungsbereiche der Pflegeversicherung und der Eingliederungshilfe zukünftig in weit stärkerem Maße. Deshalb haben die Expertenbeiräte in ihren Gutachten 2009 und 2013 gefordert, zusammen mit der Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs jeweils auch die Schnittstellen von Pflegeversicherung und Eingliederungshilfe neu zu gestalten. Vor diesem Hintergrund ist es sehr enttäuschend, dass diese Schnittstellen im Entwurf des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes nicht neu geregelt werden. Es bleibt bei der klaren Negativ-Abgrenzung der Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI gegenüber den Leistungen der Eingliederungshilfe sowie den pauschalierten niedrigen Zuschüssen der Pflegeversicherung zur pflegerischen Versorgung in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe nach § 43a SGB XI. Die Gesetzesbegründung, wonach die Negativ-Abgrenzung in § 36 SGB XI dazu diene, Leistungsverchiebungen zulasten der Pflegebedürftigen zu vermeiden, ist unzutreffend. Denn das SGB XII ist insgesamt ein subsidiäres Leistungssystem, das die vorrangige Leistungspflicht der Betroffenen nur ergänzt. Dies zeigt sich auch darin, dass Leistungen der Eingliederungshilfe – im Unterschied zu Pflegeversicherungsleistungen – auf das Einkommen angerechnet werden. Für die Betroffenen wäre es besser, sie erhielten vollen Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung und nur der nicht von der teilleistenden Pflegeversicherung abgedeckte Teil würde durch die Eingliederungshilfe gedeckt.

Nicht zuletzt vor dem Hintergrund der Debatte um die Reform der Eingliederungshilfe, in deren Rahmen unter dem Begriff der Personenzentrierung die Abkehr von den Kategorien „ambulante“ und „stationär“ diskutiert wird, müssen die Schnittstellen von Pflegeversicherung und Eingliederungshilfe neu gestaltet werden.

Maßnahmen zur Stärkung der solidarischen Umlagefinanzierung fehlen

Die vorgesehene Anhebung der paritätischen Beitragssätze zur Pflegeversicherung um 0,2 Prozentpunkte auf 2,55 Prozent zum 1.1.2017 ist richtig. Nur so können die dringend notwendigen Leistungsverbesserungen auch solidarisch finanziert werden. Der SoVD kritisiert erneut, dass Mittel in Höhe von 0,1 Beitragssatzpunkten, etwa 1,2 Milliarden Euro pro Jahr, in den Pflegevorsorgefonds bei der Bundesbank fließen. Die dort gesammelten Mittel werden der Solidargemeinschaft entzogen und können nicht für dringende Leistungsverbesserungen eingesetzt werden.

Der SoVD kritisiert, dass eine regelmäßige Dynamisierung der Pflegeversicherungsleistungen, die notwendig wäre, um den fortschreitenden Kaufkraftverlust der Pflegeversicherungsleistungen und das damit verbundene Armutsrisiko bei Pflegebedürftigkeit zu mindern, auch im vorliegenden Referentenentwurf nicht vorgesehen ist. Dringend notwendig wäre die Schaffung einer Dynamisierungsautomatik in Form einer im Gesetz verankerten, jährlich automatisch wirkenden Anpassung, ohne dass der Gesetzgeber gesondert tätig werden muss. Als Bezugsgröße zur Berechnung der jährlichen Anpassung im Rahmen dieser Dynamisierungsautomatik kann die Veränderung der Bezugsgröße nach § 18 SGB IV verwendet werden.

Der SoVD vermisst in Bezug auf die Finanzierung Maßnahmen zur Überwindung der Gerechtigkeitsmängel in Bezug auf Finanzierung und Organisation der Pflegeversicherung durch kurzfristige Maßnahmen wie die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze, die Einbeziehung weiterer Einkommensarten sowie einen Risikoausgleich zwischen sozialer und privater Pflegeversicherung. Mittelfristig muss die Pflegeversicherung zu einer Pflege-Bürgerversicherung auf Grundlage der solidarischen Pflegeversicherung weiterentwickelt werden.

Maßnahmen zur Entlastung der Pflegebedürftigen von Investitionskosten fehlen

In den vergangenen Jahren haben sich in vielen Bundesländern die gesondert zu berechnenden Investitionskosten, die den pflegebedürftigen Menschen in Rechnung gestellt werden können, zu einer erheblichen finanziellen Belastung für die pflegebedürftigen Menschen entwickelt. Mit großem Bedauern hat der SoVD zur Kenntnis genommen, dass die Bundesländer ihrer Verpflichtung zur Finanzierung der Investitionskosten aus § 9 SGB XI nur sehr unzureichend nachkommen. Er fordert vor diesem Hintergrund, erstens die unverbindliche Regelung des § 9 SGB XI, wonach Sozialhilfeeinsparungen der Bundesländer im Zuge der Einführung der Pflegeversicherung zur Förderung der Investitionskosten eingesetzt werden „sollen“, zu einer verbindlichen Verpflichtung der Bundesländer zu machen und zweitens die Investitionskosten stärker öffentlich zu fördern.

Pflegefachlich fundierter, bundeseinheitlicher Personalschlüssel fehlt

Der mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff verbundene Paradigmenwechsel hin zu Teilhabe und Selbstbestimmung sowie entsprechend veränderte Leistungen der Pflegeversicherung können zu einer größeren Arbeitszufriedenheit der Pflegefachkräfte beitragen. Denn der derzeitige Begriff von Pflegebedürftigkeit mit seiner Fokussierung auf körperliche Einschränkungen und Grundpflege prägt den Arbeitsalltag der Pflegekräfte erheblich („Minutenpflege“). Insbesondere psychosoziale und kommunikative Elemente der von den Kräften erlernten Pflegefachlichkeit kommen im Arbeitsalltag derzeit zu kurz. Allerdings vermisst der SoVD im vorliegenden Referentenentwurf durchgreifende Maßnahmen zur Verbesserung der Personalsituation in den Einrichtungen. Dazu gehört, die Personalbemessung wissenschaftlich fundiert und bundesweit einheitlich auszugestalten.

II. Zu den Regelungen im Einzelnen:

1. Stärkung von Information und Beratung der Versicherten (§§ 7, 7a, 7b, 7c n.F.)

Vorgesehen ist, die Information und Beratung der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen durch die Pflegekassen zu stärken. Sie sollen besser in die Lage versetzt werden, aus den verschiedensten Angeboten unterschiedlicher Träger nach ihren Bedarfen und Wünschen die besten Angebote auszuwählen und zusammenzustellen. Die Pflegekasse soll die Versicherten zukünftig unverzüglich nach Eingang eines Antrags auf Pflegeleistungen über ihren Anspruch auf unentgeltliche Pflegeberatung nach § 7a SGB XI, den nächstgelegenen Pflegestützpunkt nach § 7c SGB XI sowie die Leistungs- und Preisvergleichsliste nach § 7 Abs. 3 (= Vergleichsliste über die Leistungen und Vergütungen der zugelassenen Pflegeeinrichtungen) informieren. Anspruchsberechtigten soll künftig vor der ersten Beratung ein zuständige/r Berater/in oder eine sonstige Beratungsstelle benannt werden. Darüber hinaus soll die Pflegeberatung auf Wunsch des Anspruchsberechtigten Versicherten auch gegenüber seinen Angehörigen erfolgen. Schließlich sollen die Landesverbände der Pflegekassen gemeinsam mit dem PKV-Verband Rahmenverträge über die Zusammenarbeit in der Beratung vereinbaren mit den nach Landesrecht bestimmten Stellen für die wohnortnahe Betreuung im Rahmen der örtlichen Altenhilfe, den zuständigen Trägern der Sozialhilfe sowie den kommunalen Spitzenverbänden auf Landesebene.

SoVD-Bewertung: Angesichts des komplexen Anspruchs- und Leistungssystems des SGB XI kommt einer umfassenden Beratung der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen eine Schlüsselfunktion zu. Der SoVD hat sich in der Vergangenheit besonders für eine trägerunabhängige Beratung eingesetzt. Vor diesem Hintergrund begrüßt er besonders den Hinweis der Pflegekasse auf den nächstgelegenen Pflegestützpunkt sowie die grundsätzliche Stärkung der Zusammenarbeit der Pflegekassen mit anderen bei der Beratung älterer Menschen relevanten Akteuren. Besonders wichtig ist aus Sicht des SoVD, umfassend barrierefrei zu gestalten.

2. Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (§ 14 SGB XI n.F.)

Vorgesehen ist, zum 1.1.2017 den neuen Begriff der Pflegebedürftigkeit einzuführen. Dabei soll an den Ergebnissen der Expertenberichte aus 2009 und 2013 eng angeknüpft werden. Als Pflegebedürftig im Sinne der Pflegeversicherung gelten künftig Personen, die aufgrund individueller Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder Fähigkeitsstörungen bei bestimmten Aktivitäten der Hilfe durch Andere bedürfen und nach der Begutachtung einen Pflegegrad erhalten, unabhängig davon, ob der Schwerpunkt ihrer Beeinträchtigung im körperlichen, kognitiven oder psychischen Bereich liegt. Der Begriff der Pflegebedürftigkeit und seine Legaldefinition werden deutlich erweitert. Er bezieht künftig auch solche Personen mit ein, deren erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI in der Fassung bis zum 31.12.2016 gesondert erfasst wird. In folgenden sechs im Gesetz genannten Bereichen („Modulen“) wird der Grad der individuellen Beeinträchtigung und Fähigkeitsstörung ermittelt: „Selbstversorgung“, „Mobilität“, kognitive und kommunikative Fähigkeiten“, „Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“, „Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen und Belastungen“ sowie „Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte“. Es bleibt dabei, dass auch künftig nur pflegebedürftig ist, wessen Beeinträchtigung dauerhaft, das heißt voraussichtlich für mindestens sechs Monate vorliegt.

SoVD-Bewertung: Der SoVD hat seit Einführung der Pflege-Versicherung im Jahr 1995 kritisiert, dass der Begriff der Pflegebedürftigkeit vor allem auf somatische Defizite ausgerichtet ist und kognitive wie psychische Problemlagen nicht berücksichtigt. Das Problem verschärfte sich vor dem Hintergrund der zunehmenden Zahl demenziell Erkrankter unter den Pflegebedürftigen zunehmend. Auch die Einführung eines Sonderverfahrens zur Messung eingeschränkter Alltagskompetenz in § 45a SGB XI sowie die Einführung von Sonderleistungen für diesen Personenkreis brachten bisher keine strukturelle Behebung des Problems. Vor diesem Hintergrund begrüßt der SoVD die Einführung einer neuen Definition von Pflegebedürftigkeit zum 1.1.2017 ausdrücklich. Sie schließt die Gerechtigkeitslücke der Pflegeversicherung in Bezug auf kognitiv und psychisch beeinträchtigte Menschen mit Pflegebedarf und trägt durch die stärkere Fokussierung auf Selbständigkeit zu einer teilhabeorientierten Pflege bei.

3. Feststellung von Pflegebedürftigkeit, Einführung von Pflegegraden (§ 15 SGB XI n.F.)

Vorgesehen ist, zum Stichtag 1.1.2017 das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit mit einem neuen, pflegfachlich begründeten Begutachtungsinstrument (NBA) zu messen. Das NBA beruht dabei auf dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und deckt die in § 14 Abs. 2 SGB XI n.F. genannten sechs Bereiche („Modulen“) ab, in denen jeweils der Grad der individuellen Beeinträchtigung ermittelt wird. Die Zuordnung zu einem der künftig fünf Pflegegrade erfolgt über einen Gesamtpunktwert, der mit einer mehrschrittigen Bewertungssystematik ermittelt wird. Dabei werden die in den sechs Modulen ermittelten Einzelpunktwerte gewichtet und zu einem Gesamtpunktwert zwischen 0 und 100 zusammengefasst. Die Struktur der Bewertungssystematik mit Punktbereichen und Gewichtung der sechs Module werden durch das Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung – erstmals zum 1.1.2017 – festgelegt. Anhand der Gesamtpunktwerte erfolgt die Zuordnung des Pflegegrades:

Gesamtpunktwert	Ausmaß der Einschränkung	Pflegegrad
12,5 bis < 27	„Geringe Beeinträchtigung der Selbständigkeit“	Pflegegrad 1
27 bis < 47,5	„Erhebliche Beeinträchtigung der Selbständigkeit“	Pflegegrad 2
47,5 bis < 70	„Schwere Beeinträchtigung der Selbständigkeit“	Pflegegrad 3
70 bis < 90	„Schwerste Beeinträchtigung der Selbständigkeit“	Pflegegrad 4
90 bis 100	„Schwerste Beeinträchtigung der Selbständigkeit mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung“	Pflegegrad 5

Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch Abgleich ihrer beeinträchtigten Selbständigkeit mit der von altersentsprechend ermittelten Kindern ermittelt. Pflegebedürftige Kinder im Alter von 0 bis 18 Monaten werden nach folgender Systematik eingestuft:

Gesamtpunktwert	Pflegegrad
12,5 bis < 27	Pflegegrad 2
27 bis < 47,5	Pflegegrad 3
47,5 bis < 70	Pflegegrad 4
70 bis < 90	Pflegegrad 5
90 bis 100	Pflegegrad 5

SoVD-Bewertung: Der SoVD war im Rahmen seiner Mitwirkung in den Expertenbeiräten an der Erarbeitung des NBA beteiligt. Es ist eng mit der neuen Definition von Pflegebedürftigkeit verbunden und bietet aus Sicht des SoVD viele Vorteile zum bisherigen System: Das NBA richtet den Blick auf die Selbständigkeit der Betroffenen statt ihrer körperlichen Defizite, erfasst Beeinträchtigungen differenzierter, bildet mehr Aspekte von Pflegebedürftigkeit ab und führt zu einer Gewährung von Pflegeversicherungsleistungen bereits bei verhältnismäßig geringer Beeinträchtigung. Der SoVD begrüßt die Einführung des neuen Begutachtungsassessments ausdrücklich.

Fraglich bleibt für den SoVD, ob die für die Einstufung der Betroffene maßgebliche Gewichtung der einzelnen Module wie vorgesehen durch das BMG im Wege der Rechtsverordnung gesetzt werden darf oder durch Parlamentsgesetz festgelegt werden müsste.

4. Neues Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 18 SGB XI n.F.)

Vorgesehen ist, die Begutachtungen zur Pflegebedürftigkeit ab 1.1.2017 auf Grundlage des neuen Begutachtungsassessments (NBA) durchzuführen. In insgesamt acht Bereichen („Modulen“) werden individuelle Beeinträchtigungen der Selbständigkeit ermittelt. Neben den sechs für die Feststellung von Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI maßgeblichen Modulen werden auch die Module „außerhäusliche Aktivitäten“ und „Haushaltsführung“ ermittelt. Beide sind zwar für die rechnerische Ermittlung des Pflegegrades nicht erforderlich, können aber für die konkrete individuelle Pflegeplanung, die Beratung und das Versorgungsmanagement hilfreich sein.

Vor dem Hintergrund, dass im Rahmen der Begutachtungen ins 2014 nur in 0,4 Prozent der Fälle Empfehlungen zur medizinischen Rehabilitation ausgesprochen worden sind, hat der Spitzenverband Bund der Pflegekassen ein Projekt mit dem Ziel der verbesserten Erkennung rehabilitativer Bedarfe im Zusammenhang mit der Pflegebegutachtung des MDK durchgeführt. Ein in diesem Rahmen entwickeltes MDK-übergreifendes strukturiertes Verfahren hat zu einer deutlichen Erhöhung der Empfehlungsrate auf 6,3 % geführt. Vorgesehen ist nun, die Feststellung zur medizinischen Rehabilitation künftig immer auf Grundlage dieses bundeseinheitlich strukturierten Verfahrens zu treffen.

SoVD-Bewertung: Der SoVD war im Rahmen seiner Mitwirkung in den Expertenbeiräten zum neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff an der Erarbeitung des neuen Begutachtungsassessments beteiligt (NBA). Das neue Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit mittels NBA stellt einen – vom SoVD in der Vergangenheit vehement geforderten – Paradigmenwechsel in der Pflegepolitik weg von der Orientierung von somatischen Defiziten hin zur teilhabeorientierten

Messung der Selbständigkeit dar. Studien haben außerdem gezeigt, dass das NBA praktikable ist und von den begutachtenden Pflegekräften geschätzt wird. Vor diesem Hintergrund begrüßt der SoVD die Einführung des NBA als neuem Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Ausdrücklich begrüßt der SoVD die geplante Feststellung rehabilitativer Bedarfe auf Grundlage des neuen bundeseinheitlich strukturierten Verfahrens. Der SoVD hat in der Vergangenheit immer wieder kritisiert, dass das Recht der Betroffenen auf Rehabilitation vor und bei Pflege in der Praxis nur unzureichend umgesetzt wird. Dies liegt allerdings auch an den vielerorts mangelhaften Angebotsstrukturen insbesondere der ambulanten und mobilen Rehabilitation. Der SoVD fordert vor diesem Hintergrund weitere Anstrengungen zur Schaffung eines auch für pflegebedürftige Menschen bedarfsgerechten Angebots. Um zukünftig Schnittstellen- und Zuständigkeitsprobleme zu verringern, müssen die Pflegekassen stärker Rehabilitationsverantwortung übernehmen.

5. Leistungen der Pflegeversicherung bei Pflegegrad 1 (§ 28a SGB XI neu)

Vorgesehen ist, dass Leistungen der Pflegeversicherung grundsätzlich für die Pflegegrade 2 bis 5 gewährt werden. Personen mit geringer Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad 1) sollen Zugang zu solchen Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, die vor allem dem Zweck der Erhaltung und Wiederherstellung der Selbständigkeit und der Vermeidung schwererer Pflegebedürftigkeit dienen. Dazu zählen die umfassende Pflegeberatung mit Erstellung eines Versorgungsplans (§ 7a SGB XI), die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln (§ 40 SGB XI), die finanziellen Zuschüsse zur Verbesserung des Wohnumfeldes (§ 40 SGB XI), der Wohngruppenzuschlag (§ 38a SGB XI) oder der Entlastungsbetrag von bis zu 125 € im Monat (§ 45b SGB XI). Wählen Personen mit Pflegegrad 1 stationäre Pflege, erhalten sie einen Zuschuss in Höhe von 125 €. Darüber hinaus gelten für Pflegebedürftige in Pflegegrad 1 die Regelungen zur medizinischen Rehabilitation sowie zur Anschubfinanzierung zur Gründung ambulant betreuter Wohngruppen.

SoVD-Bewertung: Die vorgesehene leistungsrechtliche Ausgestaltung des Pflegegrads 1 entspricht weitgehend den Empfehlungen des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs aus dem Jahr 2013. Der SoVD begrüßt, dass die Höhe des Entlastungsbetrages sogar die vom Beirat empfohlene Höhe übersteigen soll und hält die vorgesehene Ausgestaltung des Pflegegrads 1 mit dem Schwerpunkt auf beratende, unterstützende und präventive Maßnahmen grundsätzlich für sachgerecht.

6. Leistungsdynamisierung (§ 30 SGB XI n.F.)

Grundsätzlich prüft die Bundesregierung alle drei Jahre Notwendigkeit und Höhe einer Anpassung der Leistungen der Pflegeversicherung (Dynamisierung). Vorgesehen ist, die im Jahr 2017 anstehende Prüfung der Notwendigkeit auf 2020 zu verschieben. Die für 2017 vorgesehene Dynamisierung soll in die im Rahmen des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes im Jahr 2017 ohnehin stattfindenden Neufestsetzung der Leistungsbeträge der Pflegeversicherung integriert werden.

SoVD-Bewertung: Eine regelmäßige Dynamisierung der Pflegeversicherungsleistungen ist notwendig, um den fortschreitenden Kaufkraftverlust der Pflegeversicherungsleistungen und das damit verbundene Armutsrisiko bei Pflegebedürftigkeit zu mindern. Dringend notwendig wäre jedoch die Schaffung einer Dynamisierungsautomatik in Form einer im Gesetz verankerten, jährlich automatisch wirkenden Anpassung, ohne dass der Gesetzgeber gesondert tätig werden muss. Als Bezugsgröße zur Berechnung der jährlichen Anpassung im Rahmen dieser

Dynamisierungsautomatik kann die Veränderung der Bezugsgröße nach § 18 SGB IV verwendet werden. Eine entsprechende Funktion hat sie für Teile des SGB V. Der SoVD kritisiert, dass eine solche Dynamisierungsautomatik nicht vorgesehen ist.

Nicht nachvollziehen kann der SoVD die Begründung des Gesetzgebers für die Verschiebung der für 2017 vorgesehenen Dynamisierung auf das Jahr 2020, wonach bei der Festlegung der neuen Leistungsbeträge zum 1.1.2017 im Zuge der Umstellung der Pflegeversicherung auf Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs die 2017 anstehende Dynamisierung bereits berücksichtigt wird. Bei näherer Betrachtung wird deutlich, dass es sich bei den vorgesehenen Leistungshöhen z.B. für die Pflegesachleistung nach § 36 SGB XI um eine Fortschreibung bereits heute geltender Leistungshöhen handelt. Von einer Integration der 2017 anstehenden Dynamisierungsbeträge im Rahmen der Neufestsetzung der Leistungsbeträge, wie in der Gesetzesbegründung postuliert, kann darum keine Rede sein. Die Verschiebung der Dynamisierungsprüfung auf 2020 könnte faktisch dazu führen, dass die derzeitigen Leistungsbeträge der Pflegeversicherung bis 2020 stetig an Kaufkraft verlieren werden.

7. Pflegesachleistung (§ 36 SGB XI n.F.)

Korrespondierend mit der Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines neuen Begutachtungsinstruments soll auch der Inhalt der häuslichen Pflegehilfe neu definiert werden. Zukünftig soll die häusliche Pflegehilfe als Sachleistung neben körperbezogene Pflegemaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung auch pflegerische Betreuungsmaßnahmen umfassen. Die Gleichbehandlung von somatisch, kognitiv und psychisch beeinträchtigten Personen bei der Einstufung in Pflegegrade wird auch im Leistungsrecht umgesetzt. In der Folge entfällt die Berechtigung für die Sonderregelungen für demenziell Erkrankte z.B. in §§ 123 SGB XI („Übergangsregelung: Verbesserte Pflegeleistungen für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz“) und 124 SGB XI („Übergangsregelung: häusliche Betreuung“). Die Leistungsbeträge nach § 123 SGB XI werden in die neu festgesetzten Leistungsvolumen des § 36 SGB XI integriert.

Folgende Leistungshöhen sind ab 1.1.2017 vorgesehen:

Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
689 €	1.298 €	1.612 €	1.995 €
bisher 468 € (§ 36) + ggf. 221 € (§ 123) in Pflegestufe 1	bisher 1.144 € (§ 36) + ggf. 154 € (§ 123) in Pflegestufe 2	bisher 1.612 € in Pflegestufe 3)	bisher 1.995 € in Pflegestufe 3+ („Härtefall“)

Anspruch auf Pflegesachleistungen erhalten Personen in den Pflegegraden 2 bis 5. Personen in Pflegegrad 1 erhalten den Entlastungsbeitrag nach § 45 in Höhe von 125 € als Erstattungsleistung sowie den Zugang zu weiteren Leistungen gemäß § 28a.

SoVD-Bewertung: Die Neudefinition der Pflegebedürftigkeit und das neue Begutachtungsassessment führen zu einer Gleichbehandlung kognitiv, somatisch und psychisch eingeschränkter Menschen bei der Einstufung in Pflegegrade. Entsprechend muss auch das Leistungsrecht angepasst werden. Die explizite Aufnahme pflegerischer Betreuungsmaßnahmen als Sachleistung in den § 36 SGB XI ist folgerichtig. In der Folge können die Übergangsregelungen in den §§ 123, 124 SGB XI aufgehoben und ihre Leistungsbeträge in den

§ 36 überführt werden, wie vom Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs empfohlen.

8. Pflegegeld (§ 37 SGB XI n.F.)

Die mit der Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines neuen Begutachtungsinstrumentes erfolgende Anpassung der Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI (s.o.) werden auch in Bezug auf das Pflegegeld nach § 37 SGB XI nachvollzogen.

Folgende Leistungshöhen sind ab 1.1.2017 vorgesehen:

Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
316 €	545 €	728 €	901 €
bisher 244 € (§ 37) + ggf. 72 € (§ 123) in Pflegestufe 1	bisher 458 € (§ 37) + ggf. 87 € (§ 123) in Pflegestufe 2	bisher 728 € in Pflegestufe 3)	bisher 728 € in Pflegestufe 3+ („Härtefall“)

Anspruch auf Pflegegeld erhalten Personen in den Pflegegraden 2 bis 5. Personen in Pflegegrad 1 erhalten den Entlastungsbeitrag nach § 45b SGB XI in Höhe von 125 € als Erstattungsleistung sowie den Zugang zu weiteren Leistungen gemäß § 28a SGB XI.

Die verpflichtenden Beratungseinsätze bei alleinigem Bezug von Pflegegeld werden für die Pflegegrade 2 und 3 auf einen halbjährlichen und für die Pflegegrade 4 und 5 auf einen vierteljährlichen Turnus festgelegt.

SoVD-Bewertung: Die vorgesehene Anpassung von Leistungsinhalten und Leistungshöhen sowie die Integrierung der Übergangsleistungen aus § 123 ins Leistungsvolumen nach § 37 SGB XI ist sachlogisch und entspricht den Empfehlungen des Expertenbeirats.

9. Wohngruppenzuschlag (§ 38a SGB XI n.F.)

Vorgesehen ist, den Wohngruppenzuschlag zum 1.1.2017 auf 214 € anzuheben. Weiter soll klargestellt werden, dass neben dem Wohngruppenzuschlag Leistungen der teilstationären Pflege nur bezogen werden können, wenn dies nach Prüfung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung erwiesenermaßen zur Sicherstellung der häuslichen Pflege notwendig ist.

SoVD-Bewertung: Die vorgesehene Anpassung der Leistungshöhe wird vom SoVD begrüßt.

10. Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI n.F.)

Vorgesehen ist, die Leistungen der Verhinderungspflege für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 zu öffnen. Personen in Pflegegrad 1 können den Entlastungsbeitrag nach § 45b SGB XI in Höhe von 125 € im Wege der Kostenerstattung auch für Leistungen der Verhinderungspflege einsetzen. Die geltenden Leistungshöhen und die Kombinationsmöglichkeiten mit den Leistungen der Kurzzeitpflege sollen unverändert bleiben.

SoVD-Bewertung: Die Anpassung des Leistungszugangs an das neue Einstufungssystem mit fünf Pflegegraden ist sachlogisch.

Hinsichtlich der Kombination von Verhinderungs- und Kurzzeitpflege wäre aus Sicht des SoVD eine Möglichkeit zur vollständigen Kombination der beiden zur Verfügung stehenden

Leistungsbeträge wünschenswert. So könnten Betroffene flexibel selbst entscheiden, welches Entlastungssetting das für sie passende ist.

11. Tages- und Nachtpflege (§ 41 SGB XI n.F.)

Vorgesehen ist, die Leistungsbeträge der zur Unterstützung der häuslichen Pflege dienenden teilstationäre Pflege für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 zu öffnen. Personen in Pflegegrad 1 können den Entlastungsbeitrag nach § 45b SGB XI in Höhe von 125 € im Wege der Kostenerstattung auch für Leistungen der Tages- und Nachtpflege einsetzen. Die Leistungsbeträge sollen – wie bisher auch den Leistungsbeträgen der ambulanten Sachleistung nach § 36 SGB XI entsprechen.

Folgende Leistungshöhen sind ab 1.1.2017 vorgesehen:

Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
689 €	1.298 €	1.612 €	1.995 €
bisher 468 € in Pflegestufe 1	bisher 1.144 € in Pflegestufe 2	bisher 1.612 € in Pflegestufe 3	bisher 1.612 € in Pflegestufe 3+ („Härtefall“)

SoVD-Bewertung: Die Anpassung der teilstationären Tages- und Nachtpflege an das neue Einstufungssystem mit fünf Pflegegraden sowie die Anlehnung der Leistungshöhen an die Pflegesachleistung ist sachlogisch.

12. Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI n.F.)

Vorgesehen ist, die Leistungen der Kurzzeitpflege für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 zu öffnen. Personen in Pflegegrad 1 können den Entlastungsbeitrag nach § 45b SGB XI in Höhe von 125 € pro Monat im Wege der Kostenerstattung auch für Leistungen der Kurzzeitpflege einsetzen. Die geltenden Leistungshöhen und die Kombinationsmöglichkeiten mit den Leistungen der Verhinderungspflege sollen unverändert bleiben.

SoVD-Bewertung: Die Anpassung des Leistungszugangs an das neue Einstufungssystem mit fünf Pflegegraden ist sachlogisch.

Hinsichtlich der Kombination von Verhinderungs- und Kurzzeitpflege wäre aus Sicht des SoVD eine Möglichkeit zur vollständigen Kombination der beiden zur Verfügung stehenden Leistungsbeträge wünschenswert. So könnten Betroffene flexibel selbst entscheiden, welches Entlastungssetting das für sie passende ist.

13. Vollstationäre Pflege (§ 43 SGB XI n.F.)

Vorgesehen ist, die Leistungen der vollstationären Pflege für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 zu öffnen. Personen in Pflegegrad 1 erhalten einen monatlichen Zuschuss zu ihren Aufwendungen in Höhe von 125 € im Monat.

Folgende Leistungshöhen sind ab 1.1.2017 vorgesehen:

Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
770 €	1.262 €	1.775 €	2.005 €
bisher 1.064 € in Pflegestufe 1	bisher 1.330 € in Pflegestufe 2	bisher 1.612 € in Pflegestufe 3	bisher 1.995 € in Pflegestufe 3+ („Härtefall“)

Findet vollstationäre Pflege statt, obwohl sie nicht notwendig ist, erhalten Pflegebedürftige künftig nur noch einen Zuschuss in Höhe von 80 Prozent der vollstationären Leistungsbeträge. Im Hinblick auf die Einbeziehung der medizinischen Behandlungspflege erfolgt keine Änderung.

SoVD-Bewertung: Die Anpassung des Leistungszugangs an das neue Einstufungssystem mit fünf Pflegegraden ist sachlogisch. In den Pflegegraden 2 und 3 sind die Leistungsbeträge künftig geringer, als in den bisherigen Pflegestufen 1 und 2. Dies würde bei der geplanten Überleitung der Pflegestufen in Pflegegrade für vorwiegend körperlich eingeschränkte Pflegebedürftige zu geringen Leistungen aus der Pflegeversicherung führen. Insofern ist ein uneingeschränkter Bestandschutz für diesen Teil der pflegebedürftigen Menschen von besonderer Bedeutung.

Der SoVD kritisiert, dass im Hinblick auf die medizinische Behandlungspflege notwendige Veränderungen nicht erfolgen. Der Sozialverband Deutschland (SoVD) hat immer wieder darauf hingewiesen, dass es sich bei der medizinischen Behandlungspflege um eine originäre Aufgabe der Krankenversicherung handelt und die derzeitige Regelung pflegebedürftige Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen unzulässig benachteiligt. Die SoVD fordert, Leistungen der medizinischen Behandlungspflege im stationären Bereich systemgerecht in der Gesetzlichen Krankenversicherung zu verankern. Die medizinische Behandlungspflege hat dabei als Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung die stationären Pflegeleistungen zu ergänzen, nicht (teilweise) zu ersetzen.

14. Pflege in Einrichtungen der Behindertenhilfe (§ 43a SGB XI n.F.)

Vorgesehen ist, in Folge der Umstellung von Pflegestufen auf Pflegegrade sowie der Einführung eines Pflegegrades 1 mit besonderem Leistungsspektrum den pauschalen Abgeltungsbetrag für die Pflege in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe für Personen in den Pflegegraden 2 bis 5 zu gewähren. Eine Anpassung der Höhe der Pauschale ist nicht vorgesehen.

SoVD-Bewertung: Menschen mit Behinderung sind in der Regel selbst oder über die Familie in der Pflegeversicherung versichert. Sie müssen unabhängig vom Ort der Versorgung den gleichen Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung erhalten wie nicht behinderte Menschen. Das folgt auch aus der UN-Behindertenrechtskonvention. Pflegeversicherte müssen darum auch in stationären Einrichtungen Zugang zu Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI in vollem Umfang haben. Die Deckelung der Leistungen der Pflegeversicherung zu den Pflegeleistungen, die in Einrichtungen der Eingliederungshilfe erbracht werden, ist aus diesem Grund zu streichen.

15. Zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 43b SGB XI neu)

Vorgesehen ist, pflegebedürftigen Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen einen individuellen Rechtsanspruch auf Maßnahmen der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung gegen ihre

Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen zu gewähren. Bisher führt die in § 87b SGB XI („Zusätzliche Betreuungskräfte“) lediglich als Vergütungsanspruch ausgestaltete Regelung dazu, dass der Anspruch der pflegebedürftigen Person nur aus dem Anspruch der Einrichtung auf Erhalt eines Vergütungszuschlags folgt. Ein Individualanspruch gibt es bisher nicht.

SoVD-Bewertung: Der SoVD begrüßt die Schaffung eines individuellen Anspruchs auf zusätzliche Betreuung grundsätzlich.

16. Angebote zur Unterstützung im Alltag (§ 45a SGB XI n.F.)

Vorgesehen ist, die bisher in § 45c SGB XI erfolgte Definition der niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebote zu Beginn des Fünften Abschnitts des Vierten Kapitels vorzuziehen. Zur besseren Verständlichkeit sollen die bisherigen niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebote unter dem Begriff der „Angebote zur Unterstützung im Alltag“ zusammengefasst werden. Je nach Ausrichtung kann es sich dabei um Betreuungsangebote, Angebote zur Entlastung von Pflegebedürftigen oder Angebote zur Entlastung im Alltag handeln. Es soll bei den bisherigen Regelungen bleiben, wonach die Angebote auf einem Konzept mit Angaben zur Qualitätssicherung, Schulung und Fortbildung sowie zur fachlichen Begleitung und Unterstützung ehrenamtlich Helfender beruhen müssen und nach Landesrecht anerkannt werden. Um die Transparenz für pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen zu erhöhen, sollen diese Informationen künftig übersichtlich in den Leistungs- und Preisvergleichslisten der Pflegekassen nach § 7 Abs. 3 SGB XI aufgeführt werden. Ferner soll es künftig klare gesetzliche Vorgaben zur zielgruppen- und tätigkeitsgerechten Qualifikation für eingesetzte Helfende geben. An der so genannten Umwandlungsanspruch, der es Pflegebedürftigen ermöglicht, bis zu 40 % des nach § 36 SGB XI zustehenden Sachleistungsbudgets im Wege der Kostenerstattung für solche Angebote zur Unterstützung im Alltag einzusetzen, bleibt erhalten. Diesen Umwandlungsanspruch erhalten Pflegebedürftige in den Pflegegraden 2 bis 5.

SoVD-Bewertung: Der SoVD begrüßt die klareren Vorgaben hinsichtlich der Anforderungen der Qualifikation der eingesetzten Helfenden bei den Angeboten zur Unterstützung im Alltag sowie die höhere Transparenz über die angebotenen Leistungen und die Kosten für die Pflegebedürftigen.

17. Entlastungsbetrag (§ 45b SGB XI)

Vorgesehen ist, den Anspruch auf zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistung zur besseren Verständlichkeit in Entlastungsbetrag umzubenennen. Weil künftig die eingeschränkte Alltagskompetenz nicht mehr gesondert erfasst wird, welche bisher die Grundlage für die Unterscheidung zwischen Grundbetrag und erhöhtem Betrag nach § 45b SGB XI war, sollen künftig alle Anspruchsberechtigten einen einheitlichen Entlastungsbetrag in Höhe von 125 € erhalten. Unverändert soll dieser Betrag im Wege der Kostenerstattung für Leistungen der Kurzzeitpflege, der teilstationären Tages- und Nachtpflege, zugelassener Pflegedienste oder der nach Landesrecht anerkannten niedrigschwelligen Betreuungs- oder Entlastungsangebote (künftig „Angebote zur Unterstützung im Alltag“, s.o.) eingesetzt werden können. Hinsichtlich der Leistungen ambulanter Pflegedienste soll der Entlastungsbetrag künftig nicht mehr für Leistungen der körperbezogenen Pflege („Grundpflege“) eingesetzt werden können. Damit soll im Sinne einer Empfehlung des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs gefolgt werden, der mit einem separaten Entlastungsbetrag insbesondere einen Anreiz setzen wollte, Angehörige und andere Pflegepersonen zu entlasten.

SoVD-Bewertung: Angesichts der Integration der häuslichen Betreuung als reguläre Leistung im Rahmen der durch zugelassene Pflegedienste erbrachten Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI und der Schaffung eines gleichberechtigten Zugangs zu diesen Leistungen im Zuge der Neudefinition von Pflegebedürftigkeit war die Frage zu klären, wie mit den Beträgen nach dem derzeitigen § 45b SGB XI zu verfahren ist. Im derzeitigen System dienen sie auch als Kompensation dafür, dass Menschen mit starken kognitiven Einschränkungen („eingeschränkte Alltagskompetenz“) kaum Leistungen der somatisch ausgerichteten Pflegeversicherung erhalten. Der SoVD hat im Rahmen seiner Mitwirkung im Expertenbeirat vorgeschlagen, die Leistungen nach § 45b SGB XI zu erhalten, allen Pflegebedürftigen zugänglich zu machen und als „Entlastungsbetrag“ vorrangig zur Entlastung der pflegenden Angehörigen einzusetzen. Vor diesem Hintergrund begrüßt der SoVD die vorgesehenen Regelungen. Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass für Pflegebedürftige, die nach den derzeitigen Regelungen den erhöhten Beitrag in Höhe von 208 € erhalten, die vorgesehenen Regelungen zu geringeren Leistungen führen können. Aus diesem Grund ist es wichtig, unbefristete Besitzstandsschutzregelungen zu schaffen,

18. Beitragssatz (§ 50 SGB XI n.F.)

Vorgesehen ist, den Beitragssatz zur sozialen Pflegeversicherung zum 1.1.2017 um 0,2 Prozentsatzpunkte von 2,35 auf 2,55 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen anzuheben.

SoVD-Bewertung: Der SoVD hält im Hinblick auf die mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des neuen Begutachtungsverfahrens verbundenen Mehrkosten eine Anhebung des Beitragssatzes für notwendig. Er vermisst jedoch weitere Schritte zur Stärkung der Einnahmen im bewährten solidarischen Umlageverfahren, wie beispielsweise eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze, die Einbeziehung aller Bürgerinnen und Bürger sowie die Heranziehung weiterer Einkommensarten. Der Abfluss eines Teils der Einnahmen der Pflegekassen zum Aufbau eines Pflegevorsorgefonds hält der SoVD nach wie vor für verfehlt. Diese Mittel sollten besser für notwendige Leistungsverbesserungen zur Verfügung stehen.

Schließlich fordert der SoVD mit Nachdruck, zur paritätischen Tragung der Pflegeversicherungsbeiträge der Rentnerinnen und Rentner zurückzukehren, indem die Rentenversicherung die Hälfte der Beiträge übernimmt.

19. Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil bei stationärer Pflege (§ 84 SGB XI n.F.)

Vorgesehen ist, in stationären Pflegeeinrichtungen in den Pflegegraden 2 bis 5 gleich hohe Beiträge für die von den Pflegebedürftigen zu tragenden Teile der Pflegekosten zu schaffen, die nicht von der Pflegeversicherung nach § 43 SGB XI übernommen werden. Diese einrichtungseinheitlichen Eigenanteile sollen ermittelt werden aus dem jeweiligen prospektiven Versorgungsaufwand der Einrichtung abzüglich der von der Pflegeversicherung nach § 43 SGB XI übernommenen Beträge. Mit den einrichtungseinheitlichen Eigenanteilen soll der Automatismus durchbrochen werden, dass mit steigendem Pflegegrad automatisch auch der Eigenanteil steigt.

SoVD-Bewertung: Die Schaffung einrichtungseinheitlicher Eigenanteile kann dazu beitragen, Fehlanreize zu beseitigen, die darin bestehen, dass Pflegebedürftige und ihre Angehörigen in der Praxis oft nur wenig Interesse an einem pflegfachlich angemessenen höheren Pflegegrad haben, wenn dieser mit höheren Eigenleistungen verbunden ist. Der SoVD bedauert jedoch, dass die

vorgesehene Regelung nur an den Symptomen ansetzt. Die Ursache für die stetig wachsenden Eigenanteile in Bezug auf die Pflegekosten in der stationären Pflege liegen begründet in den seit Einführung der Pflegeversicherung fortschreitenden Kaufkraftverlusten der Pflegeversicherungsleistungen bei stationärer Pflege, die auf die vollkommen unzureichende Dynamisierung der Pflegeversicherungsleistungen zurückzuführen ist. Darüber hinaus führt auch die falsche Verankerung der Finanzierungsverantwortung für die medizinische Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen in der Pflegeversicherung zu hohen Eigenanteilen für die Pflegebedürftigen.

Vor diesem Hintergrund fordert der SoVD erneut, erstens eine Dynamisierungsautomatik für die Leistungen der Pflegeversicherung einzuführen und zweitens die Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege für Pflegebedürftige in stationären Pflegeeinrichtungen sachgerecht in der Krankenversicherung zu verankern.

20. Sonderzahlungsbetrag für rehabilitative Pflege (§ 87a SGB XI n.F.)

Vorgesehen ist, den Sonderzahlungsbetrag, den die Pflegekasse an eine Pflegeeinrichtung bei erfolgreicher aktivierender oder rehabilitativer Maßnahme mit Rückstufung in einen niedrigeren Pflegegrad zahlt, zum 1.1.2017 auf 2.952 € anzuheben. Er entspricht damit der Differenz aus den Leistungsbeträgen der Pflegegrade 2 und 3 innerhalb eines halben Jahres.

SoVD-Bewertung: Die vorgesehene Anhebung der Sonderzahlungsbetrags ist geeignet, finanzielle Fehlanreize des derzeitigen Vergütungssystems der Leistungen der stationären Pflege abzumildern und eine aktivierende und rehabilitative Pflege zu fördern. Sie wird vom SoVD grundsätzlich begrüßt. Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass Pflege nach dem SGB XI grundsätzlich aktivierend und rehabilitativ ausgerichtet sein muss, auch wenn dies nicht extra vergütet wird.

21. Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität (§ 113 SGB XI n.F.)

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene vereinbaren Maßstäbe und Grundsätze (MuG) für die Qualität und die Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Pflege und passen diese regelmäßig an den aktuellen Stand der Wissenschaft an. Dabei beteiligen sie seit 2013 auch die maßgeblichen Organisationen nach § 118 SGB XI, zu denen auch der SoVD zählt. Vorgesehen ist, die bei der Überarbeitung der MuG zu beachtenden Inhalte stärker vorzugeben und die Vertragsparteien zur konsequenten Heranziehung wissenschaftlicher Expertise zu verpflichten. Außerdem sollen für Erarbeitung bzw. Überarbeitung der MuG zeitliche Fristen gesetzt werden. Die MuG für die stationäre Pflege sind danach bis zum 30.6.2017 zu überarbeiten, die MuG für die ambulante Pflege bis zum 30.6.2018. Grundsätzlich sollen alle MuG von den Vertragsparteien nach § 113 SGB XI durch den neuen „Qualitätsausschuss“ nach § 113b SGB XI neu vereinbart werden.

SoVD-Bewertung: Die vorgesehenen gesetzlichen Vorgaben zu Inhalten und wissenschaftlicher Expertise, die die Vertragsparteien bei der Überarbeitung der MuG zu berücksichtigen haben, sind sinnvoll. Auf diese Weise kann die Überarbeitung der MuG beschleunigt werden, die bisher unter anderem an unterschiedlichen Einschätzungen der Vertragsparteien zu eben jenen

Punkten gescheitert ist. Auch die Setzung gesetzlicher Fristen für die Überarbeitung der MuG trägt zur Beschleunigung des Verfahrens bei und ist richtig.

22. Qualitätsausschuss (§ 113b SGB XI n.F.)

Vorgesehen ist, die im Jahr 2008 von den Vertragsparteien nach § 113 SGB XI eingerichtete Schiedsstelle Qualitätssicherung, die bisher in den § 113b SGB XI geregelt wurde, durch eine Neufassung der Vorschriften zu einem Qualitätsausschuss und damit zu einem effizienten Verhandlungs- und Entscheidungsgremium umzubilden. Im Qualitätsausschuss entscheiden die Vertragsparteien zukünftig in einem neuen Rahmen über die Qualität der Beratung der verpflichtenden Hausbesuche bei Bezug von Pflegegeld (§ 37 Abs. 5 SGB XI), die Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege (§ 113 SGB XI), die Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege (§ 113a SGB XI) und die Regeln zur Qualitätsdarstellung (§ 115 SGB XI). Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen gemäß § 118 SGB XI wirken an den Beratungen und Beschlussfassungen des Qualitätsausschusses beratend mit. Die vorgesehene Vorgaben zur Geschäftsordnung sowie der zwischen den Vertragsparteien rollierenden Geschäftsstelle knüpft der Gesetzgeber an Strukturen der bisherigen Schiedsstelle an.

Der Qualitätsausschuss soll seine Entscheidungen einvernehmlich treffen. Wenn die Beratungen nicht zu einer einvernehmlichen Einigung führen, so kann der Qualitätsausschuss auf Verlangen mindestens einer Vertragspartei, eines Mitglieds oder des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) in einen „erweiterten Qualitätsausschuss“ umgewandelt werden. Dem Qualitätsausschuss treten dann ein unparteiischer Vorsitzender sowie zwei weitere unparteiische Mitglieder hinzu. Beschlüsse fasst der erweiterte Qualitätsausschuss mit Mehrheitsvotum. Der oder die unparteiische Vorsitzende werden vom BMG ernannt. Seine Amtszeit wird ebenfalls vom BMG bestimmt.

SoVD-Bewertung: Mit der Weiterentwicklung der Schiedsstelle zu einem Qualitätsausschusses mit Geschäftsordnung, Geschäftsstelle und – im erweiterten Qualitätsausschuss – einem unparteiischen Vorsitzenden sowie weiterer unparteiischer Mitglieder greift der Gesetzgeber Forderungen nach entscheidungsfähigen Strukturen für die Verhandlungen der Vertragsparteien auf, die der SoVD gemeinsam mit den maßgeblichen Organisationen nach § 118 SGB XI in vielen Stellungnahmen und Gesprächen erhoben hat. Insofern werden die vorgesehenen Regelungen grundsätzlich sehr begrüßt. In einigen Punkten bleiben die vorgesehenen Regelungen leider hinter dem aus SoVD-Sicht Notwendigen zurück. So fehlt es an einem Stimmrecht für die Betroffenenvertretung im Qualitätsausschuss. Da die Organisationen nach § 118 SGB XI keine regulären Ausschussmitglieder sind, können sie bei Blockade zwischen den Vertragsparteien keinen Antrag auf Umwandlung in den erweiterten Qualitätsausschuss beantragen. Darüber hinaus ist die Grundkonstruktion eines im Konsens entscheidenden Qualitätsausschusses, der nur auf Antrag zu einem mit Mehrheitsvotum entscheidenden neutral geführten „erweiterten Qualitätsausschuss“ wird, abzulehnen. Angesichts der systemimmanenten Interessenkonflikte der Vertragsparteien und der Erfahrungen des SoVD seit 2013 als Beteiligter in der Selbstverwaltung nach § 113 SGB XI sollte der Qualitätsausschuss grundsätzlich in der erweiterten Variante mit unparteiischem Vorsitzendem, weiteren unparteiischen Mitgliedern sowie mit Beschluss durch Mehrheitsvotum entscheiden. Schließlich fehlt auch eine Regelung zur

Finanzierung der Fahrtkosten für die Vertreterinnen und Vertreter der Organisationen nach § 118 SGB XI.

23. Qualitätsprüfungen (§ 114 SGB XI n.F.)

Vorgesehen ist, den Umfang der regelhaften Prüfungen der Einrichtungen und Dienste neben dem obligatorischen Nachweis über die Leistung und Qualität der Pflegeeinrichtung auch auf die Abrechnung der erbrachten Leistungen auszuweiten. So sollen die Interessen der Pflegebedürftigen und der Solidargemeinschaft stärker vor etwaigem Abrechnungsbetrug geschützt werden. Näheres zur Durchführung der Qualitätsprüfungen regelt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen in den Richtlinien nach § 114a Abs. 7 SGB XI.

SoVD-Bewertung: Die vorgesehene Ausweitung des Prüfumfangs auch auf die Leistungsabrechnung wird vom SoVD begrüßt.

24. Durchführung der Qualitätsprüfungen (§ 114a SGB XI n.F.)

Vorgesehen ist, dass der Spitzenverband Bund der Pflegekassen zur verfahrensrechtlichen Konkretisierung des Qualitätsprüfungsverfahrens Richtlinien über die Durchführung der Qualitätsprüfungen nach § 114 SGB XI für den stationären Bereich bis 31.10.2017 sowie für den ambulanten Bereich bis 31.10.2018 beschließt. Die maßgeblichen Organisationen nach § 118 SGB XI wirken an der Erarbeitung mit.

SoVD-Bewertung: Die mit Fertigstellungsfristen versehene Beauftragung des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen zur Erstellung von „Richtlinien über die Durchführungen der Qualitätsprüfungen“ unter Beteiligung der Organisationen nach § 118 SGB XI wird vom SoVD begrüßt.

25. Darstellung der Ergebnisse von Qualitätsprüfungen (§ 115 Abs. 1a SGB XI n.F.)

Vor dem Hintergrund, dass die von den Vertragspartnern nach § 115 Abs. 1a SGB XI getroffenen Pflege-Transparenzvereinbarungen für den ambulanten und stationären Bereich keine differenzierte und vergleichende Aussage zur Qualität von Pflegeeinrichtungen und –diensten ermöglichen, ist vorgesehen, sie durch einen gänzlich neuen Ansatz auf wissenschaftlicher Grundlage zu ersetzen. Dazu vergeben die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI unverzüglich nach Inkrafttreten des Gesetzes Aufträge nach § 113b Abs. 4 Nr. 1 bis 4 SGB XI. Auf Grundlage der Ergebnisse dieser Aufträge an die Wissenschaft schließen die Vertragsparteien Vereinbarungen zur Qualitätsdarstellung (Qualitätsdarstellungsvereinbarungen). Im Rahmen der Qualitätsdarstellungsvereinbarungen soll auch eine zielgruppengerechte Darstellungsform und Bewertungssystematik der Qualität von Pflegeeinrichtungen und –diensten vereinbart werden. Die Qualitätsdarstellungen sind für den stationären Bereich bis zum 31.12.2017, für den ambulanten Bereich bis zum 31.12.2018 zu treffen. Die maßgeblichen Organisationen werden nach § 118 SGB XI beteiligt. Bis zur Fertigstellung der Qualitätsdarstellungsvereinbarungen gelten die Pflege-Transparenzvereinbarungen weiter.

SoVD-Bewertung: Angesichts seiner vehementen Kritik an den sogenannten „Pflegenoten“ begrüßt der SoVD die vorgesehenen Ablösung des ungeeigneten Systems der Pflege-Transparenzvereinbarungen ausdrücklich. Allerdings sollten Verzögerungen in der Erarbeitung der neuen Qualitätsdarstellungsvereinbarungen vermieden werden, indem der Qualitätsausschuss nach § 113b SGB XI regelhaft in seiner erweiterten Form mit unparteiischem

Vorsitzendem und Beschlussfassung mit Mehrheitsvotum berät. Zudem sollten zur Erhöhung der Aussagekraft der Pflegetransparenzberichte im Übergangszeitraum bis zur Fertigstellung der Qualitätsdarstellungsvereinbarungen auf die Bildung von Bereichs- und Gesamtnoten verzichtet werden.

26. Übergangsregelungen, Überleitungsregelungen in die Pflegegrade, Besitzstandsschutz, Übergangsregelungen für das Begutachtungsverfahren

Bis zum 31.12.2016 gelten die bisherigen Regelungen zur Definition von Pflegebedürftigkeit, der Begutachtung und Einstufung in Pflegestufen und der Leistungshöhen. Ab 1.1.2017 sollen die im Zweiten Pflegestärkungsgesetz geschaffenen Neuregelungen gelten. Personen werden nach dem jeweils geltenden Recht Begutachtet, Eingestuft und erhalten entsprechende Leistungen. Schwierigkeiten bestehen hinsichtlich des Personenkreises, der vor dem Inkrafttreten des neuen Leistungsrechts zum 1.1.2017 bereits Leistungen der Pflegeversicherung bezogen hat. Für diesen Personenkreis ist die Schaffung umfangreicher Überleitungsregelungen vorgesehen. Um eine Schlechterstellung im neuen System zu vermeiden soll die Überleitung grundsätzlich in einen Pflegegrad mit gleichen oder höheren Leistungen erfolgen. Für Fälle, in denen dies nicht der Fall ist, wird ein Besitzstandsschutz geschaffen. Außerdem sollen umfangreiche Neubegutachtungen vermieden werden, um eine Überlastung der Begutachtungsinstitutionen zu vermeiden. Daher sollen die Überleitungsregelungen im Einklang mit der mehrheitlichen Empfehlung des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs so gestaltet werden, dass im Ergebnis kein bisheriger Leistungsbezieher schlechter gestellt wird, aber viele Leistungsbezieher besser gestellt werden. Zum 1.1.2017 werden Pflegebedürftige ohne erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach bisherigem § 45b SGB XI jeweils eine Stufe hochgestuft (sog. „einfacher Stufensprung“ = Pflegestufe 1 wird Pflegegrad 2 bis Pflegegrad 3+ (Härtefall) wird Pflegegrad 5). Pflegebedürftige mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz nach bisherigem § 45b SGB XI werden jeweils zwei Stufen hochgestuft (sog. „doppelter Stufensprung“ = Pflegestufe 0 + 45b wird Pflegegrad 2 bis Pflegestufe 3 + 45b wird Pflegegrad 5).

Personen, die sich im neuen System dennoch schlechterstellen, erhalten einen Besitzstandsschutz ihrer monatlich wiederkehrenden Leistungen in Höhe des Durchschnitts der vor dem 31.12.2016 bezogenen Leistungen.

Um eine Überforderung der begutachtenden Institutionen zu vermeiden, werden für ins neue System mit einfachem oder doppeltem Stufensprung übergeleitete Personen Wiederholungsbegutachtungen für einen Zeitraum von zwei Jahren ausgesetzt. Davon ausgenommen bleiben Antragssituationen, in denen die verkürzte Frist nach § 18 Abs. 3 SGB XI gilt (z.B. wenn sich der Antragsteller in einem Hospiz befindet).

SoVD-Bewertung: Der SoVD hat sich sowohl im Rahmen seiner Mitwirkung im Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs als auch in vielen Stellungnahmen stets dafür ausgesprochen, dass bisherige Leistungsbezieher im neuen System nicht schlechtergestellt werden und darum Besitzstandsschutz und Überleitungsregelungen entsprechend ausgestaltet werden müssen. Der SoVD begrüßt sehr, dass für die Überleitungsregelungen bisheriger Leistungsbezieher mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz ins neue Recht der „doppelte Stufensprung“ gewählt werden soll. Auch die vorgesehenen Regelungen zum Besitzstandsschutz entsprechen den von der Mehrheit des

Expertenbeirats vorgeschlagenen Regelungen und werden vom SoVD begrüßt. Der Besetzstandsschutz muss unbefristet gewährt werden.

27. Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen (§ 166 SGB VI n.F.)

Vorgesehen ist, in Folge der Änderungen des §19 SGB XI (Pflegeperson ist, wer an regelmäßig an zwei Tagen in der Woche ehrenamtlich pflegt) und § 44 SGB XI (Rentenversicherungsbeiträge erhält, wer einen Pflegebedürftigen des Pflegegrades 2, 3, 4 oder 5 pflegt) die Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen für die Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen neu zu gestalten. Die Höhe der Beitragspflichtigen Einnahmen wird künftig nach dem Pflegegrad der gepflegten Person und der bezogenen Leistung gestaffelt und beträgt im höchsten Pflegegrad 5 bis zu 100 Prozent der Bezugsgröße. Der Staffelung nach bezogener Leistungsart liegt die Einschätzung zugrunde, dass der Aufwand der nicht erwerbsmäßigen Pflege für Pflegepersonen umso höher ist, je weniger Pflege durch erwerbsmäßig Pflegenden geleistet wird.

Folgende Höhen sind ab 1.1.2017 vorgesehen:

	Pflegesachleistung nach § 36 SGB XI	Kombinationsleistung nach § 38 SGB XI	Pflegegeld nach § 37 SGB XI
Pflegegrad 5	70 % der mtl. Bezugsgröße	85 % der mtl. Bezugsgröße	100 % der mtl. Bezugsgröße
Pflegegrad 4	46,2 % der mtl. Bezugsgröße	56,1 % der mtl. Bezugsgröße	66 % der mtl. Bezugsgröße
Pflegegrad 3	26,6 % der mtl. Bezugsgröße	32,3 % der mtl. Bezugsgröße	38 % der mtl. Bezugsgröße
Pflegegrad 2	18,7 % der mtl. Bezugsgröße	22,7 % der mtl. Bezugsgröße	26,7 % der mtl. Bezugsgröße

Wenn mehrere Pflegepersonen die Pflege gemeinsam ausüben, sollen die beitragspflichtigen Einnahmen entsprechend des prozentualen Umfangs der jeweiligen Pflegetätigkeit im Verhältnis zum Gesamtpflegeaufwand je pflegender Person aufgeteilt werden.

SoVD-Bewertung: Der SoVD hat sich in der Vergangenheit stets für eine bessere rentenrechtliche Bewertung von Zeiten nicht erwerbsmäßiger Pflege eingesetzt. Der vorgesehene Wegfall der Zeiterfassung bei der Feststellung von Pflegebedarfen stellt die Rentenversicherung in Bezug auf die Festlegung der Höhe der Rentenanwartschaften künftig vor erhebliche Herausforderungen. Die vorgesehenen Staffelung der Höhen nach dem Pflegegrad und der Art der bezogenen Leistung ist insofern eine Möglichkeit der Bemessung. Die Erfassung des prozentualen Pflegeanteils bei mehreren Pflegepersonen eines Pflegebedürftigen dürfte in der Praxis zu erheblichen Umständen führen. Geprüft werden muss, inwiefern Pflegepersonen auch für die Pflege von Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 Leistungen zur Rentenversicherung erhalten sollten.

III. Zusammenfassung:

Kern des Referentenentwurf des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes (PSG II) sind die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des neuen Begutachtungsverfahrens. Der SoVD begrüßt den damit verbundenen Paradigmenwechsel in der Pflege mit der Abkehr von der an körperlichen Defiziten ausgerichteten Minutenpflege ausdrücklich. Durch die vorgesehenen grundlegenden Änderungen werden der Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung gerechter und die Leistungen übersichtlicher. Für viele mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs verbundene Fragen, wie der rentenrechtliche Bewertung ehrenamtlicher Pflege, der Überleitung bereits Pflegebedürftiger ins neue System und den Besitzstandsschutz enthält der Referentenentwurf nach erster Einschätzung praktikable Vorschläge.

Der SoVD bedauert, dass einige notwendige Reformen nicht in Angriff genommen werden. Der SoVD vermisst insbesondere die Neugestaltung der Schnittstelle von Eingliederungshilfe und Pflegeversicherung, die Stärkung der solidarischen Umlagefinanzierung, den Stopp des Kaufkraftverlustes der Pflegeversicherungsleistungen durch eine jährliche Leistungsdynamisierung, die Schaffung pflegefachlich fundierter, bundeseinheitlicher Personalschlüssel sowie die Entlastung der Pflegebedürftigen von den Investitionskosten.

Berlin, den 7. Juni 2015

DER BUNDESVORSTAND

Abteilung Sozialpolitik